

PSYCHE IM FOKUS



Das Magazin der DGPPN

Kongressvorschau: Psychiatrie-
forschung von morgen

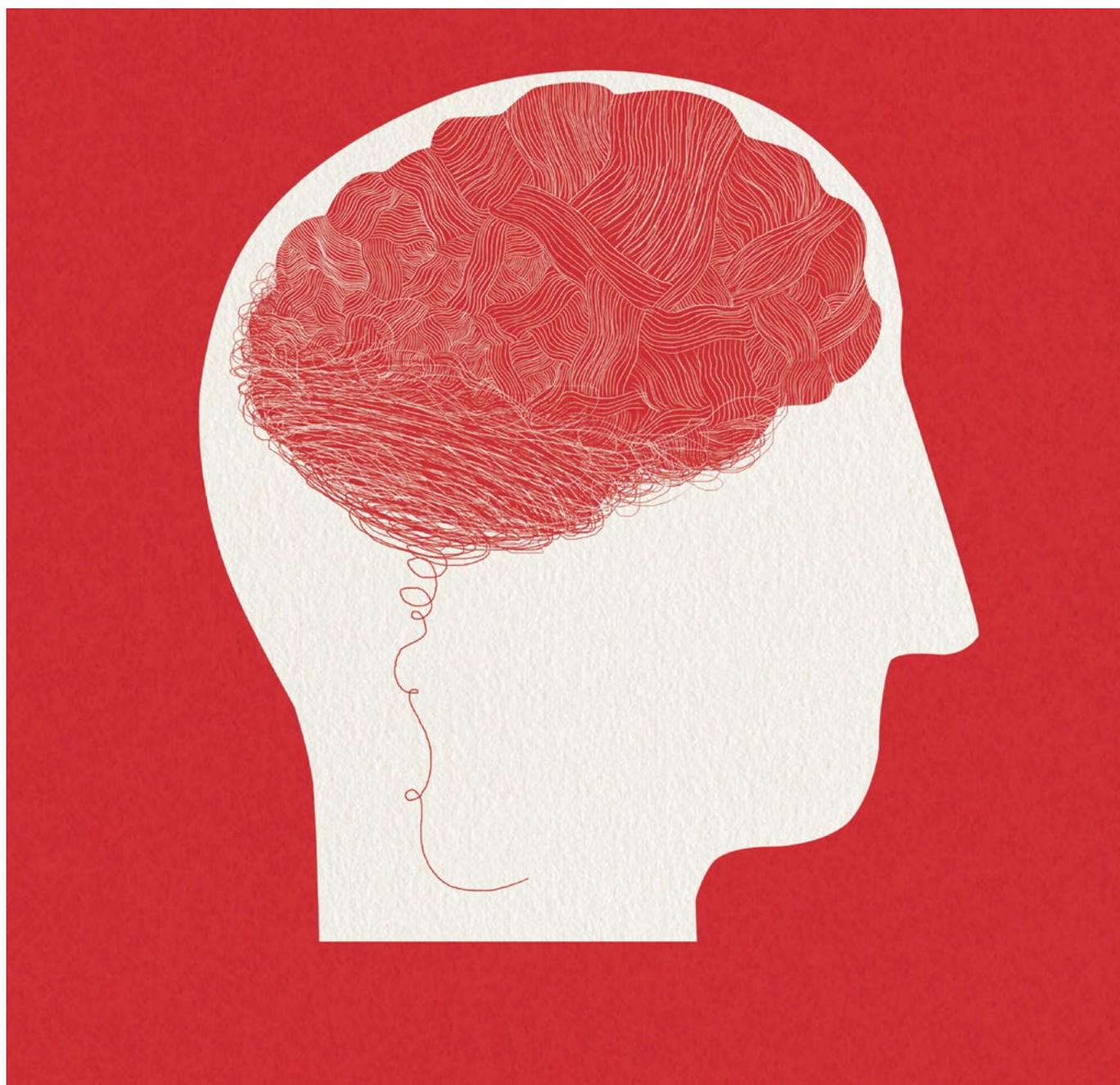
→ S. 24

Wissenschaft: Neue Psycho-
pharmaka gesucht

→ S. 30

Geschichte: „Zwischen Wahn
und Wirklichkeit“

→ S. 42



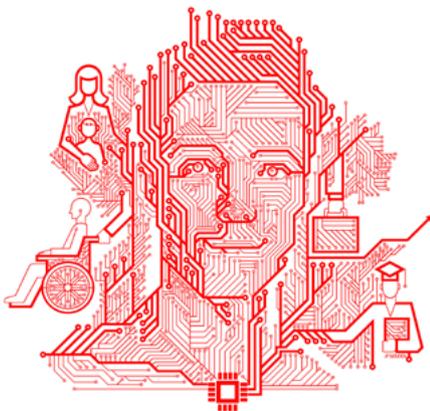
INHALT



E-Mental-Health: Patientensicherheit first!
→ S. 8

- 2** EDITORIAL
- 4** GESUNDHEITSPOLITIK
- 10** GESELLSCHAFT
Zeitenwende in der Medizin
- 14** NACHWUCHS
Gerührt oder geschüttelt?
- 16** UNTER VIER AUGEN
Jürgen Dusel und Arno Deister
im Gespräch
- 23** INSIDE DGPPN
Politik und Positionen
- 24** DGPPN KONGRESS 2019
Innovative Forschung
- 30** WISSENSCHAFT
Neue Psychopharmaka gesucht
- 34** WISSENSCHAFT
Merk-würdige Studienergebnisse

- 36** WISSENSCHAFT
Psychiatrische Neurochirurgie
neu gedacht
- 41** BIBLIOTHEK
Lesestoff
- 42** VON GESTERN FÜR HEUTE
Zwischen Wahn und Wirklichkeit
- 48** IMPRESSUM



KI: Fortschritte für Diagnostik und Therapie?
→ S. 10



DGPPN Kongress 2019

Vier Tage im Zeichen der Psyche:
Impulse aus Forschung, Versorgung,
Politik und Gesellschaft
→ S. 24



Liebe Leserinnen und Leser,



mit Erscheinen der aktuellen *Psyche im Fokus* liegen turbulente Monate hinter uns. 2019 ist vermutlich von uns allen, die wir uns für die psychiatrische Versorgung in unserem Land stark machen, als Parforceritt durch die Gesetzgebungspolitik empfunden worden. Mehr Reformvorhaben in kürzerer Zeit sind kaum vorstellbar. Die Intensität, mit der in den letzten Monaten über die psychische Gesundheit unseres Landes debattiert wurde, könnte höher kaum sein. Positiv ist: Wir erleben einen gesellschaftspolitischen Diskurs, der der Sache guttut. Und es zeigt sich, dass das, was der Versorgung psychisch erkrankter Menschen am meisten nützt, immer wieder neu erstritten werden muss: eine Fokussierung auf die unterschiedlichen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen und ihrer Angehörigen und Freunde. Nur auf dieser Grundlage kann gewährleistet sein, dass jeder Mensch unabhängig von Alter, Herkunft und Kultur jederzeit die individuelle Hilfe und das Maß an Versorgung erhält, die er benötigt.

Unser Fach ist so vielseitig wie der Bedarf der Menschen. Diese Perspektiven zu bündeln und in konkrete Projekte einzubringen, ist Aufgabe unserer Fachgesellschaft. Wie gut das gelingt, wird auch der DGPPN Kongress im kommenden November zeigen. Er steht 2019 ganz im Zeichen der Psychiatrieforschung. Wir beschäftigen uns mit personenzentrierten, individuell ausgerichteten Therapieansätzen für die Patientinnen und Patienten, mit dem Transfer neuer Verfahren aus der Forschung in die Praxis und diskutieren deren soziale, ethische und medizinische Aspekte.

Einen Vorgeschmack auf die Themen des Kongresses finden Sie hier im Heft. Der Frage, wie sich psychische Erkrankungen visualisieren lassen und wie ihrer Stigmatisierung entgegengetreten werden kann, widmen sich die Kunstprojekte auf dem Kongress. Und im Gespräch mit dem Behindertenbeauftragten der Bundesregierung können Sie seinen Standpunkt zu dieser Frage kennenlernen.

Ihr Andreas Heinz – für den Vorstand der DGPPN

A handwritten signature in blue ink that reads "Andreas Heinz".

Präsident



„Demokratie
braucht
Inklusion“

*Motto der Amtszeit von Jürgen Dusel**

* Beauftragter des Bundes für die Belange von Menschen mit Behinderungen

Lebensmut stärken und Suizid verhindern



Paragraf 217 StGB verbietet seit 2015 die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung. Auch die Berufsordnung der Bundesärztekammer untersagt Ärzten Hilfen zur Selbsttötung. Diese Position vertritt auch die DGPPN. Vor dem Bundesverfassungsgericht haben in diesem Jahr mehrere schwerkranke Menschen, Suizidhilfvereine und auch Ärzte Beschwerden gegen das Gesetz eingelegt. Noch ist offen, wie das Gericht entscheidet.

Nach intensiver politischer und gesellschaftlicher Debatte wurde Ende 2015 durch eine freie Abstimmung im Deutschen Bundestag der Paragraf 217 des Strafgesetzbuchs beschlossen. Er sieht vor, dass die „geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung“ mit bis zu drei Jahren Haft oder Geldstrafe geahndet wird. Dabei bedeutet der Begriff „geschäftsmäßig“ im juristischen Verständnis nicht „gewerblich“, sondern umfasst auch den Tatbestand der wiederholten Handlung. Dies hat vor allem die Tätigkeit von Suizidhilfvereinen – oft fälschlicherweise als Sterbehilfvereine bezeichnet – unterbunden.

Das Thema Beihilfe zum Suizid wird in diesem Jahr vor dem Bundesverfassungsgericht erneut verhandelt. In Karlsruhe legten schwerkranke Menschen, Suizidhilfvereine und auch Ärzte Beschwerde gegen den Paragrafen ein. Sie wiesen darauf, dass der Paragraf 217 im Widerspruch zum Grundgesetz stehe, der ein Recht auf Inanspruchnahme unterstützender Hilfen durch Dritte bei Selbsttötung regelt. So sei durch den Begriff „geschäftsmäßig“ nicht hinreichend sichergestellt, dass die im Einzelfall geleistete ärztliche Suizidhilfe straffrei bliebe, so die klagenden Ärzte. Sollten die Kläger Recht bekommen und der Paragraf grundgesetzwidrig sein, wäre eine Gesetzesänderung notwendig.

Bereits während des Gesetzgebungsprozesses 2015 hat sich die DGPPN klar zum Thema positioniert: Beihilfe zum Suizid ist keine ärztliche Aufgabe. Der Schwerpunkt muss auf Suizidprävention und den Erhalt des Lebens jedes einzelnen Menschen liegen.

In der Öffentlichkeit wird oft irrtümlich behauptet, dass Menschen mit schweren somatischen Erkrankungen, die

um Beihilfe zum Suizid bitten, sich grundsätzlich von suizidalen Menschen mit psychischen Erkrankungen unterscheiden würden. Diese Polarisierung verkennt die Realität: Das Leid bei körperlicher Krankheit ist zumeist untrennbar mit psychischem Leid verbunden. Es ist ein komplexes Bedingungsgefüge, das den schwindenden Lebenswillen und das Drängen auf einen vorzeitigen Tod bestimmt.

Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht wird körperliches Leiden durch verzweifelte und depressive Verstimmungen häufig mitbestimmt. Der Betroffene erlebt eine völlige Ausweg- und Hoffnungslosigkeit, entwickelt den Wunsch zu sterben und ggf. auch ein Suizidbegehren. Die Psychiatrie und Psychotherapie kennt hier viele Interventionsmöglichkeiten, die den Lebenswillen unterstützen können. Fürsorgliche Zuwendung, Empathie und Therapie

können den Lebenswillen befördern. Es sollte für alle Beteiligten gemeinsames Ziel sein, zuallererst diese Hilfen zu nutzen und den leidensbedingten Sterbewunsch eines schwer erkrankten Menschen abzuwenden.

Die von Menschen mit schweren Erkrankungen empfundene Ausweglosigkeit wird auch bestimmt von ihrem Umfeld und den Bedingungen, in denen sie leben, z. B. durch die Erfahrung unzureichender Wertschätzung, Scham und „Nutzlosigkeit“. Eine Kultur der Achtung und eine bedarfsgerechte Unterstützung körperlich und seelisch erkrankter Menschen, insbesondere im fortgeschrittenen Lebensalter, könnten solche Gründe für Suizidwünsche nichtig machen. Bei allem Respekt vor der autonomen Entscheidung einsichts- und steuerungsfähiger Patienten ist es nicht Aufgabe des Arztes, den Tod zu befördern.

Cannabis legalis – Appell für mehr Wissen und Sicherheit

Seit 2017 darf jeder Arzt, unabhängig von Fachrichtung oder Qualifizierung, Cannabisblüten und cannabisbasierte Arzneimittel verschreiben. Der Gesetzgeber hat dabei auf eine Festlegung von einzelnen Indikationen verzichtet. Die DGPPN ruft gemeinsam mit weiteren Fachverbänden zu einem verantwortungsbewussten Umgang auf und warnt vor unkritischem Cannabiseinsatz.

Gemeinsam mit elf weiteren Fachverbänden appelliert die DGPPN an ein höheres Verantwortungsbewusstsein beim Einsatz von Cannabis. Angesprochen sind insbesondere die Medien, die in ihrer Berichterstattung häufig nicht zwischen Medizinalcannabis und cannabisbasierten Rezeptur- und Fertigarzneimitteln unterscheiden. Berichte über den Nutzen von „Cannabis“ bei chronischen Schmerzen und psychischen Störungen erfolgen teilweise undifferenziert und unkritisch. Es werden nahezu ausschließlich erfolgreiche Patientenbeispiele dargestellt, gescheiterte Therapien und unerwünschte Wirkungen bleiben außen vor. Bislang fehlen auch noch Zulassungsstudien, die fachlich hinrei-

chend über den Einsatz von Cannabisblüten – Nutzen und Risiko – informieren. Aus diesem Grund richtet sich der Appell ebenso an die behandelnden Ärzte, die aufgefordert werden, an der Begleiterhebung teilzunehmen und sich mit den Regularien bei der Verschreibung von Cannabispräparaten vertraut zu machen. Die Politik ist ihrerseits angehalten, den Ausbau der Forschung in diesem Bereich weiter zu fördern, um den steigenden Verschreibungszahlen von medizinischem Cannabis gerecht zu werden. Die medizinischen Fachgesellschaften nehmen sich zudem selbst in die Pflicht: Ihr zentrales Anliegen ist es, die Erstellung interdisziplinärer Leitlinien zum Umgang mit cannabisbasierten Arzneimitteln weiter voranzubringen.

DGPPN KONGRESS 2019

Symposium

Cannabis als Medizin: Grundlagen und klinisch-praktische Anwendung

28.11.2019 | 17:15–18:45 Uhr

Was tun bei Demenz?



Demenz ist weltweit eine verbreitete Erkrankung mit stark steigender Tendenz. Um diesen Trend aufzuhalten, hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Empfehlungen für die Reduzierung des Demenzrisikos veröffentlicht.

Weltweit sind etwa 50 Millionen Menschen an Demenz erkrankt. Gemäß aktueller Studienlage soll sich diese Zahl bis 2050 noch verdoppeln. Demenz ist bekanntermaßen nicht heilbar, dennoch lassen sich Faktoren, die die Entstehung oder den Verlauf demenzieller Erkrankungen beeinflussen, verändern. Im Kampf gegen Demenz werden jetzt Maßnahmen, die helfen, der Krankheit vorzubeugen, verstärkt in den Fokus genommen.

Die WHO hat nun die wichtigsten Empfehlungen in einem Leitfaden zusammengefasst. Der Leitfaden ist als Hilfestellung für Gesundheitsdienstleister und politische Entscheidungsträger gedacht. Viele Empfehlungen dienen aber auch als Ratgeber für die Bevölkerung. Unterteilt wird in starke und bedingte Empfehlungen. „Starke“ Empfehlungen richten sich an alle Menschen, „bedingte“ nur an bestimmte Gruppen. Körperliche Bewegung und ein Rauchverzicht gehören ebenso wie die adäquate Behandlung von Bluthochdruck oder Diabetes zu den starken Empfehlungen. Geraten wird im Rahmen der Demenz-Prävention auch, auf Nahrungsergänzungsmittel zu verzichten. Eine insgesamt ge-

sunde Lebensführung mit einer ausgewogenen Ernährung kann gesunde Menschen vor Demenz schützen, Menschen mit kognitiven Defiziten jedoch nur bedingt.

Zum aktuellen Stand der Demenzforschung diskutierten Experten auf dem gemeinsam von DGPPN und Deutscher Gesellschaft für Gerontopsychiatrie (DGGPP) durchgeführten Hauptstadtsymposium im Mai dieses Jahres. Die ausgebuchte Veranstaltung machte auf die Bedeutung der bedarfsgerechten Versorgung alter Menschen mit psychischen Erkrankungen aufmerksam und hob den Stellenwert von körperlicher und psychischer Gesundheit hervor. Dabei liegt es nicht nur in der Verantwortung des Einzelnen, für eine gesunde Lebensweise und gewisse Lebensqualität im Rahmen der eigenen Möglichkeiten zu sorgen. Es ist auch Aufgabe der modernen Alterspsychiatrie und eines vorausschauenden Gesetzgebers, diese durch entsprechende Rahmenbedingungen zu erhalten.

DGPPN KONGRESS 2019

Lecture

Philip Scheltens: The biological definition of Alzheimer's disease

29.11.2019 | 15:30–17:00 Uhr

Bessere Versorgung für Drogenabhängige in Haft

Drogenabhängigkeit von Menschen in Haft ist ein bekanntes und verbreitetes Problem. Eine umfassende suchtmmedizinische Versorgung kann vielerorts jedoch nicht gewährleistet werden. Für die Betroffenen wird ein Durchbrechen des Kreislaufs aus Sucht und Beschaffungskriminalität und letztendlich die Reintegration in die Gesellschaft dadurch nahezu unmöglich. Die DGPPN unterstützt eine Initiative, die Verbesserungen in sechs Eckpunkten vorschlägt.

Etwa ein Viertel der Inhaftierten in Deutschland injiziert sich regelmäßig Drogen, aber nur ein Bruchteil dieser Personen erhält eine angemessene suchtmmedizinische Versorgung. Die Folgen dieser prekären Situation reichen von mangelnder sozialer Reintegration über erneute Beschaffungskriminalität, dramatisch erhöhte Raten von HIV- und HCV-Infektionen bis hin zu einem erhöhten Mortalitätsrisiko nach Haftentlassung. Nun haben Experten aus Praxis, Forschung, Fachgesellschaften, Patientenorganisationen, Sozialer Arbeit und JVAs sechs Eckpunkte vorgelegt, die zur Verbesserung der Situation der Gefangenen beitragen sollen.

Gefordert wird darin an erster Stelle die konsequente Umsetzung des sogenannten Äquivalenzprinzips. Um die Qualität der Versorgung auch in Haft sicherzustellen, sollten demnach die medizinischen Leistungen der gesetzlichen

Krankenkassen hier gleichwertig zu denen in Freiheit erbracht werden, was aktuell nicht der Fall ist. Darüber hinaus sollte dem Potenzial der Substitutionsbehandlung ein größerer Stellenwert beigemessen werden. Nach Auffassung der Initiative wird dieses Potenzial in Haftanstalten nur unzureichend genutzt. Durch die Behandlung mit Drogenersatzstoffen könnte nicht nur die Sicherheit und Ordnung in der Haftanstalt gefördert werden, auch ließen sich auf diesem Wege HIV- und Hepatitis-C-Ansteckungen reduzieren. Weiterhin sollte angestrebt werden, die Zahl der Todesfälle nach Haftentlassung zu reduzieren. Sie gehen häufig auf Drogenintoxikationen zurück und können durch eine nahtlose Anschlussbehandlung nach Haftentlassung verhindert werden.

Drogenabhängigkeit wird vielfach als Charakterschwäche und nicht als ernsthafte Erkrankung wahrgenommen. Um drogenabhängige Gefangene erfolgreich wieder in die Gesellschaft zu integrieren, sei es, so die Initiative, unerlässlich, ihnen das Gefühl von Sicherheit und Akzeptanz zu vermitteln. Eine weitere Forderung zielt deshalb darauf ab, alle Beteiligten auf allen Ebenen umfassend aufzuklären. Auch fordern die Experten in ihrem Eckpunktepapier eine grundlegende suchtmmedizinische Qualifizierung als Voraussetzung für alle Behandler sowie eine einheitliche Erhebung der Suchtproblematik im Justizvollzug. Bislang fehlen flächendeckende Zahlen zur Versorgungssituation in Haft.

DGPPN KONGRESS 2019

Symposium

Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger in Haftanstalten

29.11.2019 | 17:15–18:45 Uhr

Sicher durch den App-Dschungel



Apps für die psychische Gesundheit gibt es wie Sand am Meer. Der Markt ist überfüllt und unübersichtlich, doch Qualitätskontrollen existieren so gut wie nicht. Laut aktuellem Gesetzesentwurf sollen gesetzlich Versicherte künftig einen Anspruch auf risikoarme digitale Gesundheitsanwendungen erhalten. Die DGPPN unterstützt dieses Ziel. Es gibt aber noch Nachbesserungsbedarf.

Im Bereich psychischer Gesundheit gibt es ein breites Angebot digitaler Gesundheitsanwendungen: Diese reichen von der reinen Informationsvermittlung über die Prävention und Selbsthilfe bis hin zur Behandlung und Nachsorge psychischer Erkrankungen. Technisch wird eine Bandbreite von einfachen App-Anwendungen bis zu komplexen internetbasierten Interventionen angeboten. Im Rahmen einer Online-Intervention etwa können Fertigkeiten aus dem Selbstmanagement über ein internetbasiertes Computerprogramm vermittelt werden. Die derzeitige Datenlage zeigt, dass Selbstmanagement-Interventionen in der Behandlung bestimmter psychischer Störungen (v. a. Depression und Angststörungen) wirksam sind. Dies gilt vor allem für solche Programme, die von Experten begleitet werden, sowie für diejenigen Patienten, die grundsätzlich offen für

Online-Therapien sind. Internetbasierte Interventionen können also im Rahmen eines umfassenden Behandlungsplans erfolgreich eingesetzt werden, sollten jedoch den persönlichen Kontakt zwischen Arzt bzw. Psychotherapeut und Patient nicht vollständig ersetzen.

Die Mehrzahl der verfügbaren Angebote unterliegt allerdings keiner Prüfung durch Experten. Deshalb setzen sich die DGPPN und die Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) dafür ein, dass internetbasierte Interventionen, die nachweislich wirksam und sicher sind, Patienten im Rahmen der Regelversorgung kostenfrei zur Verfügung stehen. Dazu müssen jedoch zunächst einmal verbindliche Qualitätskriterien festgelegt werden. Ein Empfehlungskatalog von DGPPN und DGPs liegt seit 2018 vor.

Der aktuell von der Bundesregierung vorgestellte Entwurf eines *Digitale-Versorgung-Gesetzes* würde Patienten zukünftig einen Anspruch auf erstattungsfähige risikoarme digitale Gesundheitsanwendungen einräumen. Voraussetzung dafür soll sein, dass die digitale Anwendung zuvor durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte geprüft und in ein *Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen* aufgenommen wurde.

Grundsätzlich begrüßt die DGPPN den Gesetzesentwurf. Im Detail gibt es jedoch deutlichen Nachbesserungsbedarf. So zielt der Kabinettsentwurf bisher einseitig auf risikoarme Selbsthilfe-Tools ab, während komplexe digitale Interventionen zur Behandlung psychischer Erkrankungen vernachlässigt werden. Im aktuellen Entwurf wäre eine Erstattung durch die Krankenkasse auch ohne Rezept möglich. Zur Wahrung der Patientensicherheit bedarf es aus Sicht der DGPPN aber grundsätzlich einer Verordnung durch Ärzte oder Psychotherapeuten. Außerdem sind deutlich höhere Anforderungen an Wirksamkeitsnachweise für digitale Gesundheitsanwendungen erforderlich als bisher geplant.

Der Gesetzesentwurf sieht noch viele weitere Maßnahmen vor: So soll zum Beispiel die Telematik-Infrastruktur erweitert werden, Telekonsile sollen in größerem Umfang ermöglicht und die Nutzung einer Videosprechstunde soll vereinfacht werden. Kritisch sieht die DGPPN die geplante

Zusammenführung und Auswertung sämtlicher Sozial- und Abrechnungsdaten. Die Krankenkassen sollen aufgrund dieser Analysen die Möglichkeit erhalten, ein umfassendes individualisiertes Beratungsangebot zu entwickeln. Eine aktive Ansprache der Versicherten auf Grundlage einer solchen Datenauswertung stellt aus Sicht der DGPPN eine Gefährdung der Persönlichkeitsrechte des Patienten und des Datenschutzes dar.



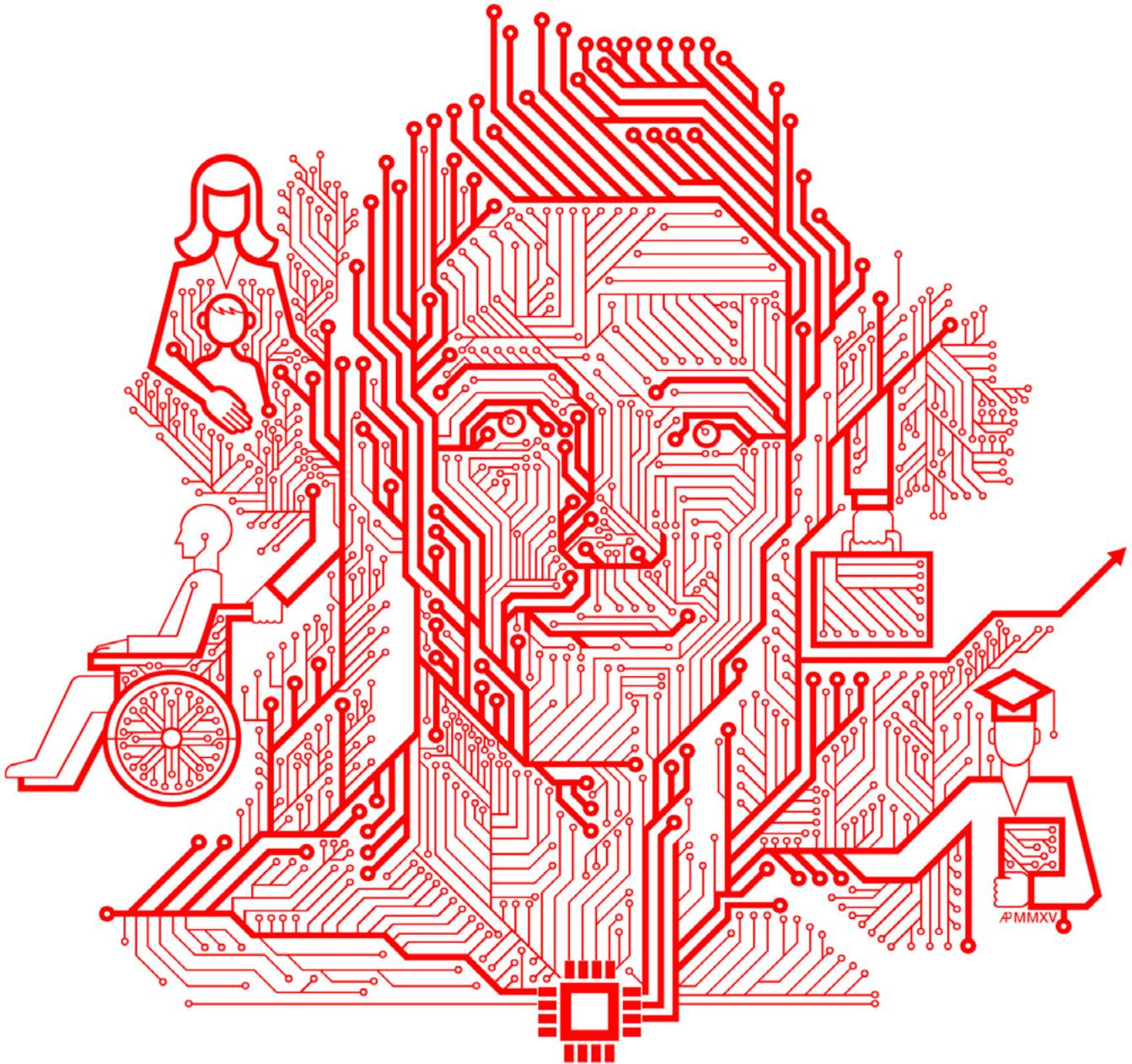
Keine Tabakwerbung – nirgends

Der Zusammenhang zwischen Tabakwerbung und der Anfälligkeit, mit dem Rauchen anzufangen, ist wissenschaftlich vielfach belegt. Was die Tabakindustrie freut, ist eine schlechte Nachricht für die öffentliche Gesundheit: Zigarettenwerbung regt zum Rauchen an. Die Einführung eines umfassenden Tabakwerbverbots, das von der Politik diskutiert wird, liegt auf der Hand. Die DGPPN unterstützt die aktuelle Gesetzesinitiative mit fachlicher Expertise.

Der Konsum von Tabak zählt zu den größten vermeidbaren Gesundheitsrisiken in Deutschland. Rauchen verursacht eine deutlich verminderte Lebenserwartung. Etwa jeder vierte Erwachsene in Deutschland raucht. Soziale Faktoren, Verhaltensgewohnheiten, psychische Prozesse wie die Verleugnung der gesundheitlichen Risiken und eine bei etwa der Hälfte der Rauchenden bestehende physische oder psychische Abhängigkeit erschweren den Ausstieg aus dem Tabakkonsum.

Regelmäßiges Rauchen beginnt in den meisten Fällen im Jugendalter. Zahlreiche Studien belegen den Zusammenhang zwischen Tabakwerbung und der Anfälligkeit von Kindern und Jugendlichen, mit dem Rauchen anzufangen.

Die Fraktionen von Bündnis 90/Die Grünen und Die Linke fordern daher ein umfassendes Werbeverbot für Tabakprodukte und E-Zigaretten. Im Dezember 2018 gab es hierzu eine öffentliche Anhörung des Ausschusses für Ernährung und Landwirtschaft, in der sich die Mehrheit der geladenen Sachverständigen positiv zu einem Tabakwerbverbot positionierte. Die DGPPN unterstützt die politischen Forderungen und hat im Auftrag der Bundesdrogenbeauftragten eine fachliche Bewertung auf Grundlage des aktuellen Forschungsstandes vorgelegt. Das Ergebnis lässt sich knapp zusammenfassen: Werbung kann Menschen zum Rauchen verleiten. Durch ein Werbeverbot könnten der Tabakkonsum und seine gravierenden Folgen auch in Deutschland reduziert werden.



Das Wissenschaftsjahr 2019 ist der Künstlichen Intelligenz gewidmet. Deren Fortschritte bringen auch für die Diagnostik und Therapie von Krankheiten einschneidende Veränderungen.

Zeiten- wende in der Medizin

Ein Ausblick in das Jahr – sagen wir einmal – 2030: Ein Mann entdeckt auf seinem Arm einen ihm dubios erscheinenden Leberfleck. Um ihn abzuklären, konsultiert er keinen Arzt, sondern eine Maschine. Diese analysiert die auffällige Stelle und gibt Entwarnung. Oder: Eine Frau ertastet einen Knoten in ihrer Brust. Sie lässt eine Mammographie machen. Ein Computer bewertet die Bilder und kommt zum Ergebnis: Es ist Krebs. Gewebe wird entnommen und ebenfalls von einem Computer begutachtet. Er bestätigt die Diagnose, liefert einen Therapievorschlag und eine Prognose, wie die Krankheit weiter verlaufen wird. Vermutlich wird es nicht einmal zehn Jahre dauern, bis solche Szenarien Realität sind. Getestet werden sie bereits. So ließen Wissenschaftler des Universitätsklinikums Heidelberg um den

Dermatologen Holger Hänfle erfahrene Hautärzte gegen einen Computer antreten. Es galt, Fotos von Leberflecken zu beurteilen und einzuschätzen, ob sich daraus Schwarzer Hautkrebs entwickeln wird. Die Menschen verloren gegen die Maschine: Der Computer erkannte 95 Prozent der Melanome, die Dermatologen nur 89 Prozent.

Das Wissenschaftsjahr 2019 ist der Künstlichen Intelligenz (KI) gewidmet. Als Schlüsseltechnologie der nahen Zukunft wird sie oft im Zusammenhang mit autonomem Fahren, Haushaltsgeräten oder Pflegerobotern genannt. Doch die Künstliche Intelligenz bringt auch einschneidende Veränderungen für die Medizin mit sich, manche sprechen sogar von einer Zeitenwende. Kürzlich widmeten sich die Teil-

nehmer eines internationalen Kongresses am Universitätsklinikum Essen den Entwicklungen und Auswirkungen der lernenden Systeme für die eigene Arbeit. Ein Thema mit vielen Facetten, das ethische Fragen und solche nach dem Schutz sensibler Patientendaten aufwirft – wird man bald gläsern sein bis in den letzten Zellkern? Ein Thema, das auch Ängste vor einer entmenschlichten Medizin weckt.

In einer repräsentativen Umfrage ermittelten die Körber-Stiftung und die Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, dass 81 Prozent der Bürger es als sinnvoll ansehen, wenn ein Mediziner die Diagnose vor allem auf Basis seiner Erfahrung stellt. Nur jeder Fünfte vertraut dem Computer demnach mehr als dem Arzt. Mediziner, die eine Integration der KI in ihr Fach befürworten, betonen, dass der Arzt nicht überflüssig, sondern entlastet und sicherer in seiner Entscheidung wird. Dass er sich auf wichtige Aufgaben und den Kontakt mit den Patienten konzentrieren kann. „Medizin war stets einem Wandel unterzogen, immer haben neue Technologien alte abgelöst“, sagt Michael Forsting, Direktor des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie und Neuroradiologie am Universitätsklinikum Essen: „Heute trinkt auch kein Arzt mehr Urin, um den Zuckergehalt darin festzustellen. Sicher wird es Bereiche geben, in denen man den Arzt als Wissensträger der Medizin weniger braucht als heute. Das ist nichts Dramatisches.“

Bereits in vollem Gange ist die Metamorphose in der Radiologie. „Computer helfen uns schon seit 20 Jahren“, sagt Forsting. „Der Unterschied zur Künstlichen Intelligenz besteht darin, dass man bislang immer eine Hypothese gebraucht hat. Das benötigen die neuen Algorithmen nicht mehr.“ Um das Ausmaß des Umbruchs zu ermessen, muss man wissen, was die KI von herkömmlichen Computersystemen unterscheidet: Es handelt sich um lernende Maschinen auf der Basis komplexer neuronaler Netze, die biologischen Vorbildern nachempfunden sind. Wie diese sind sie in der Lage, ihre Aufgaben selbstständig und unter sich ändernden Bedingungen zu erfüllen. Um das leisten zu können, müssen die Systeme jedoch vorher trainiert werden.

Als Grundlage dafür dienen Daten, die Menschen ihnen eingeben. Durch das Einspeisen neuer Informationen – das können weitere Patientenfälle, aber auch Studienergebnisse sein – lässt sich das Wissen der Maschine ständig erweitern. Auf dem Gebiet der Radiologie würde ein solches System Aufnahmen von Tumoren, Bandscheibenvorfällen oder anderen Erkrankungen, die mit bildgebenden Verfahren

sichtbar gemacht werden können, in aller verfügbaren Variationsbreite gezeigt bekommen. „Die Leistungsfähigkeit steht und fällt also mit der Qualität der Daten – und darin besteht auch das größte Problem“, sagt Forsting. „Den Algorithmus kann man kaufen, das ist nicht die Schwierigkeit. Aber ich kann einen Super-Algorithmus besitzen – wenn ich ihm falsche Daten eingebe und damit trainiere, kommt es zu Fehldiagnosen.“ Der Essener Radiologe verlässt sich bei der Umstellung in seinem Institut deshalb nur auf Daten aus dem eigenen Haus. „Es ist nicht nötig, Millionen von Daten zu haben, man kommt auch mit einigen tausend aus, Hauptsache, sie sind gut.“ Bei Routineaufgaben, die viel Zeit fressen, könne der Computer bereits heute einem Radiologen komplett die Arbeit abnehmen, sagt Forsting. Dazu gehört die Bestimmung des Knochenalters, „eine häufige Untersuchung, für die man normalerweise in einem Atlas nachschauen muss, welche Bilder übereinstimmen“. Auch Verlaufskontrollen, etwa bei einem Bandscheibenvorfall oder der Größe eines Tumors, könnten Algorithmen selbstständig übernehmen. Bei Erstdiagnosen von schweren Erkrankungen wie Krebs werden lernende Systeme zumindest in den nächsten Jahren nicht ohne einen Mensch als Partner – und letzte Instanz – arbeiten. Gleichwohl gilt die Diagnostik als Bereich, in dem das Potenzial Künstlicher Intelligenz besonders effektiv ausgenutzt werden kann. Jochen Werner, Ärztlicher Direktor des Universitätsklinikums Essen, sieht die Zukunft in einem „gemeinsamen Pool von Daten aus Radiologie, Pathologie und Nuklearmedizin“, die dann miteinander kombiniert werden. „In den USA gibt es bereits Institutionen, wo diese drei Fächer keine separaten Bereiche mehr sind, sondern in einer Art Superdiagnostik zusammengefasst sind. Wir in Deutschland sollten diesen Weg auch gehen. Das wird die Diagnostik schneller und besser machen.“ Zusätzlich, so Werner, könnten noch Informationen aus der Humangenetik einfließen.

Künstliche Intelligenzen können den Ärzten auch Therapieempfehlungen geben. Die eigentliche Entscheidung sollte aber in der Hand des Arztes bleiben, der gleichsam als „Mediator zwischen Mensch und Technologie“ fungieren könne, schreibt Clemens Cyran, Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Radiologie am Klinikum der Universität München, im Fachmagazin „Radiologie“. „Menschen möchten von Menschen behandelt werden und nicht von Computern.“ Eine Disziplin, in der computergesteuerte Systeme bereits Einzug gehalten haben, ist die Chirurgie. Roboterassistenten operieren seit Jahren unter anderem gut- und bösartige Tumore an Prostata, Nieren, Eierstöcken und Gebärmutter,

an der Lunge oder im Hals-Nasen-Ohren-Bereich. Allerdings handelt es sich bei ihnen nicht um Künstliche Intelligenz. „Im Prinzip sind das eher hochentwickelte Instrumente, die von einem menschlichen Chirurgen an der Konsole gesteuert werden“, erläutert Werner. Derzeit sei nicht vorstellbar, dass solche Maschinen „autark operieren“. „Aber vielleicht übernehmen sie eines Tages Teile einer Operation – etwa in kritischen Körperregionen mit vielen Gefäßen, die nicht verletzt werden dürfen“. Da seien Roboter im Vorteil, weil sie präziser und zitterfrei arbeiten könnten. „In solche Systeme müsste dann ein Datensatz mit der Erfahrung aller Maschinen dieses Robotertyps eingebracht werden.“ Häufig stehen beim Einsatz von Künstlicher Intelligenz in der Medizin Tumore im Fokus. Aber auch in der Kardiologie und bei Notfällen werde sie eine zunehmend wichtige Rolle spielen, sagt Werner. So ließe sich die Arbeit in Zentralen Notaufnahmen von Krankenhäusern verbessern, wenn bei Ankunft eines Patienten bereits die Daten aus dem Rettungswagen vorlägen und Computer bei der Diagnose und der Planung der Therapie helfen würden. Technisch sei das bereits möglich.

Das größte Potenzial sehen die KI-Experten allerdings in einem Bereich, auf den Laien wohl kaum kommen würden: in der Psychiatrie und Psychotherapie. „Da wird ein ganz großer Umbruch kommen“, sagt Jochen Werner. Er geht davon aus, dass sich mit KI zum Beispiel eine Depression oder eine Schizophrenie schneller feststellen lassen.

Andreas Meyer-Lindenberg, Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim findet diese Vorstellung nicht abwegig. Es sei gut möglich, dass eine Maschine solche psychischen Erkrankungen besser diagnostizieren könne als der Mensch. „Nachgewiesen ist das allerdings noch nicht.“ In jedem Fall aber werde die sprechende Medizin in „besonderem Maße“ von neuen digitalen Möglichkeiten profitieren. So ließen sich etwa soziale Netzwerke nutzen, um Anzeichen von Suizidgedanken zu erkennen. Bei episodisch verlaufenden Erkrankungen wie der bipolaren Störung könnte das Smartphone über das Verhalten des Nutzers „Frühwarnzeichen“ liefern, die auf einen manischen Schub hindeuten, erläutert der Psychiater. Auch bei einer Verhaltenstherapie könnte eine App auf dem Handy unterstützend wirken – etwa, wenn es das Ziel ist, bestimmte Ängste abzubauen, sagt der Mediziner: „Über das Handy bekäme der Patient dann zum Beispiel die Aufgabe, sich in eine Situation zu begeben, in der er seine Höhenangst überwinden muss.“ Auch bei der Therapie von Abhängig-

keiten ließe sich eine App einsetzen: „Sie würde dann intervenieren, wenn sich jemand einer Spielhalle nähert“, veranschaulicht Meyer-Lindenberg. Sogar Programme, mit der sich an der Tonalität und Veränderungen der Stimme oder an der Mimik innere Zustände ablesen lassen, gebe es bereits, sagt Jochen Werner. In Deutschland seien sie noch nicht gebräuchlich. In China allerdings würden sie schon eingesetzt – weniger in der Medizin, sondern von Firmen. Eine Vorstellung, die Unbehagen auslöst: „Die Gefahr des Missbrauchs ist nicht zu leugnen“, sagt Werner. „Man muss sich genau überlegen, bis wohin man gehen will, wo man die Grenze setzt. Wie man kriminelle Energie in diesem Bereich ausbremsen kann. Das wird bislang viel zu wenig diskutiert.“ Die Leistung steht und fällt mit der Qualität der Daten.

Originalartikel von Pamela Dörhöfer aus der Frankfurter Rundschau vom 05.04.2019.
© Alle Rechte vorbehalten. Frankfurter Rundschau GmbH, Frankfurt.

DGPPN KONGRESS 2019

Symposium

Big Data und Machine Learning in der Psychiatrie: Stand der Forschung und mögliche Perspektiven für die klinische Zukunft

29.11.2019 | 08:30–10:00 Uhr

Generation
PSY



**Craving ist
keine Trend-
sportart.**

Gerührt oder geschüttelt?

Mein Name ist Abhängigkeit, Substanzgebundene Abhängigkeit. Wer nicht mehr „No“ zu Alkohol und Co. sagen kann, sollte sich Hilfe beim Doktor suchen. Rund 9,5 Millionen Deutsche im Alter von 18 bis 64 Jahren trinken laut aktuellen Statistiken so viel, dass sie ihre Gesundheit damit gefährden. Etwa 1,77 Millionen von ihnen gelten als alkoholabhängig. Ganz egal ob Alkohol, Kokain, Cannabis oder andere Drogen – die Frage ist immer dieselbe: Wo fängt eigentlich Sucht an? Ein wichtiges Kriterium in diesem Zusammenhang ist das sogenannte *Craving*. Ab dem Winter-

semester stellt die neue Kampagne der Generation PSY mit geballten Infos auf www.generation-psy.de klar: *Craving* ist keine Trendsportart wie *Kiten* oder *Paragliding*. Auch mit Skifahren hat es nichts zu tun.

Unter dem Begriff versteht man das starke Verlangen nach einem bestimmten Suchtmittel. Dass hinter einer Abhängigkeitserkrankung keine Charakterschwäche steckt, sondern das Belohnungssystem im Gehirn aus der Balance geraten ist, kann man dabei nicht oft genug betonen. Drogen aktivieren verschiedene Bo-

tenstoffe, die bewirken, dass Glücksgefühle durch den Körper rauschen. Danach folgt früher oder später die steile Abfahrt: Ernüchterung und Entzugserscheinungen. Das Verlangen wird immer stärker. Klingt nicht nur nach Teufelskreis – ist auch einer.

Was dabei im Gehirn passiert, welche Risikofaktoren es für eine Abhängigkeitserkrankung gibt und wie man sie behandelt, darüber spricht Mathias Luderer, Nachwuchskoordinator der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) im Experteninterview.

Nach
voll
kommt
Leere



Die Folgen einer Sucht sind für die Betroffenen und ihre Angehörigen sehr schwer. Sie reichen von gravierenden psychischen Problemen (z.B. Depressionen) und körperlichen Schädigungen bis hin zum verfrühten Tod. Insgesamt ist die Lebenserwartung deutlich vermindert. So sterben in Deutschland beispielsweise an den Folgen ihrer Alkoholerkrankung jedes Jahr über 40.000 Menschen und aufgrund der Abhängigkeit von „harten“ Drogen wie Heroin ca. 1500 Menschen.

Mehr Zahlen, Daten und Fakten zum Thema „Substanzgebundene Süchte“ enthält der Lexikonartikel. Abgesehen vom körperlichen Verfall zieht eine unbehandelte Suchterkrankung meist den gesellschaftlichen und beruflichen Abstieg nach sich. Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme und Konflikte im sozialen Umfeld bis hin zur völligen Vereinsamung sind bei vielen Betroffenen die Folgen. Wie es ist, mit einer Sucht zu leben, darüber berichtet Vlada in einem Artikel aus der ze.tt. Die 33-Jährige, die zehn Jahre lang trank, erzählt, warum ihre Krankheit jahrelang bei der Arbeit nicht auffiel und wie ihr eine Jobabsage wieder auf die Beine helfen konnte.

**// Denn festhalten
müssen wir,
was wir uns
selbst erworben
haben."**

Heinrich von Kleist (1777–1811)

Dort, wo einst der Dichter Heinrich von Kleist lebte, befindet sich heute eine Kultur- und Begegnungsstätte. Das Kleisthaus ist zudem der Amtssitz von Jürgen Dusel, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen. Arno Deister, Past President der DGPPN, traf ihn dort und sprach mit ihm über Kunst, Kultur, Demokratie und Inklusion.



Deister: Sie haben im Juni unsere Fotoausstellung „Crazy“ in Ihren Dienstsitz geholt, so dass wir hier im Kleisthaus diese besonderen Aufnahmen von Menschen mit psychischen Erkrankungen zeigen konnten. Wir haben die Ausstellung gemeinsam eröffnet und ich muss sagen, dass es mich tief beeindruckt hat, wie Menschen mit Behinderungen, insbesondere Sehbehinderungen, diese Bilder wahrgenommen haben. Sie haben – im übertragenen Sinne – in vielen Dingen mehr gesehen, als sehende Menschen, auch durch die Bildbeschreibungen der Audiodeskriptorin, die bei der Eröffnung dabei war.

Die Fotos hingen zum Teil in Ihrem Büro. Daher die Frage: Was bedeutet visuelle Kunst für Sie? Wie nehmen Sie das wahr als Mensch, der von Geburt an stark sehbehindert ist?

Dusel: Es gibt ja schöne Sätze dazu. Dass man, wie Antoine de Saint-Exupéry gesagt hat, nur mit dem Herzen gut sieht, beispielsweise. Also, ich nehme das schon wahr. Und Kunst

und Kultur sind für mich natürlich zentral. Ich kann sie nicht so gut sehen, aber ich kann mir Bilder von professionellen Audiodeskriptoren beschreiben lassen. Und ich kann mit meiner Nase ganz nah an Bilder herangehen und nehme dann schon etwas wahr. Sicherlich bin ich mit meiner Sehbehinderung in Bezug auf Kunst anders prädestiniert. Im wahrsten Sinne des Wortes begreife ich Dinge gerne – Skulpturen zum Beispiel. Oder ich habe auch ein geschärftes Hörvermögen. Da spielen natürlich Musik und Literatur, also gesprochene Literatur, eine wichtige Rolle.

Ich glaube aber, dass Kunst mit Räumen und der Atmosphäre etwas macht. Sie wirkt nicht nur unmittelbar auf den Betrachter, sondern auch mittelbar. So wurde ich von Gästen, die ich in meinem Büro empfang, auf die Bilder angesprochen. Und wenn die Audiodeskription professionell gemacht wird, ist das sicherlich auch gut für nicht sehbehinderte Menschen, denn sie werden Bilder plötzlich ganz anders wahrnehmen.

Deister: Und die Sehenden – so ging es mir – sind durch diese Beschreibungen auf Dinge und auf Details hingewiesen worden, die einem so auf den ersten Blick nicht aufgefallen sind. Wenn ich das ein bisschen erweitern darf: Der Zugang zu Kultur in jeder Form ist etwas, das extrem wichtig ist für die meisten Menschen und was in der Deklaration von Menschenrechten festgeschrieben ist.

„Kunst spielt eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, Dialoge zu befördern.“

Jürgen Dusel

Dusel: Wenn ich an die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) denke, ist Artikel 30 „einschlägig“ – wie wir Juristen so schön sagen – und zwar in doppelter Hinsicht: Einerseits, dass Menschen mit Behinderungen selbstverständlich den gleichen Zugang zu Kultur und zum kulturellen Erbe haben sollen – und das ist nicht auf Museen beschränkt, sondern das kann ebenso Erinnerungskultur sein. Das ist also das eine Recht aus Artikel 30.

Das zweite ist fast genauso oder vielleicht sogar noch ein bisschen wichtiger: Dass Menschen mit Behinderungen natürlich auch selbst künstlerisch tätig sein können. Deswegen haben wir hier im Kleisthaus eine Ausstellung gemacht zum Thema *Brainpainting*. Es ging darum, dass Leute, die *locked-in* sind, die mit Amyotropher Lateralsklerose (ALS) leben und beispielsweise keinen Finger mehr rühren können, tatsächlich gezielt mit Training und über einen Computer Kunst herstellen.

Kunst und Kultur sind wunderbare Transportmittel, um Menschen dort abzuholen, wo man vielleicht mit politischen Ideen oder mit anderen Strategien nicht mehr an sie herankommt. Kunst spielt – für mich persönlich – eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, Dialoge zu befördern.

Deister: Sie haben vorhin eine schöne Wendung benutzt: „Dinge begreifen, anfassen, um sie wahrzunehmen“. Es ist ja auch so mit psychischen Erkrankungen, dass man sie nicht begreifen kann; dass man sich nicht so gut ein Bild davon machen kann. Sie haben in Ihrer Zeit in Brandenburg sehr viel direkt mit dem Thema zu tun gehabt als Referatsleiter für Maßregelvollzug und für Psychiatrie insgesamt ...

Wie ist Ihr Zugang zu Menschen mit psychischen Erkrankungen?

Dusel: Ich habe 1998 als Leiter der Heimaufsicht im Landesamt für Soziales und Versorgung angefangen und war zuständig für Einrichtungen für chronisch abhängigkeiterkrankte, also für psychisch erkrankte Menschen. Ich habe dann in Brandenburg das Integrationsamt samt den sogenannten Integrationsfachdiensten geleitet. Dort arbeiten Experten, die speziell ausgebildet sind für die Situation von psychisch erkrankten oder psychisch behinderten Menschen im Arbeitsleben. Da geht es vor allem um Teilhabe und die Frage der Belastbarkeit.

Auch für den Maßregelvollzug war ich zuständig und in diesem Zusammenhang für die Unterbringung nach dem PsychKG – eine für mich sehr prägende Zeit. Ich habe immer versucht, den Blickwinkel der Betroffenen einzunehmen. Für mich war ganz klar, dass das Patienten sind, die Rechte haben. Patientenrechte. Gerade für den Maßregelvollzug ist das besonders wichtig. Ich habe in dieser Zeit



sehr viel gelernt und sie auch als Bereicherung für mich persönlich wahrgenommen. In der Regel ist das gesamte Themenfeld doch recht tabuisiert und spielt zum Beispiel in der Ausbildung von Juristen kaum eine Rolle.

Deister: Nun hatten Sie viel mit dem Thema Zwangsmaßnahmen zu tun und mit Dingen, die gegen den Willen eines Menschen passieren, der eine schwere psychische Erkrankung hat. Für uns hat ja die Erhaltung bzw. die Wiederherstellung der Autonomie von Menschen mit psychischen Erkrankungen oberste Priorität ...

Dusel: Ich glaube Autonomie hängt auch mit der Qualifikation des Personals zusammen. Und damit, dass überhaupt ausreichend Personal da ist. Qualität und Quantität sind also gemeinsam entscheidend – gerade wenn es um solche Dinge wie freiheitsentziehende Maßnahmen oder Zwangsbehandlungen geht, die ja durchaus schwierig sind. Und ich glaube, wenn man sich die Entwicklung der letzten zehn Jahre mal anschaut, sind wir auf dem Weg, Zwangsunterbringung und -behandlungen immer weiter zu reduzieren. Das ist gut so.

Deister: Das kann ich aus unserer Sicht nur unterschreiben. Eine ebenso wichtige Kernfrage ist darüber hinaus: Wie können Menschen wieder an der Gesellschaft teilhaben? Ich denke, das ist ein wesentlicher Aspekt Ihrer Arbeit. Sie hatten ja eben schon die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen angesprochen. Wir haben auch bei uns eine größere Diskussion, inwieweit psychische Erkrankungen eigentlich – ich will nicht sagen – synonym sind mit dem Behindertenbegriff, aber wie viel das miteinander zu tun hat. Wie würden Sie das einordnen? Sind psychische Erkrankungen gleich Behinderungen – kann man das differenzieren?

Dusel: Ich kenne die Debatte. Da geht es um die Frage, dass viele sagen, „ich bin erkrankt, aber ich habe keine Behinderung“, weil sie Behinderung vielleicht als eine Form von doppelter Stigmatisierung psychischer Erkrankungen betrachten. Ich glaube, Behinderung ist eine Teilmenge aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen. Wie man mit der eigenen Erkrankung oder Behinderung umgeht, ist eine sehr individuelle Entscheidung. Ich gehe zum Beispiel sehr offen mit meiner Behinderung um, weil ich finde, dass es einfach zu meinem Leben dazu gehört. Das ist aber nicht immer leicht. Ich weiß auch um die Schwierigkeiten, die es in dem Bereich gibt. Tatsache ist leider, dass bestimmte



Leistungen oder Nachteilsausgleiche sich tatsächlich ausschließlich an den Begriff der Schwerbehinderung knüpfen. Die UN-BRK ist in diesem Punkt weiter. Darin wird nicht nur von den schwerbehinderten Menschen, sondern auch von Menschen mit Beeinträchtigungen gesprochen – und dazu gehören Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Deister: Wir glauben ebenfalls, dass es hier noch viel Diskussionsbedarf gibt. Zehn Jahre UN-BRK – das ist ein beachtlicher Zeitraum, in dem sich schon viel getan hat.

Dusel: Ja, und wir wollen eben ganz bestimmte Gruppen von Menschen mit Behinderungen in den Blick nehmen. Wir machen zurzeit eine Reihe, die heißt „Alle dabei – gemeinsam unterwegs“. Gestartet sind wir im Norden. In Bremen haben wir uns die „Gemüsewerft“ angeschaut – ein Zuverdienstbetrieb für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die nur sieben oder acht Stunden die Woche arbeiten können oder auch weniger. Uns wurde beschrieben, wie der Umsetzungsprozess des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) läuft und welche Risiken entstehen.

Weiter ging es in Hamburg. Dort haben wir uns mit der Caritas zusammengesetzt, die im Bereich Wohnungslosenhilfe sehr aktiv ist. Uns ging es darum, die Themen Wohnungs- und Obdachlosigkeit genauer anzuschauen. Dieser Personenkreis muss dringend mehr in den Blick genommen werden. Das fängt schon mit statistischen Daten an, die wir nicht haben. Mir ist wichtig, diese Gruppen mehr in den Blick zu nehmen und mit ihnen zu kommunizieren, Bedarfe und Erwartungen zu erfahren. Das Anliegen – auch wenn es jetzt vielleicht pathetisch klingen mag – ist *leaving no one behind*. Denn bei Menschen mit Behinderungen fokussieren sich die allermeisten nur auf bestimmte Behinderungsgruppen oder Behinderungsarten.



Deister: Psychische Erkrankung, Behinderung, Arbeit – das sind Felder, mit denen wir uns stark befassen, wobei wir uns vor allem Gedanken machen über zukunftsfähige Konzepte. Stichwort *Supported Employment*. Wie stehen Sie zu diesem Thema?

Dusel: *Supported Employment* befürworte ich natürlich. Und zwar nicht nur für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen, sondern außerdem in Bereichen, die jetzt schon laufen. Da geht es meistens um Menschen, die die Chance haben sollen, eine Alternative zur Werkstatt zu haben. „Erst platzieren und dann qualifizieren“ – ein bewährtes Prinzip, das auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen eine Chance sein kann. Das wurde ebenso auf Wohnungslosigkeit übertragen und nennt sich dann *Housing First*. Ich unterstütze den Gedanken in Artikel 27 der UN-BRK, wo die Teilhabe am Arbeitsleben nicht an einer Stundenzahl festgemacht wird. Die Angabe im SGB IX, ein „Mindestmaß an verwertbarer Tätigkeit“ mit

12 oder 15 Stunden pro Woche festzusetzen, ist meiner Meinung nach willkürlich gegriffen.

Deister: Es gibt ja eine ganze Menge Studien, in denen Menschen mit psychischen Erkrankungen gefragt wurden, was ihnen besonders wichtig ist. Dann kommen zu erwartende Antworten wie: „Weniger Symptome“ und „Therapien, die wirken“. Aber ganz vorne steht in aller Regel: „Ich brauche eine sinnvolle Aufgabe“, „Ich brauche etwas, das für mich selbst Sinn ergibt“. Und auch „eine wertgeschätzte Aufgabe“ – da geht es um Bezahlung.

„Wichtig sind zukunfts-
fähige Konzepte wie
Supported Employment.“

Arno Deister

Dusel: Arbeit ist ja eben nicht nur Geldverdienen. Keine Arbeit zu haben ist nicht nur Einkommenslosigkeit, sondern für die meisten auch Sinnlosigkeit. Teilhabe am Arbeitsleben ist in Deutschland der Schlüssel für gesellschaftliche Teilhabe. Das haben wir in der Bremer „Gemüsewerft“ gesehen: Menschen werden in der sozialen Interaktion aufgefangen. Da spielt natürlich eine Bezahlung eine Rolle. Ich betrachte das im Zusammenhang mit dem BTHG wirklich mit Sorge, weil ich eine Gefahr sehe, dass mit der weiteren Inkraftsetzung des Gesetzes tatsächlich die Rechtsgrundlagen für diese Zuverdienstfirmen wegfallen können.

Deister: Das BTHG war ja groß in der Diskussion. Nun sind Sie als Beauftragter für die Belange der Menschen mit Behinderungen Mitglied der Bundesregierung. Was kann die Bundesregierung machen, um Teilhabe voranzubringen?

Dusel: Also, ich glaube, wir können einen wesentlichen Beitrag dazu leisten, mitzuhelfen, die Rechte von Menschen mit Behinderungen weiter umzusetzen. Ich bin der Meinung, dass es Aufgabe des Staates ist, einerseits Recht zu setzen – das haben wir getan, indem wir die UN-Behindertenrechtskonvention ratifiziert haben. Nebenbei bemerkt: Das haben der Bundestag und der Bundesrat gemacht und damit ebenso die Länder, und nicht nur der Bund. Aber ich sehe das als staatliche Verantwortung. Recht zu setzen und viel entscheidender: dafür zu sorgen, dass diese Rechte beispielsweise aus der UN-BRK, dem SGB IX oder aus

dem BTHG oder dem Behindertengleichstellungsgesetz die Menschen auch erreichen, so dass sie sich darauf berufen können.

Deister: Das kennen wir ebenfalls vielfach aus dem klinischen Alltag. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben oft gar keine Vorstellung davon, welche Möglichkeiten es eigentlich gibt. Es ist extrem wichtig, dass man hier informiert. Die DGPPN hat deshalb zwei Publikationen unter dem Titel Teilhabekompass herausgegeben. Ich bin selbst immer wieder überrascht. Es gibt so viele Möglichkeiten – man muss sie nur kennen.

Dusel: Richtig. National gibt es ja den Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK, den die Bundesregierung gemacht hat mit allen Ressorts. Ich wollte noch einmal zurückkommen auf dieses Thema, dass es nicht reicht, nur Gesetze zu machen, sondern die Menschen ihre Rechte auch kennen müssen. Wenn das nicht passiert, fühlen sie sich vom Staat abgehängt und das ist eine Gefahr. Das erleben wir ja gerade zum Teil. Das ist das eine, was mir wichtig ist. Das zweite ist, dass wir prüfen, inwieweit die UN-BRK mit Gesetzen und Lebenswirklichkeiten überein zu bringen ist. Ich will ein Beispiel nennen, das zurzeit ziemlich virulent ist, das mit Sicherheit auch Menschen mit psychischen Erkrankungen, aber insbesondere Menschen mit schweren und Mehrfachbehinderungen betrifft. Es geht um diejenigen, die beispielsweise in Einrichtungen leben und dann wegen einer schweren Erkrankung im Krankenhaus behandelt werden müssen, die dann keine Assistenz haben, die sie begleitet und die Kommunikation zum behandelnden Personal herstellt. Denken wir an Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Das hängt damit zusammen, dass es bei der Finanzierung eine gesetzliche Regelungslücke gibt. Das ist ein totales Problem.

„Arbeit ist eben nicht nur Geldverdienen.“

Jürgen Dusel

Deister: Das erlebe ich im Allgemeinkrankenhaus, wo ich arbeite, als ein ernsthaftes Problem. Wir haben vor 15 Jahren in der Psychiatrie gedacht, dass Stigmatisierung oder Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bald der Vergangenheit angehört. Ehrlich gesagt

erleben wir, dass es in einigen Bereichen wieder eine Rückentwicklung gibt. Wie ist da Ihre Wahrnehmung?



Dusel: Das Pendel schwingt in manchen Bereichen wieder zurück. Wir müssen wirklich aufpassen. Ich habe für meine Amtszeit ganz bewusst ein Motto gewählt „Demokratie braucht Inklusion“. Gerade vor dem Hintergrund, dass es politische Kräfte gibt, die sicher geglaubte gesellschaftliche Konsense wieder infrage stellen. Es ist nicht selbstverständlich, dass wir in einem freien Land leben. Es ist auch nicht selbstverständlich, dass wir Vielfalt als positiv bewerten. Ich möchte in einem Land leben, für das beides uneingeschränkt gilt.

Deister: Andersherum braucht Inklusion Demokratie. Ich glaube, das kann man in ganz unterschiedlichen Richtungen sehen. Das öffnet tatsächlich den Rahmen sehr weit. Ich glaube, das kann man im Moment nicht oft genug sagen.

Dusel: Ja, weil Inklusion weitergeht. Inklusion ist nicht nur das Thema von Menschen mit Behinderungen, sondern es ist Alt und Jung, Mann und Frau, Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen, die immer schon hier leben, Menschen, die sich vielleicht anders verhalten als der Mainstream und Menschen mit psychischen Erkrankungen – das alles macht unsere Gesellschaft aus.

Ein Grund zu feiern war tatsächlich die Abschaffung der pauschalen Wahlrechtsausschlüsse. Das ist ein richtiger Fortschritt für die Menschen mit Behinderungen, für Menschen unter sogenannter Betreuung, für Menschen in der forensischen Psychiatrie. Letzteres ist mir besonders wichtig. An das Thema wollte sich lange keiner so richtig

herantrauen. Deswegen hat es mich besonders gefreut, dass das Bundesverfassungsgericht die Ausschlüsse schlichtweg als nichtig und für unanwendbar erklärt hat. Das fand ich das Besondere, und das hat mich sehr bestärkt. Da werde ich richtig leidenschaftlich!

Deister: Das ist gut so (lacht).

Dusel: Ich werde deshalb leidenschaftlich, weil ich an unsere Verfassung und deren Werte glaube (lacht). Ich habe in Brandenburg als eine meiner letzten Amtshandlungen mit dafür gesorgt, dass wir diese pauschalen Wahlrechtsausschlüsse auf Landesebene abschaffen, auch im Bereich der Forensik. Daraufhin habe ich eigentlich erwartet, dass ich bestimmte Diskussionen auf Bundesebene nicht mehr führen muss. Aber ich musste sie trotzdem führen. Und ich habe sie natürlich gerne geführt, weil sie notwendig waren. Natürlich kann ich als Beauftragter auf die UN-BRK verweisen und darauf, dass es um Menschen geht, die in Werkstätten arbeiten, die sich ehrenamtlich engagieren, die die Parteiprogramme lesen. Aber vom Verfassungsgericht attestiert zu bekommen, dass es verfassungswidrig ist, diese pauschal auszuschließen, fand ich als Jurist einfach unheimlich bestärkend. Ich finde, wir können uns zu unserem Bundesverfassungsgericht gratulieren. Es hat mich darin bestätigt, dass Demokratie und Inklusion im Grunde zwei Seiten derselben Medaille sind. Man könnte auch sagen: Gesetze bilden Gesellschaft ab. Ich will da nur ganz am Rande auf den Wortlaut des § 20 StGB verweisen. Die Wortwahl „seelische Abartigkeit“, wenn es um Schuldunfähigkeit geht, geht gar nicht.

Deister: Begriffe formen ja Wahrnehmung – das ist das Problem.

Dusel: Das ist der Punkt! Deswegen sind wir da aktiv. Die DGPPN sehe ich dabei als wichtigen Partner, denn ich finde, es gibt Dinge, die wir als Gesellschaft ändern müssen. Dazu gehört für mich unter anderem der Wortlaut des § 20 StGB, der sich auch im Ordnungswidrigkeitsrecht wiederfindet. Ich will damit nur sagen: Inklusion ist ein Prozess. Wir sind schon ein paar Etappen gelaufen, aber wir sind noch lange nicht am Ziel.



Jürgen Dusel

ist von Hause aus Jurist und seit 2018 der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen.

Prof. Dr. med. Arno Deister

ist Past President der DGPPN, Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Neurologie. Er hegt eine besondere Vorliebe für Fotografie.

DGPPN KONGRESS 2019

Symposium

10 Jahre UN-BRK – Bestandsaufnahme und zukünftige Herausforderungen im Hinblick auf die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung

27.11.2019 | 13:30–15:00 Uhr

Politik und Positionen – aktiv auf höchster Ebene

Die DGPPN beteiligt sich fortlaufend an gesellschaftlichen Debatten zur psychischen Gesundheit und begleitet die Entwicklungen in der Gesundheitspolitik konstruktiv. Ihre fachliche Expertise und ihr Sachverstand werden von höchster Ebene angefragt. Mit dezidierten Stellungnahmen bringt sie sich regelmäßig beratend in Richtlinien- und Gesetzgebungsverfahren ein. Im Mittelpunkt steht dabei stets die optimale Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Aus den zentralen Befassungen der letzten Zeit sei exemplarisch die Richtlinie für die Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosoma-

tik genannt, die weitreichende Folgen für die Qualität der Behandlung in psychiatrischen Kliniken haben wird. Auch das erste Dialogforum des Bundesgesundheitsministeriums zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen wurde mit einer ausführlichen Stellungnahme zum Handlungsbedarf in der ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung begleitet. Und bereits seit einigen Jahren nimmt die DGPPN aktiv an der Diskussion um die geplante Reform der Ausbildung nicht-ärztlicher Psychotherapeuten teil.

Die DGPPN hat sich 2019 bisher zu folgenden Themen positioniert (Auswahl):

- Gründung eines Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit
- Neufassung des Gesetzes über Hilfen für psychisch Erkrankte und Schutzmaßnahmen des Landes Sachsen-Anhalt (PsychKG LSA)
- Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung
- Gesetz zur Regelung des Sozialen Entschädigungsrechts
- Medizinalhanf und cannabisbasierte Arzneimittel: ein Appell an Ärzte, Journalisten, Krankenkassen und Politiker für einen verantwortungsvollen Umgang
- Verfassungsbeschwerde gegen § 1906a BGB – Ärztliche Zwangsmaßnahmen im Betreuungsrecht
- Dialogforum des Bundesgesundheitsministeriums zum Thema Versorgungsbereiche
- Bericht zu den Auswirkungen und Anwendungserfahrungen der Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen
- Beschlussentwurf des G-BA über eine Erstfassung einer Richtlinie zur Personalausstattung für Psychiatrie und Psychosomatik
- Gesetz für bessere und unabhängigere Prüfungen – MDK-Reformgesetz
- Digitale-Versorgung-Gesetz
- Änderung der DMP-A-Richtlinie: Einrichtung eines Disease-Management-Programms Depression
- Aufnahme der Systemischen Therapie in die Psychotherapie-Richtlinie

Kongress 2019

2019

**Innovative
Forschung**
für eine
personen-
zentrierte
Psychiatrie
und **Psycho-
therapie**

27.–30.11.2019 | CityCube Berlin

DER EXPERTENGIPFEL FÜR DIE PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Ende November versammeln sich im CityCube Berlin rund 9000 Ärzte, Wissenschaftler und Therapeuten, um sich mit den neuesten Entwicklungen im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie auseinanderzusetzen. In diesem Jahr stellt der Expertengipfel insbesondere zukunftsweisende Forschungsansätze und -ergebnisse in den Mittelpunkt. Mit mehr als 650 Einzelveranstaltungen bietet der DGPPN Kongress einen umfassenden Überblick über neueste Erkenntnisse in Prävention, Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen. Hochkarätige Experten aus dem In- und Ausland bereichern an allen vier Kongresstagen das Programm mit ihren Vorträgen. Überdies bietet der Kongress die beste Gelegenheit, um das eigene Wissen zu erweitern und zu

vertiefen. Das thematische Spektrum ist breit und behandelt alle relevanten Störungsbilder mit besonderem Praxisbezug. Das Fort- und Weiterbildungsprogramm umfasst rund 80 Workshops, die zusätzlich zur Registrierung über das Portal gebucht werden können. Auch in diesem Jahr wartet das Programm mit spezifischen Angeboten für psychiatrische Pflegekräfte und andere Gesundheitsfachberufe auf. Für die zukünftige Psychiatergeneration hat die DGPPN ein spezielles Nachwuchsprogramm erarbeitet. Sowohl der Kongress als auch das Fort- und Weiterbildungsprogramm der DGPPN Akademie sind CME-zertifiziert. Das gesamte wissenschaftliche Programm ist auf dgppnkongress.de sowie in der neuen Kongress-App abrufbar.

Spannende Lectures



Dorothee Kimmich
Tübingen



Philip Scheltens
Amsterdam
(Niederlande)



Katharina Domschke
Freiburg im Breisgau



Martin Bohus
Mannheim



Elisabeth Schramm
Freiburg im Breisgau



Gaetano Di Chiara
Cagliari (Italien)



Daniel Durstewitz
Mannheim



Vittorio Gallese
Parma (Italien)



Siri Hustvedt
New York (USA)



Michel Wensing
Heidelberg



Russell Foster
London
(Großbritannien)



Steffen Dörre
Berlin



Anita Riecher-Rössler
Basel (Schweiz)



Frank Jessen
Köln



Christian Lüscher
Genf (Schweiz)



Manfred Lütz
Köln



Gunter Schumann
London
(Großbritannien)



Byung-Chul Han
Berlin



DIE KONGRESS-APP: ALLES AUF EINEN KLICK

Alle Informationen rund um den DGPPN Kongress 2019 kostenlos und direkt auf dem Smartphone! Jetzt im App-Store downloaden.



- Push-Nachrichten mit brandaktuellen Infos erhalten
- persönliche Programm-Favoriten speichern
- verschiedene Filtermöglichkeiten für die Suche innerhalb des Programms
- Evaluation der State-of-the-Art-Symposien über die App
- alle Öffnungszeiten auf einen Blick
- auf Karten und Übersichtspläne zugreifen
- Q&A-Modul für Fragen während der Sessions
- alle Ansprechpartner mit Kontaktdaten enthalten
- alphabetische Referentenliste
- alle verfügbaren Abstracts abrufbar

AUSZUG AUS DEM NACHWUCHSPROGRAMM

Mittwoch, 27.11.2019

Lecture: Wie Psychotherapie und Neurobiologie voneinander lernen
Christian Schmahl

Kongress-Speeddating: Zeit für Fragen

Symposium: Frischer Facharzt – was nun?

Vorsitz: **Sabine Köhler, Berend Malchow**

Referenten: **Sabine C. Herpertz, Harald Scherk, Sabine Köhler, Peter-Christian Vogel**

Donnerstag, 28.11.2019

Meet-the-Expert: Eva-Lotta Brakemeier

Welche Psychotherapie hilft bei chronischen und therapieresistenten Depressionen? CBASP

als störungsspezifischer und integrativer Ansatz

Diskussionsforum: Grenzen des ethisch Vertretbaren? Behandlung unter Zwang in der forensischen Psychiatrie

Mit **Anna-Karina Jakovljevic, Jakov Gather, Dirk Hesse, Matthias Koller, David Zilles, Heiner Fangerau, Friedrich Schwenger, Jürgen L. Müller**

Freitag, 29.11.2019

Diskussionsforum: Herausforderungen in der Assistenzarztzeit – ein Dialog über Augenhöhe, Altersunterschied und Erfahrung am Beispiel der Alkoholabhängigkeit
Mit **Marc Augustin, Angela Zapp, Ute Keller, Falk Kiefer, Daniel**

Baumgärtner, Henner, Verena, Ange und Charlotte

Lecture: Zum Einsatz von Biomarkern bei der Alzheimer-Krankheit
Frank Jessen

Samstag, 30.11.2019

Symposium: Psychopathologie – brauchen das junge Psychiater noch?

Vorsitz: **Berend Malchow, Hanna Högenauer**

Referenten: **Paul Hoff, Anke Maatz**

Symposium: Herausfordernde Situationen in der Psychiatrie und Psychotherapie

Vorsitz: **Franziska Bäßler, Katja Broer**

Referenten: **Daniela Roesch-Ely, Alexander Trost**

HIGHLIGHTS AUS DEM PROGRAMM

Mittwoch, 27.11.2019

Symposium: Implementierung der S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens

Vorsitz: Tilman Steinert, Andreas Bechdorf

Referenten: Tilman Steinert, Lieselotte Mahler, Michael Löhr, Andreas Bechdorf

Symposium: Radikalisierung zwischen Psychopathologie und Gesellschaft – kulturwissenschaftliche Perspektiven der Psychiatrie

Vorsitz: Henning Saß, Matthias Bormuth

Referenten: Andreas Heinz, Matthias Bormuth, Thomas Fuchs, Paul Hoff

Symposium: Regionale Verantwortung und Versorgungsverpflichtung: zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Vorsitz: Christian Kieser, Alicia Navarro-Urena

Referenten: Arno Deister, Bettina Wilms, Klaus Obert, Elke Prestin

Symposium: „Disease Interception“ – eine Zukunftsperspektive auch für die Psychiatrie?

Vorsitz: Joachim Klosterkötter, Frank Jessen

Referenten: Joachim Klosterkötter, Frauke Schultze-Lutter, Nikolaos Koutsouleris, Frank Jessen

Donnerstag, 28.11.2019

Symposium: Wer immer lächelt, lächelt am besten?! Zur Sozialästhetik des Lachens und Lächelns in der Psychiatrie

Vorsitz: Andreas Heinz, Michael Musalek

Referenten: Michael Musalek, Hans Peter Krüger, Guenda Bernegger, Christa Rados

Symposium: Neue Erkenntnisse aus der Schizophrenieforschung und Optimierung der Antipsychotika-Therapien

Vorsitz: Daniel J. Mueller, Peter Falkai

Referenten: Nina Kraguljac, Sebastian Walther, Daniel J. Mueller, Sarah Kittel-Schneider

Symposium: Schuld und Verzeihen in der psychotherapeutischen Praxis

Vorsitz: Isgard Ohls, Peter Kaiser
Referenten: Michael Utsch, Isgard Ohls, Ulrike Anderssen-Reuster, Peter Kaiser

Pro-Con-Debatte: Psychedelika in der Psychotherapie

Vorsitz: Iris Hauth, Anna Lisa Westermair

Proponent: Gerhard Gründer, Opponentin: Ursula Havemann-Reinecke

Freitag, 29.11.2019

Sonderveranstaltung: Dialog und Offenheit – schon Geschichte oder noch Utopie? Zum 30-jährigen Jubiläum der Psychoseseminare

Vorsitz: Thomas Bock
Mit Thomas Bock, Elena Demke, Stefanie Hubert

Symposium: Innovative Bildgebungsmethoden in der Psychiatrie – Möglichkeiten und Grenzen

Vorsitz: Oliver Tüscher, Oliver Gruber

Referenten: Oliver Gruber, Martin Walter, Stefan Teipel, Gerhard Gründer

Symposium: Gaming Disorder

Vorsitz: Daniel Illy, Klaus Wölfling
Referenten: Daniel Illy, Klaus Wölfling, Lisa Kehler

Symposium: Innovative Behandlung der ADHS bei Erwachsenen

Vorsitz: Wolfgang Retz, Alexandra Philipsen

Referenten: Alexandra Philipsen, Wolfgang Retz, Andreas Jochen Fallgatter, Sarah Kittel-Schneider

Symposium: Zum Umgang mit Nebenwirkungen der Psychotherapie in der Praxis

Vorsitz: Eva-Lotta Brakemeier, Bernhard Strauss

Referenten: Eva-Lotta Brakemeier, Eckhard Roediger, Svenja Taubner, Bernhard Strauss

Samstag, 30.11.2019

Symposium: Ambulante Schlafmedizin – Schlafstörungen im ambulanten Sektor diagnostizieren und behandeln

Vorsitz: Thomas Pollmächer, Hans-Günther Weeß

Referenten: Hans-Günther Weeß, Kai Spiegelhalder, Thomas Pollmächer, Thomas Penzel

Symposium: Menschen mit schweren psychischen Störungen mit psychosozialen Therapien besser versorgen: S3-Behandlungsleitlinie und Versorgungspraxis

Vorsitz: Steffi G. Riedel-Heller, Thomas Becker

Referenten: Uta Gühne, Michael Konrad, Markus Kösters, Fanny Schoeler-Rädke

Symposium: Zukunftstechnologien in Psychiatrie und Psychotherapie: Was bringt das nächste Jahrzehnt?

Vorsitz: Tom Bschor, Surjo R.

Soekadar
Referenten: Benjamin Ochs, Mark Goering, Philip Schäfer, Surjo R. Soekadar

PSYCHE UND KUNST

Längst sind künstlerische Werke, die im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen stehen, fester Bestandteil des Kongressprogramms. Ausstellungen und Filme werden nicht nur gezeigt, sondern durch Experten in den größeren Kontext eingebettet. Filmschaffende sind bei den Vorführungen anwesend und geben tiefere Einblicke in ihr Projekt. Autoren lesen aus ihren Büchern und stehen für Gespräche zur Verfügung. Zusammengenommen ergibt das ein kleines Kunst-Film-Literatur-Festival auf dem Kongress, das wissenschaftliche und gesellschaftliche Betrachtungsweisen auf die menschliche Psyche an ein und demselben Ort zusammenbringt.

Ausstellungen

Die Werke der Ausstellung **Angst in der Kunst** zeigen auf eindrucksvolle Weise, wie vielschichtig diese menschliche Grundemotion über verschiedene Epochen und Stile hinweg immer wieder Gegenstand künstlerischer Auseinandersetzung wurde. Angstforscherin Katharina Domschke hat sich gemeinsam mit der Kunsthistorikerin Martina Padberg auf die Suche nach visualisierten Angstgefühlen gemacht und verschiedenste Werke zusammengestellt, die implizit oder explizit Furcht, Angst und Angsterkrankungen in den Mittelpunkt rücken.

Psychische Erkrankungen im Blick lautet der Titel der Fotoausstellung der DGPPN, die die renommierte Fotografin Herlinde Koelbl in Kooperation mit Leonhard Schilbach umgesetzt hat. Durch die Linse der Kamera gelingt es, Distanz und zugleich Nähe und Intimität zu schaffen. Die Portraitierten sind Patienten einer psychiatrischen Klinik oder Mitarbeiter des dortigen Behandlungsteams. Doch wer ist was? Das lässt Koelbl zunächst offen.

Schizophrenie und Kunst zeigt die Kunstwerke von Rüdiger H. Breitbart, der selbst an Schizophrenie erkrankt war. Seine Bilder nehmen den Betrachter mit an den Rand dieser bizarren Lebenswelt. Man bekommt eine Ahnung von der Zerbrechlichkeit der menschlichen Existenz und spürt das verzweifelte Ringen des Erkrankten, sein verlorenes Ich und seine alte Ordnung wiederzufinden.

CRAZY – Leben mit psychischen Erkrankungen lautet der Titel der erfolgreichen Fotoausstellung von f³ – freiraum für fotografie und der DGPPN, die Arbeiten von fünf international renommierten Fotografen präsentiert. Rund 2000 Besucher und zahlreiche Schulklassen haben die eindrucksvollen und berührenden Fotoserien in Berlin bereits gesehen.

Filme

Insgesamt acht Filmvorführungen in Anwesenheit der Filmschaffenden und Protagonisten bieten eine Menge Gesprächsstoff. Die Themen reichen von Depressionen über Essstörungen bis hin zu Traumata und eine besondere Fußballmannschaft. Historisch wird es in *Die Hölle von Ueckermünde*. Im Film mit vorheriger Einordnung und anschließender Diskussion geht es um die Unterbringung geistig behinderter und psychisch kranker Patienten in der Nachwendezeit.

Autoren und Lesungen

Als Betroffene oder Angehörige haben zahlreiche Autoren ihre persönlichen Geschichten niedergeschrieben und teilen ihre Erlebnisse im Rahmen von Lesungen mit, um anderen Betroffenen, Angehörigen und Interessierten wertvolle Einblicke zu geben. Alle Autoren sind auch am Autorentisch vertreten und stehen für Gespräche zur Verfügung. Die anwesenden Autoren und alle Lesungen sind online auf dgppnkongress.de aufgelistet.



Aktionsbündnis
Seelische Gesundheit



10.10.
Welttag der
seelischen
Gesundheit

**Jetzt Farbe bekennen
und kostenlos Schleifen
bestellen.**

#grueneschleife
www.grueneschleife.com

Die Entdeckung der ersten Psychopharmaka Mitte des 20. Jahrhunderts hat die psychiatrische Praxis weltweit grundlegend verändert. Innovative neue Medikamente sind jedoch schon lange nicht mehr auf den Markt gekommen. Warum?



Innovationen gesucht

Ursachen hierfür und Lösungsansätze hängen eng mit psychiatrischen Grundkonzepten zusammen. Psychopharmaka stellen heute einen zentralen Pfeiler der Behandlung vieler psychischer Erkrankungen dar. Sie trugen wesentlich dazu bei, dass die langfristige Hospitalisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zur Ausnahme wurde und ermöglichen vielen Betroffenen eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Psychopharmaka, insbesondere Antidepressiva, zählen heute zu den am meisten verordneten Arzneimitteln in der industrialisierten Welt.

Die Aufklärung der molekularen Wirkmechanismen der Psychopharmaka führte zu einer explosionsartigen Zunahme unserer Kenntnisse um die Funktionsweise unseres Gehirns. In den letzten Jahrzehnten wurde ein enormes Detailwissen über die Genetik, Epigenetik und Neurochemie psychischer Erkrankungen angesammelt. Fundamental neue Therapien entwickelten sich daraus jedoch nicht, denn es fehlt noch immer ein grundlegendes Verständnis für den Zusammenhang von Hirnfunktion und psychischer Störung. Während die molekularen Wirkmechanismen von Psychopharmaka im Detail verstanden werden, ist noch weitgehend unklar, wie die Bindung eines Arzneimittels an einem bestimmten molekularen Target im Gehirn zu Veränderungen von Stimmung, Emotionen, Wahrnehmung oder Verhalten führt. Psychiatrie und Psychopharmakologie werden seit Jahrzehnten vom Paradigma beherrscht, dass psychischen Störungen spezifische molekulare Funktionsstörungen zugrunde liegen, welche mit einer kontinuierlichen medikamentösen Therapie behandelt werden müssen und können – analog z. B. zum Typ-1-Diabetes, dem

ein Insulinmangel zugrunde liegt. Nach diesem Konzept werden psychische Störungen als „Stoffwechselstörungen des Gehirns“ betrachtet. Allerdings wird diese Konzeption zunehmend infrage gestellt.

Viele Fragezeichen

Wirken Psychopharmaka – zumindest die heute verfügbaren – möglicherweise gar nicht gegen spezifische, mit einer bestimmten biologischen Funktionsstörung assoziierte Erkrankungen? Rufen sie nicht vielmehr einen unspezifisch veränderten Hirnfunktionszustand hervor? Dieses Verständnis der Arzneimittelwirkung nimmt das therapeutische Prinzip der „Erschütterungstherapien“ der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts wieder auf, unter denen die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) bis heute als eine der effektivsten Behandlungsformen bei bestimmten schweren psychischen Erkrankungen gilt. Auch die Renaissance der Psychedelika (z. B. Psilocybin, LSD) zur Behandlung schwerer psychischer Erkrankungen basiert offensichtlich auf diesem Konzept, das inzwischen als „disruptive Psychopharmakologie“ bezeichnet wird. Aber auch im Falle der Therapie mit Psychedelika stellt sich die Frage, wie die agonistische Wirkung an einem Neurotransmitterrezeptor zu tiefgreifenden Veränderungen in der Wahrnehmung von sich selbst, Zeit und Raum führt. Ebenso unklar ist, wie Psychedelika ihre therapeutische Wirkung bei psychischen Erkrankungen entfalten, die zumindest bei einigen Patienten überraschend lange anhalten. Sind die psychedelischen Effekte notwendig für die therapeutischen Wirkungen oder

sind diese alleine auf die durch die Substanz induzierten neurobiologischen Veränderungen zurückzuführen? Gerade diese Therapieansätze werfen grundsätzliche Fragen nach der Beziehung zwischen Hirnfunktion und psychischem Erleben auf und stellen das über Jahrzehnte herrschende Dogma der krankheitszentrierten Arzneimittelwirkung infrage.

Fehler im System?

Vielfach wird der Mangel an Innovationen in der Psychopharmakotherapie auf die diagnostischen Konzepte der ICD-10 oder des DSM-5 zurückgeführt. Diese Systeme seien einzig an einem hohen Maße an Reliabilität orientiert, d. h. sie stellen sicher, dass Kliniker überall auf der Welt die gleichen Bezeichnungen (Diagnosen) für die gleichen Phänomene benutzen. Es mangle jedoch an Validität. Die Diagnosestellung basiere nicht auf objektiv vorhandenen Befunden, sondern auf einem Konsensus hinsichtlich bestimmter Symptommuster. Sogenannte „transdiagnostische“ Klassifikationsansätze – am bekanntesten sind die *Research Domain Criteria* (RDoC) – versprechen, durch eine bessere Charakterisierung gestörter zerebraler Funktionssysteme die Basis für eine neue, biologisch fundierte Klassifikation psychischer Störungen zu liefern, die wiederum die Grundlage für gezieltere therapeutische Eingriffe sein könne. Aber auch ein solches System wird, wenn es irgendwann durch große Datenmengen empirisch validiert wurde, plausibel machen müssen, ob und wie ein gestörter biologischer Prozess psychisches Erleben determiniert. Ob die einfache Vorstellung, dass dann im nächsten Schritt nur noch gezielt ein Arzneimittel entwickelt werden muss, das einen bestimmten gestörten Prozess korrigiert, zu wirksameren und nebenwirkungsärmeren Therapien führt, wird gezeigt werden müssen. Solche Modellvorstellungen ignorieren momentan noch weitgehend, dass es erhebliche Rückwirkungen von psychischem Erleben („Psyche“ oder „Ich“) auf neurobiologische Prozesse gibt, die bisher ebenso weitgehend unverstanden sind.

Die am besten charakterisierten derartigen Prozesse stellen Placebo- und Noceboeffekte dar. Seit Einführung der placebokontrollierten Studien vor 60 Jahren ist eine beständige Zunahme der Ansprechraten auf eine Placebobehandlung zu beobachten. Dies wird von Industrie und klinischen Forschern oft als Hemmnis für die Arzneimittelentwicklung betrachtet, weil es den Nachweis der Überlegenheit eines

neuen Pharmakons gegenüber einem Placebo erschwert. Dieses Phänomen zeigt aber auch, dass sich die Behandlungsbedingungen, unter denen heute Arzneimittelprüfungen stattfinden, erheblich verändert haben. Ein Placebo stellt nicht nur einen pharmakologisch inerten Arzneistoff dar. Es repräsentiert vielmehr den gesamten psychosozialen Kontext, in dem eine (pharmakologische) Behandlung stattfindet. Verbessern sich also die Behandlungsbedingungen, unter denen ein Arzneimittel geprüft wird, so verbessert sich auch das Ansprechen auf ein Placebo. Selbst in tierexperimentellen Studien konnte gezeigt werden, dass der Kontext der Verabreichung erhebliche Auswirkungen auf die biologischen Wirkungen hat, teilweise auch negative.

Die Evaluation einer Psychopharmakotherapie ist also wahrscheinlich viel anspruchsvoller als wir uns das in der Vergangenheit vorgestellt haben: Es wird nicht nur zu untersuchen sein, wie ein Arzneimittel ein Zielsyndrom beeinflusst, sondern auch, welche Behandlungsvariablen diese Wirkungen modulieren. In dieser sogenannten *Soziopsychopharmakologie* werden ideologische, vermeintlich gegensätzliche Sichtweisen alter psychiatrischer Ideologien aufgehoben sein. Wir werden zukünftig auch besser verstehen müssen, wie wir Placeboeffekte gezielter therapeutisch nutzen können. Dazu gehören nicht nur die Gestaltung der therapeutischen Beziehung zum Patienten, sondern des gesamten therapeutischen Umfelds und auch des Weiteren sozialen Beziehungsgefüges des Erkrankten.

Die dargestellten komplexen Zusammenhänge zeigen, dass Arzneimittelentwicklung in der Psychiatrie – wahrscheinlich – keine triviale Frage nach der Entwicklung eines neuen Moleküls für einen gestörten biologischen Prozess ist. Entwicklungen der Psychopharmakologie berühren unser Fach in seinem Verständnis von Diagnostik und Klassifikation, psychiatrischen Grundkonzepten und der Beziehung zwischen Hirn und Psyche.

DGPPN KONGRESS 2019

State-of-the-Art-Symposium

Absetzen von Psychopharmaka

27.11.2019 | 13:30–15:00 Uhr

3 Fragen an Gerhard Gründer

Kommt ein Absetzen für jeden Patienten infrage?

Keinesfalls kann die Maxime sein, dass irgendwann jede Therapie mit einem Psychopharmakon beendet werden sollte. Ob man eine Psychopharmakotherapie beendet oder es zumindest versucht, muss immer individuell entschieden werden. Hierfür müssen Nutzen und Risiken sorgfältig abgewogen und der Wunsch des Patienten einbezogen werden. Entscheidend sind Art und Schwere der Erkrankung, Zahl und Häufigkeit der Krankheitsepisoden und das Ausmaß der Beeinträchtigung, das mit diesen Episoden verbunden war. Ein Patient mit mehreren schweren Krankheitsverläufen und erheblichen Beeinträchtigungen ist anders zu beraten als ein Patient mit einem weniger komplexen Verlauf. Zur Nutzen-Risiko-Abwägung gehört manchmal auch das Eingeständnis, dass selbst bei schweren Erkrankungen eine Pharmakotherapie nicht oder wenig wirksam ist. Dann dominieren, gerade bei langfristiger Arzneimittelgabe, die Risiken bzw. Nebenwirkungen, und die Entscheidung zum Absetzen sollte leichter fallen. Hat man sich zum Absetzen entschlossen, sollte dieses langsam erfolgen, um Absetzsyndrome zu vermeiden und das Rückfallrisiko so weit wie möglich zu minimieren.

Der Patient sollte über die Möglichkeit von Absetzsymptomen ebenso aufgeklärt werden wie über Früh-symptome eines Rezidivs der Erkrankung.

Sollte das Absetzen von Psychopharmaka stärker forciert werden?

Das glaube ich nicht. Absetzen kann kein Selbstzweck sein. Aber wir sollten ihm offener gegenüberstehen und respektieren, dass viele Patienten ein Leben ohne Medikamente oft als Zeichen der persönlichen Autonomie anstreben. Zudem tritt für viele Patienten bei langfristiger Pharmakotherapie der Nutzen in den Hintergrund und unerwünschte Wirkungen dominieren – oft nicht zu Unrecht – die Wahrnehmung der Therapie. Dies sollten wir ernster nehmen und uns mehr als Begleiter unserer Patienten auf dem wechselhaften und oft langen Lebensweg mit einer psychischen Erkrankung betrachten. Die Ablehnung des Absetzens kann genauso ideologisch sein wie die unkritische Forderung nach Absetzen um jeden Preis.

Wo bestehen in der Forschung noch Wissenslücken?

Die wichtigste ungelöste Frage ist, welche Patienten überhaupt keine langfristige Therapie brauchen. Bis zu 20% der Patienten mit der ersten psychotischen Episode erleben auch ohne langfristige medikamentöse Therapie keinen Rückfall. Stellen wir diese Patienten gar nicht erst auf eine langfristige Pharmakotherapie ein, stellt sich die Frage nach dem Absetzen nicht mehr. Wir müssen auch besser verstehen, welche langfristigen – möglicherweise auch negativen – Veränderungen die Arzneimittel im Gehirn hervorrufen. Ein Verständnis

dieser plastischen Veränderungen – wahrscheinlich auch durch die Entwicklung besserer Medikamente – wird uns helfen, Absetzphänomene zu vermeiden und Rückfallrisiken zu reduzieren.



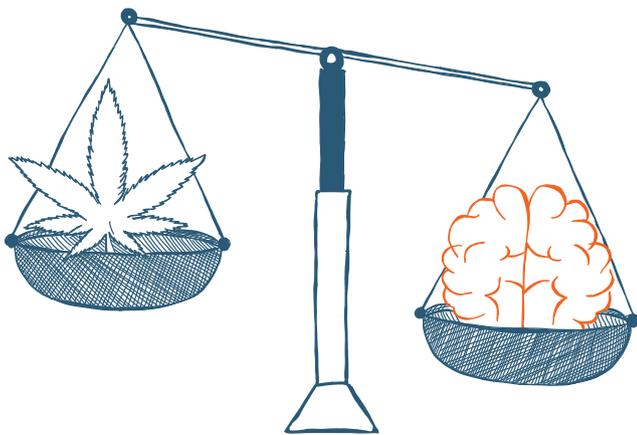
Prof. Dr. med. Gerhard Gründer

ist Leiter der Abteilung Molekulares Neuroimaging am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim. Er leitet außerdem das DGPPN-Referat „Psychopharmakologie“.



merk-würdig

Interessante Hypothesen, neue Forschungsdesigns, bemerkenswerte Ergebnisse. *Psyche im Fokus* porträtiert spannende Studien.



Weniger Gras – mehr Grips

Regelmäßiger Cannabiskonsum geht oft mit verbalen Gedächtnisstörungen einher, insbesondere bei frühem Konsumbeginn. Forscher aus Boston haben nun herausgefunden, dass bereits nach einer Woche Cannabisabstinenz eine Verbesserung der kognitiven Fähigkeit eintritt. In einer Vergleichsstudie wurden 88 Jugendliche und junge Erwachsene untersucht, die seit längerem regelmäßig Cannabis konsumierten. Dabei stellte die eine Gruppe ihren Konsum einen Monat lang ein, während die andere Gruppe ihr Verhalten beibehielt. Die THC-Konzentration im Urin wurde begleitend kontrolliert. Ergebnisse eines anschließenden Lerntests weisen auf den Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und kognitiven Leistungen hin. Es konnte gezeigt werden, dass der negative Einfluss, den Cannabis auf die Lernleistung hat, teilweise reversibel ist.

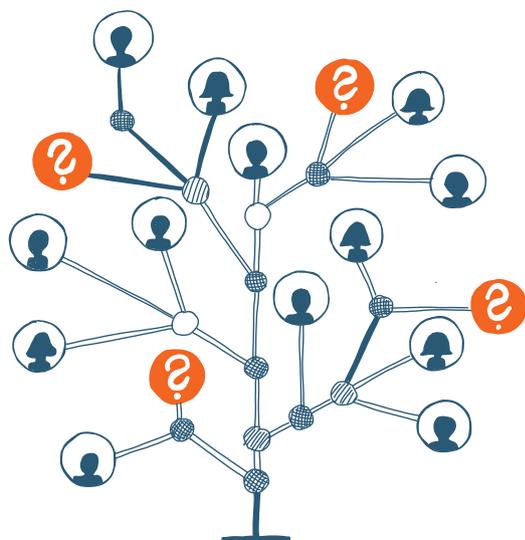
Quelle: Schuster RM et al. (2018) One Month of Cannabis Abstinence in Adolescents and Young Adults Is Associated With Improved Memory. *Journal of Clinical Psychiatry*, 30:79(6)



Testosteron-Tests

Wissenschaftler der Universität Heidelberg haben eine mögliche Erklärung dafür gefunden, warum bei Jungen Autismus bis zu viermal häufiger auftritt als bei Mädchen. Versuche an Mäusen haben gezeigt, dass Testosteron im Zeitraum rund um die Geburt für eine Aktivierung bestimmter Risikogene, sogenannter SHANK-Gene, im Gehirn sorgt. Nun wurde bestätigt, dass die Aktivierung dieser Gene von der Testosteronbindung an einen Androgen-Rezeptor abhängt. Darüber hinaus haben die Forscher die SHANK-Proteinmenge in den Gehirnen der Mäuse gemessen. Auch hier war bei männlichen Tieren eine deutliche höhere Menge festzustellen als bei weiblichen. Die Forscher werten dies als Beleg, dass die Menge des Proteins die Wirkung der SHANK-Gene verstärkt und somit auch das Autismusrisiko erhöht.

Quelle: Berkel S et al. (2018) Sex Hormones Regulate SHANK Expression. *Frontiers in Molecular Neuroscience* 337:1–10, doi.org/10.3389/fnmol.2018.00337



Stammbaum des Vergessens

Der genetische Einfluss auf das Alzheimerisiko ist Gegenstand vieler Forschungen. Das innerfamiliäre Risiko wurde nun von Forschern der Universität Salt Lake City untersucht. Durch die Verknüpfung von Populationsdaten mit Totenscheinregistern konnten Daten von 271.000 Verstorbenen ausgewertet werden, bei denen eine Demenz auf dem Totenschein angegeben war. Mittels Rechenmodellen wurde die Anzahl der Alzheimerfälle in Familienstammbäumen ermittelt. Es zeigte sich, dass das Alzheimerisiko mit jedem erkrankten erstgradig Verwandten exponentiell zunimmt. Auch bei zweit- und drittgradig Verwandten ist noch ein Effekt zu beobachten. Die Ergebnisse können dazu beitragen, die individuelle Risikoprognose künftig genauer stellen zu können. Einschränkend ist dabei zu erwähnen, dass Totenscheine in der Regel ungenau sind. Exaktere Vorhersagen lassen sich besser anhand von Diagnosedaten lebender Personen treffen.

Quelle: Cannon-Albright LA et al. (2019) Relative risk for Alzheimer disease based on complete family history. *Neurology* 92:e1745–e1753

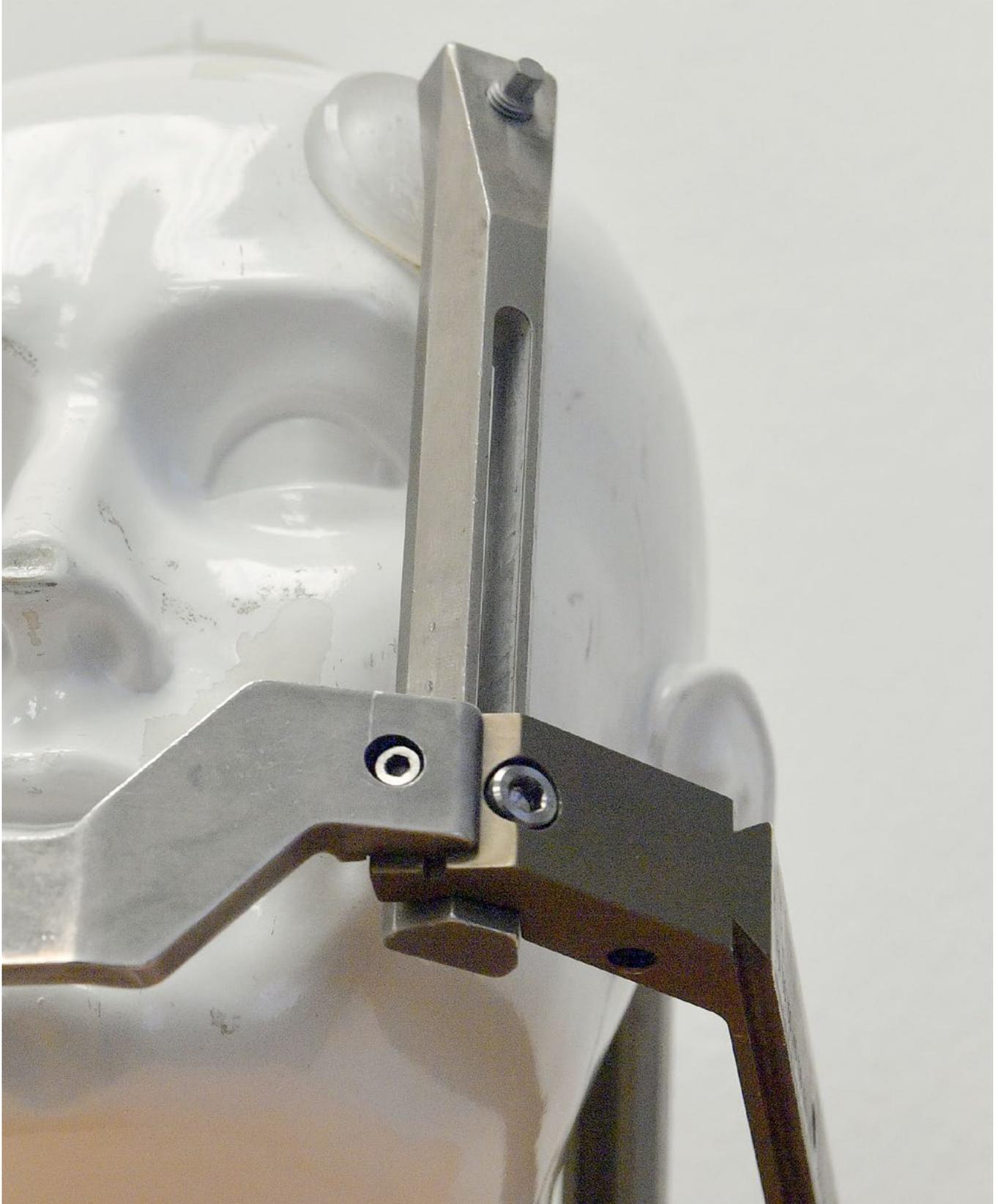


Schluss mit Schlaf

Ein schweizerisch-deutsches Forscherteam hat die Ursache der seltenen Schlafkrankheit Narkolepsie entdeckt. Sie ist zurückzuführen auf einen bestimmten Nervenzellverlust im Hypothalamus, der wesentlich an der Regulierung des Schlaf-Wach-Rhythmus beteiligt ist. Mittels einer neuartigen Methode konnten Zellreaktionen identifiziert werden, die als krankheitsauslösend bewertet werden. Hier geht es im Speziellen um bestimmte T-Zellen, die Entzündungen hervorrufen. Die Studienergebnisse könnten künftig neue Diagnoseverfahren in Form einer Blutuntersuchung ermöglichen. Entsprechend früher wäre eine Therapie und damit auch die Teilhabe z. B. an Schul- oder Berufsalltag möglich. Auch die Heilungschancen könnten durch die neuen Erkenntnisse steigen.

Quelle: Latorre D et al. (2018) T cells in patients with narcolepsy target self-antigens of hypocretin neurons. *Nature* 562, 63–68

Wissenschaft



PSYCHIATRISCHE NEUROCHIRURGIE NEU GEDACHT

Seit ca. 20 Jahren wird Neurochirurgie wieder zur Behandlung schwerer, therapieresistenter psychischer Krankheiten eingesetzt, nachdem die Psychochirurgie in den 1970ern in Verruf geraten und weltweit fast komplett eingestellt worden war.

Das internationale und interdisziplinäre Forschungsprojekt *Psychiatric neurosurgery – ethical, legal and societal issues* hat von April 2016 bis März 2019 ethische, rechtliche und gesellschaftliche Fragen der modernen psychiatrischen Neurochirurgie untersucht. Anders als frühere Forschungsprojekte wurden nicht nur die Tiefe Hirnstimulation (THS), sondern auch die modernen ablativen Verfahren untersucht.

Im Zuge der Entwicklung der psychiatrischen THS werden auch ablativ Verfahren vermehrt eingesetzt, also Verfahren, bei denen kleine Läsionen im Gehirn gesetzt werden. Dazu gibt es verschiedene Methoden. In mikrochirurgischen Behandlungen werden mit Hilfe eines Stereotaxierahmens Elektroden in die Zielgebiete eingeführt, die durch Thermokoagulation Läsionen von einigen Millimetern Durchmesser erzeugen. Je nach Zielgebiet unter-

scheidet man beispielsweise anteriore Zingulotomie und anteriore Kapsulotomie.

Alternativ können Läsionen mit dem *Gamma Knife*, einem in der Gehirntumorbehandlung und funktionellen Neurochirurgie etablierten Gerät, erzeugt werden. Mit dem *Gamma Knife* wird Gammastrahlung hochfokussiert auf ein genau definiertes Zielgebiet im Kopf gegeben; eine Schädelöffnung ist dafür nicht notwendig. Da das bestrahlte Gewebe im Verlauf von Monaten und Jahren allmählich abstirbt, tritt die Wirkung erst nach einem halben Jahr allmählich ein.

In jüngster Zeit wurden die ersten Patienten mit MR-gesteuertem fokussiertem Ultraschall (MRgFUS) behandelt, nachdem diese Methode erste Erfolge in der Behandlung von essenziellem Tremor gezeigt hat.

Die gesamte moderne psychiatrische Neurochirurgie basiert auf der Annahme, dass Dysfunktionen in bestimmten Gehirnarealen oder neuronalen Netzwerken eine wichtige Rolle bei psychischen Störungen spielen, sodass deren Zerstörung, temporäre Ausschaltung oder Modulation die Symptome verbessern kann.

Alle Verfahren fußen auf intensiver Bildgebung, mit deren Hilfe das Zielgebiet präzise lokalisiert wird und Blutgefäße und andere sensible Strukturen identifiziert werden. Mit der blinden Zerstörung von Gehirngewebe im Rahmen von Lobotomien hat keins der modernen Verfahren irgendeine Ähnlichkeit.



Gamma Knife

Während mit der Tiefen Hirnstimulation inzwischen für praktisch jede schwere psychiatrische Erkrankung (Zwangsstörungen, Depressionen, Angststörungen, Alkoholabhängigkeit, Opiatabhängigkeit, Adipositas, Anorexia nervosa, Schizophrenie, Hyperaggressivität, Alzheimer-Demenz) experimentiert wird, wird das Gamma Knife im psychiatrischen Bereich praktisch nur für die Behandlung von schweren Zwangsstörungen eingesetzt. Die Mikrochirurgie kommt vor allem bei Zwangsstörungen, Depressionen, Anorexia nervosa sowie hirnorganisch bedingter Hyperaggressivität zum Einsatz. MRgFUS wurde bisher an einigen wenigen Patienten mit Zwangsstörungen und Depressionen erprobt.

Aus medizinischer Perspektive ist kein Verfahren absolut überlegen, sondern jedes hat ein eigenes Nutzen-Risiko-Profil. Die Tiefe Hirnstimulation hat den Vorteil weitgehen-

der Reversibilität und individueller Anpassbarkeit. *Gamma Knife* und MRgFUS sind minimalinvasiv und erfordern keine Kraniotomie; sie haben keine OP- und Anästhesierisiken und keine Infektionsrisiken. Die ablativen Operationen haben den Vorteil eines schnellen Wirkungseintritts; sie haben vermutlich die stärkste Wirkung.

Während die THS und die Mikrochirurgie zahlreiche Ausschlusskriterien haben (hohes Lebensalter, besondere Infektions- oder Anästhesierisiken, Antikoagulationsbehandlung), kann die Gamma-Knife-Behandlung praktisch allen Patienten angeboten werden.

Im Gegensatz zu den ablativen Verfahren erfordert die THS eine lebenslange Behandlung durch Spezialisten sowie regelmäßige Operationen mit Vollnarkose zum Stimulatorwechsel. Des Weiteren besteht bei der THS ein lebenslanges Risiko von hardware-bedingten Komplikationen sowie ein Infektionsrisiko aufgrund der implantierten Fremdkörper, was die (teilweise) Explantation der Apparatur davon notwendig machen kann [1]. THS-Patienten müssen mit einem speziellen MRT untersucht werden und unterliegen ähnlichen Einschränkungen beispielsweise bei Flughafenkontrollen wie Patienten mit Herzschrittmachern.

Der Nachteil der ablativen Verfahren ist dagegen, dass eventuelle neurologische oder psychiatrische Nebenwirkungen unter Umständen irreversibel sind. Beim *Gamma Knife* besteht ein geringes Risiko der Bildung von (meist asymptomatischen) Hirnödemen. Beim MRgFUS besteht das Risiko einer Schädigung von Schädelknochen, Hirnhäuten oder Hirngewebe; häufig tritt MR-induzierter Schwindel auf.

Der Vergleich der verschiedenen Verfahren hinsichtlich Effektivität, Effizienz, Risiken, Nebenwirkungen sowie Vor- und Nachteilen im Alltag der Patienten ist komplex und schwierig. Der bisherige Forschungsstand lässt eine abschließende Beurteilung nicht zu.

Zu den Nebenwirkungsraten der verschiedenen Methoden gibt es keine aktuellen Metaanalysen und systematischen *Reviews*, nicht einmal für einzelne Methoden. Allgemein zeigen die publizierten Studien eine enorme Spannweite dieser Raten. Insgesamt scheint die Rate an Nebenwirkungen und Komplikationen beim *Gamma Knife* und beim MRgFUS am geringsten zu sein, wobei für Letzteren erst die Daten einer Handvoll Patienten vorliegen.

Schwieriges Unterfangen

Auch die Wirksamkeit der verschiedenen Methoden zu beurteilen und zu vergleichen, ist trotz zwanzig Jahren Forschung immer noch sehr schwierig. Denn alle Verfahren sind bisher nur in sehr kleinen Studien oder individuellen Heilversuchen erprobt worden. In den verschiedenen Studien werden unterschiedliche Hirnareale stimuliert bzw. läsiert. Dabei gibt es keine 1:1-Zuordnung von Zielgebieten und psychiatrischen Diagnosen. Zum einen gibt es mehrere Zielgebiete für jede Diagnose, zum anderen mehrere Diagnosen für jedes Zielgebiet. Beispielsweise werden für Zwangsstörungen mindestens fünf verschiedene THS-Zielgebiete erprobt, für Depressionen mindestens sieben. Das Zielgebiet Nucleus accumbens wird für mindestens sechs verschiedene Diagnosen stimuliert. Für jede Kombination von Zielgebiet und Diagnose gibt es nur eine kleine Zahl von Patienten; häufig liegt diese im einstelligen Bereich. Die meisten Studien sind ohne Kontrollgruppe und Doppelblindung durchgeführt worden, sodass Placeboeffekte nicht ausgeschlossen werden können. Bei der Mikrochirurgie sind doppelblinde, kontrollierte Studien aus ethischen Gründen nicht zulässig.

Für THS sind inzwischen mehrere randomisierte, doppelblinde Studien durchgeführt worden. Dabei gibt es zwei verschiedene Designs:

1. Bei *Staggered-Onset*-Studien wird bei der einen Gruppe die Stimulation kurz nach der OP angeschaltet, bei der anderen Gruppe nur scheinbar. Dieses Studiendesign erlaubt, Stimulationseffekte von Placebo- und/oder Läsionseffekten zu unterscheiden.
 2. Bei *Crossover*-Studien wird die Stimulation bei allen Patienten angeschaltet und deren Parameter werden anschließend über mehrere Wochen bis Monate optimiert. Dann wird zu unterschiedlichen Zeitpunkten bei beiden Gruppen die Stimulation ohne Wissen der Patienten abgeschaltet und nach einigen Wochen wieder angeschaltet. Das Abschalten der Stimulation verursacht vermutlich einen Reboundeffekt. Mit *Crossover*-Studien kann man daher nicht herausfinden, ob die Stimulation besser als Scheinstimulation wirkt, sondern nur, wie sich das Abstellen der Stimulation auswirkt.
-

Obwohl viele kleinere THS-Studien zur Behandlung von Depression veröffentlicht wurden, in denen große Erfolgs-



Mikrochirurgisches Verfahren

raten berichtet wurden [2], haben sich diese Erfolge bisher nicht in doppelblinden, kontrollierten *Staggered-Onset*-Studien bestätigen lassen. In allen drei Studien gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen der Gruppe mit echter Stimulation und der Gruppe mit Schein-Stimulation [3, 4, 5]. Die meisten Patienten hatten nach der Behandlung zwar niedrigere Depressionswerte, aber es war egal, ob sie wirklich oder scheinbar stimuliert wurden. Dieses unerwartete Ergebnis lässt sich durch Placeboeffekte und/oder durch Läsionseffekte erklären. Die Studienautoren machen verschiedene methodische Gründe für das Scheitern ihrer Studien geltend.

Bei der Zwangsstörung sehen die Ergebnisse der THS dagegen besser aus. In einer Metaanalyse wurden fünf doppelblinde, kontrollierte Studien ausgewertet, darunter zwei *Staggered-Onset*-Studien [6]. Bei beiden hatten die wirklich stimulierten Patienten signifikant bessere Y-BOCS-Werte als die scheinbar stimulierten Patienten. Allerdings wurde nur eine mittlere Reduktion des Y-BOCS um 9 Punkte erreicht. Die Autoren der Metaanalyse weisen darauf hin, dass bei mehr als einem Drittel der Patienten ernsthafte Nebenwirkungen auftraten, bei einem Drittel permanente Nebenwirkungen [6].

Studien zum Gamma Knife

Für die mikrochirurgischen ablativen Verfahren gibt es wie gesagt keine Studien mit *Sham*-Operation. Brown et al. (2016) [7] haben in einem Review zehn Papers mit insgesamt 193 Zwangspatienten ausgewertet und dabei Zingulotomie und Kapsulotomie verglichen, die mikrochirurgisch oder

mit *Gamma Knife* ausgeführt wurden. Der Vergleich zeigt eine Überlegenheit der Kapsulotomie hinsichtlich der Effektivität. Dort war die durchschnittliche *Response Rate* 54 %, bei der Zingulotomie nur 41 %. Die Kapsulotomie hat aber auch wesentlich häufigere Nebenwirkungen (21 %) als die Zingulotomie (5 %).

Zu *Gamma-Knife*-Behandlungen von Zwangspatienten wurden in einem systematischen Review 13 Papers mit 3 bis 55 Patienten ausgewertet [8]. Die *Response Rates* der Studien lagen zwischen 25 % und 71 %. Die durchschnittliche Y-BOCS-Reduktion beim letzten Follow-up betrug zwischen 36 % und 75 %. Bei *Gamma-Knife*-Behandlungen sind doppelblinde kontrollierte Studien technisch möglich, da die Patienten nicht spüren, ob sie bestrahlt werden. Bisher gibt es erst eine solche Studie mit 16 Patienten [9]. Die durchschnittliche *Response Rate* bei echter Bestrahlung war 2 von 8 (25 %), bei scheinbarer Bestrahlung 0 von 8 (0 %). Die durchschnittliche Y-BOCS-Reduktion nach zwölf Monaten betrug bei den tatsächlich bestrahlten Patienten 29 %, bei der Kontrollgruppe 6 %. Diese Unterschiede sind allerdings nicht statistisch signifikant. Doppelblinde, kontrollierte *Gamma-Knife*-Studien sind ethisch allerdings nicht unproblematisch, da *Clinical Equipoise* zwischen der Behandlungs- und der Kontrollgruppe nicht gewährleistet ist und man wegen des langsamen Wirkungseintritts der Kontrollgruppe ein Jahr lang eine wahrscheinlich wirksame Behandlung vorenthalten müsste.

Selbst wenn die moderne psychiatrische Neurochirurgie eine verbesserte Fortsetzung der historischen Psychochirurgie ist: Aus ethischer Sicht ist das nicht entscheidend. Denn eine bestimmte medizinische Technologie sollte nicht allein deswegen verboten werden, weil sie Vorläufer hat, die in der Vergangenheit auf ethisch nicht vertretbare Weise eingesetzt wurden. Andernfalls würde man heutigen Patienten eine möglicherweise gute Therapie vorenthalten und damit schaden.

Die bisherigen Behandlungserfolge der psychiatrischen Neurochirurgie rechtfertigen weitere Forschung. Diese sollte allerdings nur in wissenschaftlich hochwertigen Studien und auf ethisch vertretbare Weise durchgeführt werden.

Literatur

- 1 Jitkriksadaku O et al. (2017) Systematic review of hardware-related complications of deep brain stimulation: Do new indications pose an increased risk? *Brain Stimul* 10(5):967–976
- 2 Dandekar MP et al. (2018) Deep brain stimulation for treatment-resistant depression: an integrative review of preclinical and clinical findings and translational implications. *Mol Psychiatry* 23:1094–1112
- 3 Dougherty DD et al. (2015) A randomized sham-controlled trial of deep brain stimulation of the ventral capsule/ventral striatum for chronic treatment-resistant depression. *Biol Psychiatry* 78(4):240–248
- 4 Holtzheimer PE et al. (2017) Subcallosal cingulate deep brain stimulation for treatment-resistant depression: a multisite, randomised, sham-controlled trial. *Lancet Psychiatry* 4(11):839–849
- 5 Coenen VA et al. (2019) Superolateral medial forebrain bundle deep brain stimulation in major depression: a gateway trial. *Neuropsychopharmacology* doi: 10.1038/s41386-019-0369-9
- 6 Kisely S et al. (2014) Deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 44(16):3533–42
- 7 Brown LT et al. (2016) Dorsal anterior cingulotomy and anterior capsulotomy for severe, refractory obsessive-compulsive disorder: a systematic review of observational studies. *J Neurosurg* 124(1):77–89
- 8 Miguel EC et al. (2018) Evolution of gamma knife capsulotomy for intractable obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry* 24(2):218–240. Epub 9. Mai 2018
- 9 Lopes AC et al. (2014) Gamma ventral capsulotomy for obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 71(9)

Autorin

PD Dr. phil. Dipl.-Phys. Sabine Müller
ist Medizinerin an der Charité –
Universitätsmedizin Berlin und leitet das
internationale, interdisziplinäre Verbund-
projekt „Ethische, rechtliche und gesell-
schaftliche Aspekte der psychiatrischen
Neurochirurgie (PNS)“.

DGPPN KONGRESS 2019

Symposium

Neurobiologisch basierte experimentelle
Therapieansätze bei stoffgebundener
Abhängigkeit

27.11.2019 | 15:30–17:00 Uhr

Herbstzeit ist Lesezeit

Psyche im Fokus hat Lektüreempfehlungen für Regentage zusammengestellt. Es geht um Angst, Angehörige, gesellschaftliche Entwicklungen und persönliche Erlebnisse.



Zweite Geige

Geschwister psychisch Erkrankter bleiben mit ihren Bedürfnissen und Erfolgen, ihren Sorgen und ihrer Angst oft allein – sie spielen meist nur die zweite Geige, manche ein Leben lang. Sie sind die geborenen Funktionierer, Sonnenkinder, Vermittler zwischen Eltern und Geschwister. Die Beziehung zu ihrem erkrankten Geschwister ist komplex – mal haben sie einen ausgeprägten Schutzinstinkt, mal hegen sie Gram. Manche hat die Verantwortung stark gemacht, andere fühlen sich ihrer Kindheitsjahre beraubt.

Jana Hauschild

Übersehene Geschwister.

Das Leben als Bruder oder Schwester psychisch Erkrankter.

Beltz, 2019



Über das Heute

Epidemiologisch ist umstritten, ob den als „Burnout“ oder „Erschöpfungssyndrom“ diskutierten Phänomenen ein realer Anstieg psychischer Erkrankungen gegenübersteht. Dennoch kommt im Begriff der Erschöpfung eine Beschleunigungsdynamik zum Ausdruck, die eine zeitdiagnostische Bedeutung verleiht. Indem sie die Phänomene von Überforderung und psychischer Krankheit aus interdisziplinärer Sicht untersuchen, liefern die Abhandlungen in diesem Band zugleich Beiträge zu einem Psychogramm der heutigen Gesellschaft.

Thomas Fuchs et al.

Das überforderte Subjekt.

Zeitdiagnosen einer beschleunigten Gesellschaft.

Suhrkamp, 2018



Angst in der Kunst

Angst – ein normales und sogar überlebensnotwendiges Gefühl – bewahrt vor Gefahren, Angst verleiht Flügel, Angst ist der Nervenkitzel in der Geisterbahn. Angst kann aber auch quälen und zur Erkrankung werden. Katharina Domschke hat etwa 70 Gemälde und Skulpturen, Fotografien und Installationen zusammengetragen, die von den Künstlern ausdrücklich in den Kontext von Angst, Furcht oder Schrecken gestellt wurden. Ein Bilderbuch der Angst sozusagen, eine Illustration und Reflexion der Angst im Spiegel der Kunst.

Katharina Domschke

Angst in der Kunst.

Ikonografie einer Grundemotion.

Kohlhammer, 2019

Zwischen Wahn und Wirklichkeit

Die Historikerin Maria Christina Müller untersuchte anhand Hunderter historischer Krankenakten aus den Kreis-, Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren, welche Wahnvorstellungen Ärzte zwischen 1849 und 1939 dokumentierten. *Psyche im Fokus* hat einen Auszug zusammengestellt.*

Der Fall Franz W.

Kühler Spätsommer 1925. Ein Krankenzimmer in der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren-Irsee. Weiße Betten aus Metall, im Hintergrund türhohe Tapeten mit großen verschwommenen Blumenmotiven. An den Fenstern helle Vorhänge mit Bordüre, Parkett mit Fischgrätenmuster. Auf einem kleinen Tisch mit weißer Tischdecke steht ein Gummibaum, daneben ein Hocker. Neuzugang des an „Dementia paranoides“ erkrankten 39-jährigen Franz W. aus Augsburg. Der neu aufgenommene Patient begibt sich auf sein Zimmer. Dem Arzt gibt er zur Auskunft, dass er nicht wisse, in welcher Art von Gebäude er sich befinde. Er denke aber auch nicht weiter darüber nach, schließlich sei er zur Erho-

lung hier. Er selbst fühle sich vollständig gesund. Lediglich der Hausarzt habe seine Einweisung in die psychiatrische Anstalt veranlasst. Seine Frau stand zu diesem Zeitpunkt kurz vor der Geburt des sechsten Kindes; ein Kind war bereits verstorben. Aufgrund einer Kriegsverletzung, die er sich am 13. September 1914 in den Vogesen zugezogen hatte, musste ihm ein Bein amputiert werden; seither bekam Franz W. eine Rente, die nach einer Kürzung wieder auf 70 Prozent anstieg [1].

Bei der Einlieferung von Franz W. diente den Ärzten der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren-Irsee ein Bericht aus dem Städtischen Krankenhaus Augsburg als erste Informationsquelle [2]. Seine Frau, die ihn ins Krankenhaus



Die Abbildungen in diesem Artikel sind aus der Illustrationsserie „Gedanken“ von Simon Marchner

begleitet hatte, gab dort an, dass sie ihren Mann bereits seit 13 Jahren kenne. In seiner Familie seien bislang keine Geisteskrankheiten vorgekommen, auch sei er körperlich soweit gesund. Als Kind sei Franz W. jedoch zweimal in Lebensgefahr gewesen; beim ersten Mal sei er von einer Kuh getreten worden, beim zweiten Mal sei er beinahe ertrunken. Franz W. war katholisch und schon seit jeher sehr fromm gewesen. Er bete täglich, oft stundenlang „frei erfundene“ Gebete, wie der behandelnde Arzt in der Krankenakte notierte, und gehe jeden Tag zum Kommunizieren in die Kirche. Bereits in seiner Kindheit, die er am Rande des Nördlinger Ries verbrachte, habe er sich einen eigenen Altar gebaut, woraufhin ihm die Eltern dann einen kauften [3].



Erst vor einigen Jahren seien seine Ideen „unsinnig“ geworden, so die mündliche Auskunft seiner Frau. Vor allem im Sommer bei großer Hitze werde er besonders aufgeregt und fange an, „unsinnige religiöse Ideen“ hervorzubringen. Weil er als Kriegsbeschädigter freie Fahrt in der Straßenbahn habe, nutze er diese Gelegenheit, um Leute anzusprechen und sie von seinen Vorstellungen zu überzeugen. Sobald man ihm widerspreche, werde er jedoch unruhig und gerate förmlich in eine Spirale der Aufregung. Auch könne er nachts nicht schlafen, stehe deshalb häufig auf, fange an zu predigen, lege sich mit „ausgebreiteten Armen auf den Boden, als ob er gekreuzigt würde“ und „hatte nachts die Empfindung, als ob ihm die Dornenkrone aufs Hapt [sic] gedrückt werde“ [4]. Seit einigen Wochen schreibe er Briefe

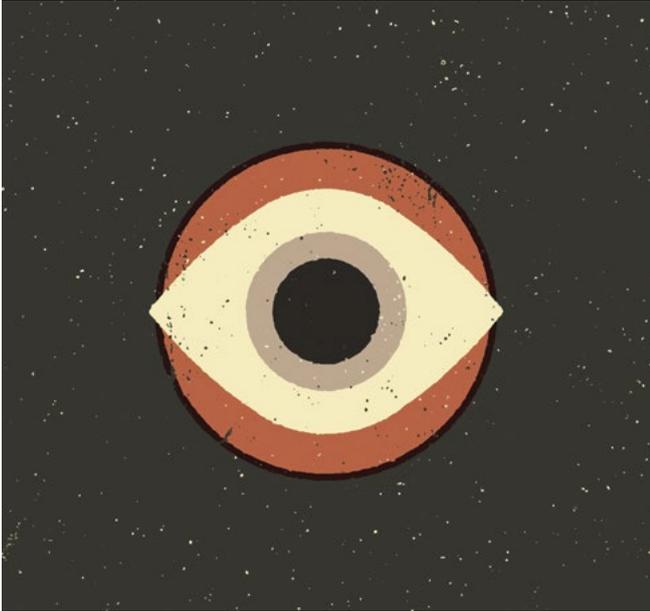
an den Stadtpfarrer in Latein und äußere „Größenideen“, „dass er nicht in die Fabrik gehöre, sondern nach Rom zum Papst“ [5]. Aufgrund der zunehmenden religiösen Betätigungen habe seine Frau Angst, dass Franz W. eines der Kinder opfern könne [6].

Nach Angaben der Ärzte im Augsburger Krankenhaus hatte Franz W. auch Erscheinungen: Er gab an, den Ausbruch des Ersten Weltkrieges bereits Monate vorher vorausgesehen zu haben. Wie Jesus Christus habe er aber bis zu seinem 30. Lebensjahr warten müssen, bis er sich zu seiner Berufung bekennen konnte. Es sei eine göttliche Fügung gewesen, die ihn bereits aus den lebensbedrohlichen Situationen in seiner Kindheit geführt habe. Sein Leben werde immer mehr durch die „göttliche Anordnung“ bestimmt. Nun solle ein „Monarch kommen, der aus ganz kleinen Kreisen hervorgehen würde, dass ihn niemand erkennen würde. Dieser würde alle Völker der Erde unter sich vereinigen und es werde dann ein Hirt und eine Herde sein“ [7].

Jenseits des hermeneutischen Horizonts

Franz W. schrieb viel während seines Anstaltsaufenthaltes – seiner Frau, seinen Eltern und dem Obermedizinalrat. In der Krankenakte finden sich auch andere Selbstzeugnisse, vor allem Aufzeichnungen mit geistlichem Hintergrund. Sie handeln von göttlichen Erscheinungen und einem Welt rätsel. In den Briefen und Aufzeichnungen kommen Franz W.s Überzeugungen und sein persönliches Wertesystem zum Ausdruck. Er veranschaulicht darin sein Denken und Wahrnehmen, die er beide als vernünftig einstufte und welche die Ärzte seiner Meinung nach nicht verstanden. Dabei ist kein Bestreben seinerseits erkennbar, seine Umgebung von der Wirklichkeit und Rationalität seiner Erfahrungen zu überzeugen. Die Berichte stellen lediglich einen schriftlichen Ausdruck seines individuellen Bezugssystems dar.

Franz W. beschrieb in den Briefen u. a. die religiösen Praktiken in der Familie, insbesondere welche Bedeutung das Weihwasser für ihn habe, welches er gewöhnlich nahm, bevor er das Haus verließ. Er schwelgte in Erinnerungen an das gemeinsame Morgen- und Nachtgebet und den Englischen Gruß, also die Grußworte des Erzengels Gabriel bei der Verkündigung von Christi Geburt an Maria. In der Anstalt vermisste er das Weihwasser, lehne das „Fluchen der Wärter und [die] etwas rauhe [sic] Behandlung u[nd] [die] Spottreden“ ab [8]. Außerdem bedaure er, dass es in der An-



stalt so „wenige überzeugte Glaubensbekenner“ gebe. Auch sei es für ihn persönlich problematisch, dass er nichts über den konfessionellen Hintergrund der Ärzte und des Pflegepersonals in Erfahrung bringen könne. Das sei er normalerweise anders gewöhnt und er könne nur bedauern, wenn man nicht zu seinem religiösen Hintergrund stehe [9]. In seinen nicht weitergeleiteten Briefen unterstrichen die Ärzte all jene Aussagen, die sie für die Beschreibung der geisteskranken Symptome für wichtig erachteten, also vor allem die Erzählungen über Erscheinungen und Vorhersehungen.

[...] Für die Ärzte als Vertreter der naturwissenschaftlich orientierten Medizin entsprachen die Berichte, Fantasien und Bilder von Franz W. jedenfalls nicht den allseits akzeptierten Glaubenspraktiken. Ihrer Ansicht nach fügte sich seine Weltsicht nicht einmal zu Teilen in die gesellschaftliche Vereinbarung über anerkannte Glaubensformen und sei daher als Wahn zu werten. Es handele sich bei den Erzählungen um eine persönliche Wahrheit, eine individuell gestaltete Wirklichkeit, die in dieser Form jedoch als defizitär, falsch und unsinnig beschrieben werden müsse. In den Augen der Ärzte hatte sich Franz W. von den gemeinsamen Überzeugungen einer Gesellschaft verabschiedet und sich in eine eigene Welt zurückgezogen, die nichts mehr mit der sozialen Wirklichkeit zu tun hätte [24]. Durch das Aufeinandertreffen von Mensch und Gott, von Gott und Welt lebe er letztlich im Niemandsland seines Inneren, so die Sicht der Ärzte. Außer der Anamnese und dem abschließenden Gut-

achten wurde in den sieben Monaten, die Franz W. in der Anstalt verbrachte, nicht viel über ihn notiert – nur, dass er viel bete und zu seiner Frau nach Hause wolle, als diese ihn besucht hatte. Nachdem eine „[e]rhebliche Besserung in der Zwischenzeit eingetreten“ sei, konnte er am 1. April 1926 entlassen werden [25].

Wie lässt sich „Wahn“ von „Wirklichkeit“ unterscheiden?

[...] Mit der Ausbildung der Diagnostik, also der Kanonisierung des psychiatrischen, autoritativen Wissenssystems über psychische Erkrankungen um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert, wurde die Bestimmung von Wahn in ein komplexes System verschiedener Krankheitseinheiten überführt [40]. Der von den Ärzten vorgeschlagene Begriff Wahn meint dabei keine psychiatrische Krankheit, sondern eine bestimmte Erlebnisweise, die meist als ein Symptom größeren Krankheitsentitäten zugeordnet wurde [41]. Im Erkenntnisverfahren der Psychopathologie zur Bestimmung von Wahn wurden bisherige Merkmale wie die inhaltliche Verkehrtheit mit anderen Merkmalen wie der Unkorrigierbarkeit oder der subjektiven Gewissheit der Vorstellungen in den Indikationssystemen ergänzt [42]. Dennoch hielt man noch an der gängigen Praxis fest, Wahnideen daran zu bestimmen, ob die Inhalte der Erzählungen des Individuums der Wirklichkeit entsprechen [43].

Die Bestimmung von Wahn im Sinne der bis auf die Antike zurückgehenden medizinischen Begriffstradition der psychopathologischen Entität des Wahnhaften im Gegensatz zur Wirklichkeit war wichtig für den Nachweis der professionellen Zuständigkeit der Psychiatrie. Ab den 1920er-Jahren wurde die schwer greifbare inhaltliche Wahnbestimmung zunehmend infrage gestellt. Obwohl es Hans W. Gruhle zufolge die Aufgabe der Ärzte sei, „ein psychologisches Merkmal an der Wahnidee zu finden“, sei seiner Ansicht nach das „Moment der Wirklichkeit des gedachten Inhalts [...] aber kein psychologisches Merkmal“ [44]. Vor allem bei der Bestimmung religiöser Wahnthematiken äußerten sich Zweifel am bisherigen Vorgehen. So schreibt der schwedische Psychiater Sven Hedenberg 1927 ähnlich kritisch: „Wenn also eine religiöse Glaubensvorstellung als Wahnidee betrachtet werden soll, so muß man sich ja fragen, welche Wirklichkeit es denn ist, die in den Urteilen dieser Glaubensvorstellungen entstellt wird. Verhält es sich nicht eher so, daß Glaubensvorstellungen gerade in die Wirklichkeit eingehen, die dem

Kulturniveau des Individuums entspricht, also in die Wirklichkeit, die entstellt werden soll.“ [45]

In der psychiatrischen Anstalt blieb diese inhaltliche Bewertung und Differenzierung als Praktik jedoch erhalten und damit auch ein Korrektiv zur Bestimmung des Normalen. [...]



Einbettung der Studie in den Forschungskontext

“If sanity and insanity exist, how shall we know them?” [150] Mit dieser provokanten Frage leitete der Psychologe David L. Rosenhan den berühmt gewordenen Aufsatz “On Being Sane in Insane Places” ein, der 1973 in Science publiziert wurde. Bei dem Experiment sollte der empirische Beweis geliefert werden, dass es in psychiatrischen Institutionen nahezu unmöglich sei, geistige Gesundheit und geistige Krankheit voneinander zu unterscheiden bzw. umgekehrt geistige Gesundheit zu definieren [151]. Kurz gesagt ging es darum zu zeigen, dass Diagnosen immer von einem bestimmten Kontext abhängen.

[...] Seit der Etablierung der Psychatriegeschichte als Teildisziplin der Medizin- und Kulturgeschichte beschäftigten sich die wissenschaftlichen Untersuchungen meist mit der psychiatrischen Theoriebildung und ihren Einflüssen von Naturwissenschaft, Psychologie und Philosophie. Die

Einbettung der Psychiatrie in ihre gesellschaftlichen Zusammenhänge wurde jedoch vernachlässigt.

Seitdem Anstalten als soziale Institutionen und Geisteskrankheiten als kontingent verstanden wurden, erschien eine Vielzahl von Studien der modernen wie der historischen psychiatrischen Forschung. Durch den interdisziplinären Dialog der Psychatriehistoriografie mit verwandten Disziplinen wie der Geschichtswissenschaft sowie den Sozial- und Kulturwissenschaften konnten beide Seiten wechselseitig stark von den theoretischen und methodischen Fragestellungen profitieren [159].

Neben zahlreichen Untersuchungen der Psychiatrie im Nationalsozialismus und den Einflüssen des Darwinismus, der Degenerationstheorie und der Rassenhygiene, erschien in jüngerer Zeit eine Vielzahl kulturgeschichtlicher Forschungen zur Psychiatrie, die sich beispielsweise mit der psychiatrischen Institutionengeschichte beschäftigten [160].

[...] Mit vorliegender Arbeit möchte ich mich jenes Forschungsdesiderats annehmen, das bislang bei den meisten der Untersuchungen zu Wahnthemen offenbleibt: Bei der überwiegenden Mehrheit der quantitativen Forschungsarbeiten, die fast ausschließlich aus dem Bereich Psychiatrie und Psychologie kommen und größtenteils in den 1970er-Jahren publiziert wurden [163], liegt der Fokus auf der positivistischen Analyse emotionaler und kognitiver Prozesse bei Wahnthemen. Sie werden im diachronen Verlauf, im Vergleich zweier Zeiträume, unter einem geografischen oder inhaltsbezogenen Gesichtspunkt untersucht.

Dabei sind sich alle Arbeiten einig, dass die Inhalte der Wahnbildung irgendwie mit der Kultur, dem Zeitgeist und anderen sozialen Gegebenheiten zusammenhängen [164]. So fasste beispielsweise Kalle A. Achté zusammen: „Die Kulturform und die Zeitströmungen gestalten die Symptome, und Wandlungen der Kultur führen zu Veränderungen im Krankheitsbild der Psychosen, ohne jedoch das Gefüge der Psychose, ihre Struktur, an sich zu beeinflussen.“ [165]

Aus kulturhistorischer Perspektive sind diese Ergebnisse unbefriedigend. Auch wenn die Wahnthemen der verschiedenen Studien an unterschiedlichen Orten im transkulturellen Vergleich oder im chronologischen Verlauf analysiert wurden, fehlt bei den allermeisten Studien beispielsweise die Perspektivierung des kulturellen Zusammenhangs oder die Frage nach den psychiatrischen Wissensbeständen, die

gerade um 1900 starken Wandlungsprozessen unterworfen waren. Es wurden weder die konkret kulturelle Bedingtheit der Wahnthemen noch die Bedingtheit ihres Definierens durch die Akteure in einer Institution tiefergehend hinterfragt und analysiert. Dabei ist eine kulturhistorische Annäherung an das Wissenssystem der Psychiatrie, die den Blick für die historischen Bedingtheiten schärft, die einzige mögliche Herangehensweise, jedenfalls dann, wenn man von der Psychiatrie um 1900 spricht. Die an den Patientinnen und Patienten beobachteten Symptome, wie der Wahn, sind keine Daten im Sinne der naturwissenschaftlichen Medizin. An die unmittelbar am Krankenbett gewonnenen Daten lassen sich keine naturwissenschaftlichen Analysen anschließen. Borut Škodlar, Mojca Z. Dernovšek und Marga Kocmur forderten bereits 2008 von psychiatrischer Seite eine interdisziplinäre Annäherung der Psychiatrie an die Geisteswissenschaften, um der Interpretation von stabilen und variablen Wahnthemen näherzukommen [166]. Ihr Anliegen war es, herauszufinden, welche Wahnthemen krankheitsinhärent und damit zeitunabhängig sind und welche eher zufällig auftauchen und daher verstärkt von zeitgenössischen Geschehnissen und Gesprächsthemen beeinflusst werden. Historische Arbeiten führten ihrer Meinung nach in dieser Frage jedoch nicht weiter: "From our experiences, historical studies are very limited because of their limitation to case records of clinicians that spoke different psychiatric languages and whose clinical attention and sensibility differed." [167]

Die nähere Betrachtung, welche Themen krankheitsinhärent und welche zufällig auftreten, ist ein wichtiges, wenn auch einseitiges Anliegen, das ebenfalls die Standortgebundenheit sowohl von Patientinnen und Patienten als auch von Ärzten vernachlässigt. Durch die Annäherung an den Deutungsrahmen des Wissens einer Zeit mit ihren gesellschaftlichen bzw. kulturellen Bedingtheiten – aus Sicht des Kranken und aus Sicht des Arztes – wird der jeweilige Referenzrahmen der Deutung und der Unterscheidung zwischen Wahn und Wirklichkeit sichtbar. Die vorliegende Arbeit vereint damit erstmals drei Bereiche, die bisher, wenn überhaupt, nur getrennt voneinander betrachtet wurden. Dadurch wird es möglich zu beschreiben, wie sich das Individuum im Diskurs verortete und wie das Individuum diskursiv verstanden wurde. Möchte man Wahn als Teil eines „intersubjektive[n] Symbol- und Diskurssystem[s]“ [168] betrachten, wie es Klaus Leferink vorschlägt, sind diese Perspektivierungen unabdingbar. Neben diesem wissenshistorischen Fokus kann die Arbeit für die Geschichts-

wissenschaft durch den Beleg der Kulturbedingtheit von Erlebensweisen in Wahnerzählungen auch einen Beitrag zur Entschlüsselung des Deutungsraumes und des Bezugssystems des Einzelnen in einer bestimmten sozialen Formation leisten. Greg Eghigian bemerkt in diesem Zusammenhang, dass es vielversprechend sei, „diese Brüche im Verhalten der menschlichen Wahrnehmung, Gedanken- und Gefühlswelt“ zu erforschen, weil sie die „einzigartige Möglichkeit [bieten], fundamentale und stillschweigend akzeptierte historische Beziehungen zwischen Individualität und Gesellschaft“ zu entschlüsseln [169]. Damit schließt die vorliegende Forschungsarbeit auch an Fragen der Modernisierung, an religiöse und okkulte Praktiken, an Säkularisierung, Technisierung sowie an Fragen über die Konstruktion von Wirklichkeit an [170].



* Auszug aus der Einleitung: Zwischen „Wahn“ und „Wirklichkeit“ – Teufel, Gott und Magnetismus in der Psychiatrie Mitte des 19. Jahrhunderts bis zum Zweiten Weltkrieg
 Maria Christina Müller
 Göttingen, Wallstein-Verlag
 2018, Seite 9–53

Sämtliche Fußnoten, Literaturverweise und -angaben sind der Originalarbeit zu entnehmen. Die Nummerierung in diesem Auszug ist identisch mit dem Original.

Autorin

Maria Christina Müller

ist Historikerin und Akademische Rätin auf Zeit am Lehrstuhl für Europäische Regionalgeschichte sowie Bayerische und Schwäbische Landesgeschichte der Universität Augsburg. Die Arbeit ermöglicht erstmals empirisch über einen längeren Zeitraum einen Blick auf den Zusammenhang von Wahn und Kultur und zeigt die spezifische Weltsicht der wahrnehmenden Subjekte.

IMPRESSUM

Herausgeber

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

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

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

Registergericht:
VR 26854 B, Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg

Redaktion

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

Layout und Reinzeichnung

Irene Pranter

Auflage

10.500 Exemplare

Erscheinungsdatum

Oktober 2019

Design- und Gestaltungskonzept

wenkerottke.

Schlusskorrektur

Heide Frey

Druck

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

ABBILDUNGEN

Titelseite: picture alliance/Ikon Images/Tommaso D'Incalci; S. 1, S. 10: picture alliance/
Anatolij Pickmann; S. 2: Claudia Burger; S. 4: picture alliance/chromorange/Martina
Raedlein; S. 6: picture alliance/Jens Büttner/dpa-Zentralbild/dpa; S. 17–22: Claudia
Burger; S. 24: gettyimages/Westend51; S. 25: Elisabeth Schramm und Anita Riecher-
Rössler: Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Byung-Chul Han: S. Fischer Verlag,
Siri Hustvedt: picture alliance/Miquel Llop/NurPhoto, Gunter Schumann: King's College,
Martin Bohus: Rhein-Jura-Klinik; S. 30: photocase/Alexander Kreher; S. 33: Claudia
Burger; S. 36: picture alliance/Michal Dolezal/CTK/dpa; S. 38: picture alliance/Andreas
Heddergott/ Süddeutsche Zeitung Photo; S. 39: picture alliance/BSIP; S. 41: Buchcover
Jana Hauschild: Beltz Verlag, Buchcover Thomas Fuchs: suhrkamp Verlag, Buchcover
Angst in der Kunst: Kohlhammer Verlag; S. 43–46: picture alliance/Simon Marchner;
S. 47: Buchcover Maria Christina Müller: Wallstein Verlag



DGPPN

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

Geschäftsstelle DGPPN

Reinhardtstraße 27 B

10117 Berlin

TEL 030.2404 772-0

FAX 030.2404 772-29

sekretariat@dgppn.de

dgppn.de

27.–30.11.2019

**DGPPN
KONGRESS
2019**

Alle Infos und Anmeldung auf
www.dgppnkongress.de