

# PSYCHE IM FOKUS

Das Magazin der DGPPN



## Unter vier Augen

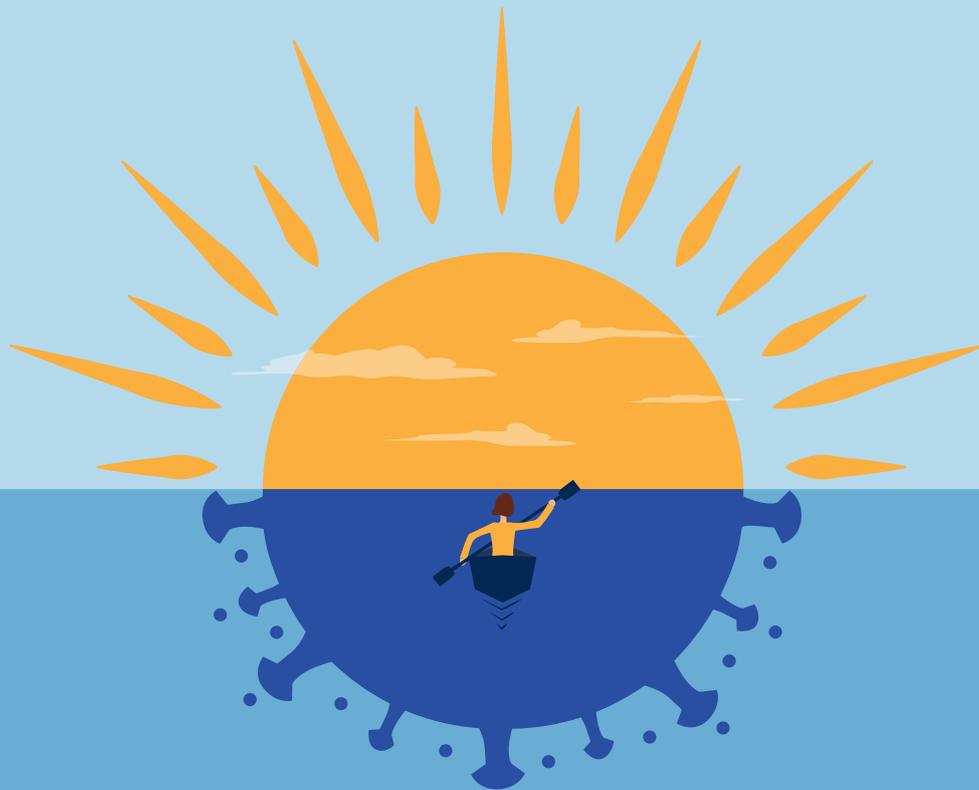
Videosprechstunde → **S. 20**

## DGPPN Kongress

Digitales Highlight → **S. 26**

## Geschichte

Die Welt im Fieber → **S. 40**



MIT KRAFT DURCH DIE KRISE

Gesund bleiben – auch psychisch

# DGPPN Kongress 2020

diesmal digital



26.–28. November:  
drei Tage digitales  
Programm  
→ S. 26

## INHALT

**2** EDITORIAL

**4** GESUNDHEITSPOLITIK

**10** GESELLSCHAFT  
Wir können die Welt verändern

**14** GESELLSCHAFT  
Verschwörungstheorien unter der Lupe

**18** WISSENSCHAFT  
Merk-würdige Studienergebnisse

**20** UNTER VIER AUGEN  
Iris Hauth und Steffi Riedel-Heller  
im Gespräch

**26** DGPPN KONGRESS 2020  
Diesmal digital

**32** STANDPUNKT  
Psychotherapie in der stationären  
Versorgung

**38** NACHWUCHS  
Viel zu sagen

**40** VON GESTERN FÜR HEUTE  
Die Welt im Fieber

**47** BIBLIOTHEK  
Lesestoff

**48** IMPRESSUM

Der Titel zeigt das Motiv und das Motto der diesjährigen  
Woche der Seelischen Gesundheit vom 10.–20. Oktober.  
[www.aktionswoche.seelischegesundheit.net](http://www.aktionswoche.seelischegesundheit.net)



Krise als Chance  
→ S. 10



Aluhüte, Chemtrails und Co.  
→ S. 14

# Liebe Leserinnen und Leser,



Corona hat die Welt auf den Kopf gestellt. Selten zuvor wurde auch der psychischen Gesundheit so viel öffentliche und mediale Aufmerksamkeit geschenkt wie in den vergangenen Monaten. Bedeutet die Pandemie insgesamt eine große Belastungsprobe für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen, wird sie rückblickend vielleicht auch als Chance begriffen. Im gemeinsamen Bewältigen der Krise lässt sich ein neues gesellschaftliches Bewusstsein für psychische Erkrankungen erkennen, das mit dem Wunsch nach mehr Information und Aufklärung und einer zunehmenden Akzeptanz einhergeht. „Mit Kraft durch die Krise“ ist also hoffentlich mehr als nur ein Slogan.

Äußere und innere Welt bedingen sich gegenseitig. Der Zeitpunkt für unser Hauptstadtsymposium im Mai zu den „Sozialen Fragen in der Psychiatrie“ konnte trefflicher nicht sein. Die Rolle der Psychiatrie im Kontext gesellschaftlicher Entwicklungen und sozialer Lebenswelt wird uns auch beim Hauptstadtsymposium im Oktober beschäftigen und ist Leitthema unseres DGPPN Kongresses Ende November. Dieser präsentiert sich in diesem Jahr erstmals komplett virtuell – rein digital, kompakt und interaktiv mit der gewohnt breiten Themenvielfalt und einem erlesenen wissenschaftlichen Programm. Mehr dazu in dieser Ausgabe.

Unsicherheit, Angst und Isolation erzeugen Stress und sind Risikofaktoren für die Gesundheit. Für Menschen, die bereits vor der Pandemie an einer psychischen Erkrankung litten, ist die Krise eine zusätzliche Belastung. Therapeutische Praxen und psychiatrische Ambulanzen stellten deshalb schon früh auf Telefon- und Videoberatung um. Über Möglichkeiten und Grenzen von E-Mental-Health-Anwendungen diskutieren im Vier-Augen-Interview Iris Hauth aus Berlin und Steffi G. Riedel-Heller aus Leipzig. Ihr klares Fazit: Der Mensch ist das wichtigste Medium.

Warum auch der Soziologe Hartmut Rosa die Pandemie als Chance begreift, lesen Sie auf Seite 10. Auch fragen wir nach, was Verschwörungstheorien mit unserem Fach zu tun haben. Und die neue Rubrik *Standpunkt* schafft Platz für eine aktuelle Debatte. Denn Fortschritt braucht Debatten.

Ihr Andreas Heinz – für den Vorstand der DGPPN

Präsident

„Antwort auf Fragen  
wollen alle dir geben.  
Du mußt es tragen:  
ungesichertes Leben.“

Kurt Tucholsky\*

\* Aus dem Gedicht „Heute zwischen gestern und morgen“

## Weiter volle Kraft voraus



Die Systematik des bedarfsgerechten Personalbemessungsinstruments veranschaulicht das Erklärvideo auf dgppn.de

**PEPP-Protest, PPP-Richtlinie, Petition – der Einsatz für eine ausreichende Personalausstattung in der stationären Psychiatrie steht seit Jahren im Fokus der gesundheitspolitischen Arbeit der DGPPN. Während der Corona-Pandemie setzt sie sich dafür ein, dass dieses Thema auf höchster Ebene weiter vorangetrieben wird.**

Seit Ausbruch der Corona-Pandemie hat sich der Schwerpunkt der öffentlichen wie auch politischen Diskussion, insbesondere in der Gesundheitspolitik, stark verschoben. In Fragen der Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik gab es trotzdem wichtige Entwicklungen. So hat das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) auf Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ein Servicedokument veröffentlicht. Darin sollen die umfangreichen Dokumentationen und Nachweise, die die Richtlinie vorsieht, notiert und ans IQTIG übermittelt werden. Im Zuge der Corona-Krise wurden jedoch die Nachweispflichten der PPP-Richtlinie bis zum Jahresende ausgesetzt. Die Daten, die dieses Jahr erfasst worden wären, sollten ursprünglich die Grundlage für die Personalbemessung im nächsten Jahr bilden. Deshalb ist derzeit unklar, wie sich dies auf die Berechnung der Mindestpersonalbesetzung im nächsten Jahr und die

Weiterentwicklung der Richtlinie auswirken wird. Zudem hat der G-BA sich mit der Ausgestaltung der Sanktionen und mit einer Erhöhung der Mindestvorgaben für Psychotherapie auseinandergesetzt.

Die DGPPN hat mit zahlreichen Fachverbänden ein Modell entwickelt, das als Blaupause für die Weiterentwicklung der Richtlinie dienen soll. Es ermöglicht eine leitliniengerechte Personalbemessung und ist unmittelbar am Bedarf des Patienten orientiert. Das Plattform-Modell wurde Anfang des Jahres der Öffentlichkeit vorgestellt und soll im nächsten Schritt evaluiert werden. Dazu wurde ein Förderantrag beim Innovationsfonds des G-BA eingereicht. Die Entscheidung über die Förderung soll noch in diesem Jahr fallen.

Im Januar hatte die Petition für ausreichend Personal, angestoßen durch den Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BAPK), mit 54.134 Unterzeichnern das erforderliche Quorum erfolgreich durchbrochen und damit zu einer öffentlichen Anhörung im Petitionsausschuss des Bundestags geführt. In einer öffentlichen Ausschusssitzung Mitte Juni sprachen DGPPN-Präsident Andreas Heinz und der Petent Rüdiger Hannig, stellvertretender BAPK-Vorsitzender. Sie standen den Parlamentariern Rede und Antwort und riefen gemeinsam die Po-

litik zu einem Kurswechsel auf: Zum einen drängten sie darauf, das Plattform-Modell in den weiteren Beratungen zur Weiterentwicklung der Richtlinie zu berücksichtigen, zum anderen plädierten sie dafür, am Bundesministerium für Gesundheit (BMG) eine trialogisch besetzte Expertenkommission einzurichten. Dieses Gremium sei notwendig, um aus der Perspektive von Professionellen, Angehörigen und Betroffenen neue Impulse für die Weiterentwicklung der Psychiatrie und zwar SGB-übergreifend in die Politik einzubringen. Der Vertreter des BMG und Parlamentarische Staatssekretär Thomas Gebhart verwies überwiegend

auf die laufenden Beratungen im G-BA und die im Regelwerk festgelegten Anpassungen der PPP-Richtlinie. Da die Richtlinie erst zum Jahresbeginn in Kraft getreten sei, sei es noch zu früh für eine Bewertung. Hannig und Heinz stellten dem entgegen, dass sie eine über 30 Jahre alte Systematik fortführe und keine signifikante Aufwertung der Personalausstattung beinhalte. Für den parlamentarischen Prozess diene die Anhörung zur Aufklärung des Sachverhalts. Am Ende entscheidet der Bundestag, wie er mit dem Anliegen der Petition umgeht und ob er die Bundesregierung zum Handeln auffordern wird.

## Lebensrettendes Schutzkonzept

**Nachdem das Bundesverfassungsgericht im Februar das bisherige Verbot geschäftsmäßiger Suizidhilfe für verfassungswidrig erklärt hatte, ist es dem Gesetzgeber überlassen, Suizidhilfe näher zu regulieren. Die DGPPN betont in einer Stellungnahme, dass Ärzte nach wie vor keine Beihilfe zum assistierten Suizid leisten sollen, und stellt klar, was insbesondere bei der Feststellung der Freiverantwortlichkeit des Suizidwunsches zu beachten ist.**

Mit seinem Urteil vom 26. Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) das bisherige Verbot geschäftsmäßiger Suizidhilfe des § 217 StGB für nichtig erklärt. Zugleich benannte es detaillierte Rahmenbedingungen für eine gesetzliche Neuregelung, um den Gefahren einer unregulierten Suizidhilfe zu begegnen. Insbesondere an die Freiverantwortlichkeit, also die Selbstbestimmtheit, Dauerhaftigkeit und Ernsthaftigkeit des Suizidwunsches (BVerfG Rn. 241–247), sind nach den Vorgaben des BVerfG hohe Anforderungen zu stellen.

Die DGPPN betont in diesem Kontext, dass Suizidassistenz keine ärztliche Aufgabe ist. Deshalb sollen Ärzte keine Beihilfe zum assistierten Suizid leisten. Aus Sicht der DGPPN sollte ein „legislatives Schutzkonzept“ in dem vom Gericht festgelegten Rahmen die Selbstbestimmung der Betroffenen respektieren, sie aber vor einem irreversiblen Schritt

wie dem Suizid schützen, wenn ihre Selbstbestimmung erheblich eingeschränkt ist.

Folgende Prinzipien sind für solch ein legislatives Schutzkonzept elementar und sollten unbedingt gesetzlich verankert werden:

- Das Verfahren zur Prüfung der Freiverantwortlichkeit und die Überwachung prozeduraler Vorgaben sollte durch das zuständige Amts- bzw. Betreuungsgericht gewährleistet werden.
- Eine umfassende und mehrzeitige suizidpräventiv ausgerichtete fachärztliche Beratung und Aufklärung hinsichtlich möglicher Entscheidungsalternativen ist obligatorisch und soll sicherstellen, dass der Suizidwillige seine Entscheidung in Kenntnis aller erheblichen Umstände und Optionen trifft.
- Bei Vorliegen konkreter Anhaltspunkte für eine Einschränkung der freien Willensbildung soll das Gericht zusätzlich ein Gutachten bei einem Sachverständigen mit fachärztlicher psychiatrischer Kompetenz beauftragen. Die abschließende Feststellung der Freiverantwortlichkeit ist Aufgabe des Gerichts.
- Wird festgestellt, dass die Freiverantwortlichkeit erheblich eingeschränkt ist, sind dem Betroffenen die je nach individueller Problemlage angemessenen Hilfestellungen zum Leben nicht nur anzuraten, sondern unverzüglich zu vermitteln.

# Psychiatrie in Zeiten von Corona

**Die aktuelle Situation stellt das gesamte Gesundheitssystem vor enorme Herausforderungen. Neben der somatischen Medizin sind auch Psychiatrie und Psychotherapie betroffen. Die DGPPN setzte sich von Anfang an dafür ein, dass während der Pandemie eine bestmögliche Behandlung gewährleistet ist und die Folgen der Krise die Versorgungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen langfristig nicht gefährden.**

Seit das Coronavirus im März Deutschland erreichte, hat es viele beträchtliche Veränderungen im Alltagsleben der Bevölkerung und im Gesundheitswesen gegeben. Das Gebot der Stunde lautete, die Infektion maximal einzudämmen. Mit den von der Politik beschlossenen Kontaktbeschränkungen und Hygienemaßnahmen wurde verhindert, dass sich die Infektion wie in anderen Ländern ausbreitete. Das bedeutete eine enorme Herausforderung für alle Seiten.

Insbesondere für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die Krise eine besondere Belastung. Gewohnte Versorgungsangebote, tagesstrukturierende Maßnahmen oder aufsuchende Behandlungen wurden weitgehend ausgesetzt. Aber auch für gesunde Menschen kann soziale Distanz negative Folgen für die Psyche haben. Die DGPPN mahnte daher in einem Positionspapier, dass ein verantwortungsvolles Krisenmanagement neben Maßnahmen des Infektionsschutzes auch Maßnahmen zum Schutz der psychischen Gesundheit umfassen müsse. Auch sollte das psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsangebot Menschen mit psychischen Erkrankungen und Beschwerden vorbehalten bleiben. Auf zwischenzeitliche Überlegungen auf Landesebene, wonach Psychiatrien als Quarantäneeinrichtungen für psychisch gesunde, sogenannte „Quarantäneverweigerer“, genutzt werden sollten, reagierte die Fachgesellschaft mit deutlicher Kritik.

Die psychiatrischen Kliniken mussten sich – wie alle Krankenhäuser – den hygienischen Erfordernissen anpassen und Kapazitäten für die Behandlung von COVID-19-Erkrankten bereitstellen. Während die Ausgaben für alle Umstrukturierungsmaßnahmen auf der einen Seite stiegen, der Personalbedarf aber gleichzeitig unverändert blieb, brachen andererseits für die Kliniken durch freigehaltene Betten

und ein eingeschränktes Behandlungsangebot Einnahmen in nicht unerheblichen Maß weg. Gemeinsam mit anderen Akteuren setzte sich die DGPPN deshalb dafür ein, dass der sogenannte „Rettungsschirm“ der Regierung auch für Psychiatrien aufgespannt wird und sie ebenso wie andere Kliniken Freihalte- und Finanzierungspauschalen erhalten. Auch der G-BA hat auf die Krise reagiert und in einem Beschluss die Nachweispflichten der PPP-Richtlinie bis zum 31.12.2020 ausgesetzt. Diese Vorkehrungen waren wichtig, um die Patienten in der Anfangszeit der Pandemie bestmöglich zu versorgen.

Nach der Akutphase der Corona-Pandemie wurden elektive Behandlungsfälle wieder langsam auf- und die Einschränkungen in den Angeboten abgebaut. Seit das BMG eine Staffelung der Ausgleichszahlungen verordnete, erhalten Psychiatrien eine niedrigere Pauschale als somatische Krankenhäuser. Der Krankenhausbetrieb ist weit entfernt von der Normalität der Prä-Corona-Zeit. Gewohnte Abläufe, wie sie vor der Pandemie selbstverständlich waren, wird es voraussichtlich über einen langen Zeitraum nicht geben. Der Personalbedarf in der Psychiatrie bleibt trotz reduzierter Belegung hoch. Hier macht sich die DGPPN dafür stark, dass die veränderten Rahmenbedingungen der Krankenhäuser von der Politik adäquat berücksichtigt und der Mehraufwand zur Eindämmung des Infektionsrisikos finanziell ausgeglichen werden. Denn die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Bevölkerung bleibt Teil des deutschen Gesundheitssystems.

Auch die Psychiatrischen Institutsambulanzen und vertragsärztlichen Praxen mussten sich kurzfristig der neuen Situation anpassen. Aufgrund von Kontaktbeschränkungen und anfangs noch mangelnder Schutzausrüstung blieben viele Patienten den Praxen fern. Um das Behandlungsangebot möglichst uneingeschränkt aufrechtzuerhalten, wurde sehr zeitnah auf video- und telefonbasierte Patientenkontakte umgestellt. Die Nachfrage nach Videosprechstunden war groß und die Abrechnung der Leistung wurde von der Selbstverwaltung recht zügig sichergestellt. Doch es fehlte ein Äquivalent für Menschen mit therapeutischem Bedarf, die nicht über das Know-how oder die geeignete technische Ausstattung verfügen oder schlichtweg in Gegenden mit schlechter Netzabdeckung leben. Die DGPPN forderte

daher, dass telefonische Gesprächsleistungen in den Behandlungskatalog aufgenommen und abgerechnet werden können – zunächst mit Erfolg, aber nur für kurze Zeit. Ab dem dritten Quartal wurden sie wieder begrenzt. Aus Sicht der DGPPN eine Fehlentscheidung. Gesprächsleistungen sollten weiterhin unabhängig davon vergütet werden, über welches Medium sie erbracht werden.

Als größte Fachgesellschaft im Bereich der psychischen Erkrankungen in Deutschland hat sich die DGPPN mit Nachdruck für eine hochwertige und den Umständen entspre-

chend bestmögliche Versorgung in der Krise eingesetzt und tut dies auch weiterhin. Für das Fach, für ihre Mitglieder und für die Öffentlichkeit ist sie in dieser herausfordernden Zeit verlässliche Ansprechpartnerin für fachliche Fragen und bietet vielseitige Unterstützung. Informationen zum Thema Corona, Psychiatrie und Psyche stehen für Fachleute, Politik, Presse sowie alle Interessierten auf der DGPPN-Website zur Verfügung und werden fortlaufend aktualisiert.

Mehr dazu auf [dgppn.de](http://dgppn.de)

## Komplex, flexibel, vernetzt: AMBI

**Zwischen der intensiven stationären Komplexbehandlung und der meist niederfrequenten ambulanten Behandlung klaffte bisher eine erhebliche Versorgungslücke, die nun von einem neuen Rahmenkonzept abgedeckt wird.**

Die ambulant-intensive-Komplexbehandlung (AMBI) in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) hat eine flexible, individuelle und multiprofessionelle Behandlung zum Ziel, die gleichzeitig die Vernetzung mit dem vertragsärztlichen Bereich stärkt. Das vom Arbeitskreis Psychiatrische Institutsambulanzen (BDK, ACKPA, LIPPs) mit Unterstützung der DGPPN vorgestellte Konzept bietet eine intensive Form der ambulanten Behandlung im Rahmen der PIA-Versorgung. Sie ist aufsuchend als *Hometreatment* und/oder in der PIA möglich, wird fachärztlich geleitet und arbeitet multiprofessionell. Dieses flexible Leistungsangebot geht auf den individuellen Bedarf des Patienten ein, erlaubt Behandlungskontakte an mehreren Tagen pro Woche für bis zu sechs Wochen und kann bei Bedarf um maximal sechs Wochen verlängert werden. Die Zuweisung der Patienten erfolgt aus dem (teil-)stationären, niedergelassenen und PIA-Bereich sowie über weitere Partner im regionalen gemeindepsychiatrischen Netzwerk. Niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, die Patienten zuweisen, können auch selbst den fachärztlichen Teil der AMBI-Behandlung übernehmen.

AMBI soll eingesetzt werden, wenn Patienten vorübergehend Behandlungskontakte an mindestens drei Tagen pro Woche benötigen, ohne dass eine stationäre Behandlung einschließlich stationsäquivalenter Behandlung (StäB) indiziert ist. Des Weiteren kann AMBI auch dann zum Einsatz kommen, wenn dadurch (teil-)stationäre Behandlungen verkürzt oder vermieden werden können oder Patienten trotz bestehender Indikation eine (teil-)stationäre Behandlung bzw. StäB ablehnen. Nach Abschluss der Behandlung wird der Patient an den niedergelassenen Facharzt/Psychotherapeuten zurücküberwiesen bzw. führt die Behandlung in niedrigerer Frequenz in der PIA fort.

Die Finanzierung von AMBI wird durch die aktuellen Vergütungsoptionen der PIAs nicht abgedeckt und muss auf Landesebene verhandelt werden. Zu beachten ist dabei, dass die hohen Vorhaltekosten einen Sockelbetrag zur Sicherstellung des Angebotes notwendig machen. In den Bundesländern, die nach dem Bayerischen Vergütungssystem arbeiten, ist über den Sockelbetrag hinaus eine Abrechnung als Einzelleistungsvergütung möglich und darstellbar. In allen anderen Bundesländern sollte eine vergleichbare leistungsgerechte Vergütungsgrundlage verhandelt werden. Falls der niedergelassene Facharzt selbst den fachärztlichen Teil der AMBI-Behandlung übernimmt, muss außerdem eine Vergütungsvereinbarung mit dem Krankenhaus geschlossen werden.

## Drei Ministerien, eine Offensive

**Unter dem Titel *Offensive Psychische Gesundheit* geht im Oktober das bundesweite Präventionsprojekt dreier Bundesministerien an den Start. Mit einer öffentlichkeitswirksamen Kampagne und einem umfassenden Fachdialog soll die Prävention von psychischen Erkrankungen nachhaltig gestärkt werden.**

Die DGPPN unterstützt das Projekt des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS), des Gesundheitsministeriums (BMG) und des Ministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) ausdrücklich und ist von Beginn an Partner der Initiative, denn psychische Erkrankungen werden nach wie vor oft tabuisiert. Während sich der gesellschaftliche Umgang mit Depressionserkrankten in den letzten Jahren tendenziell zum Positiven gewandelt hat, lässt sich dagegen für Menschen mit Schizophrenie ein negativer Trend feststellen. Studien zeigen, dass vor allem das Bedürfnis nach sozialer Distanz gegenüber Menschen mit dieser Erkrankung zugenommen hat. Die Vorurteile, die sich mit dieser Krankheit verbinden, übertragen sich direkt auf die Betroffenen, die es folglich umso schwerer haben, offen mit ihrer Erkrankung umzugehen und rechtzeitig Hilfe in Anspruch zu nehmen. Auch am Arbeitsplatz führt die Tabuisierung von psychischen Störungen zu Problemen, die nicht zuletzt auch einen erheblichen volkswirtschaftlichen Schaden verursachen. Aus diesem Grund hat das BMAS das lebenswelt- und ressortübergreifende

Projekt *Offensive Psychische Gesundheit* initiiert, welches gemeinsam mit dem BMG und dem BMFSFJ sowie weiteren Partnern durchgeführt wird. Es will für mehr Aufmerksamkeit und Verständnis für psychische Belastungen und Erkrankungen in der Öffentlichkeit sorgen, für deren Ursachen und Symptome sensibilisieren und so zur Entstigmatisierung beitragen.

Ein erstes virtuelles Treffen der sogenannten *First Starter*, zu denen sowohl die DGPPN als auch das *Aktionsbündnis Seelische Gesundheit* gehören, fand im Juni statt. Die Offensive bleibt jederzeit anschlussfähig für weitere Institutionen, die sich einbringen möchten. Im Rahmen eines öffentlichkeitswirksamen Termins mit Arbeitsminister Heil, Familienministerin Giffey und Gesundheitsminister Spahn startet die Offensive im Oktober.

Ein Webportal, Handlungshilfen sowie zwei Dialogforen gehören zu den konkreten Maßnahmen der Offensive. Die Partnerorganisationen unterstützen das Projekt, indem sie es über ihre eigenen öffentlichkeitswirksamen Aktivitäten und Präventionsangebote bewerben. Ziel der Fachdialoge ist es, ein niedrigschwelliges digitales Angebot zu entwickeln, das lebensweltübergreifend und zielgruppenspezifisch Präventionsmaßnahmen vermittelt. Es soll für jeden leicht verständlich sein und Orientierung in der großen Präventionslandschaft in Deutschland bieten.

## Systemische Therapie ist jetzt GKV-Leistung

**Seit dem 1. Juli 2020 kann die Systemische Therapie erstmals als ambulante Psychotherapieleistung abgerechnet werden. Sie fokussiert vor allem die sozialen Beziehungen, in denen psychische Erkrankungen entstehen, und hilft dabei, symptomfördernde Interaktionen zu verändern.**

Mehr als zehn Jahre nach der Anerkennung der Systemischen Therapie durch den *Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie* können Erwachsene, die gesetzlich versichert sind, seit dem zweiten Halbjahr 2020 erstmals ambulante Psychotherapie in diesem Verfahren in Anspruch nehmen. Damit wurde nach über drei Jahrzehnten wieder ein neues

Psychotherapieverfahren in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) aufgenommen. Der Einheitliche Bewertungsausschuss hat mit Beschluss vom 10. Juni 2020 entsprechende Gebührenordnungspositionen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) geschaffen. Abgerechnet werden kann Kurz- und Langzeittherapie als Einzelbehandlung oder in der Gruppe. Voraussetzung ist der Nachweis einer abgeschlossenen Weiterbildung in

dem Verfahren gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung. Die sozialrechtliche Anerkennung des Verfahrens zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen steht noch aus. In der Systemischen Therapie können beispielsweise der Partner oder Familienmitglieder mit in die Behandlung einbezogen werden. Damit ist sie besonders nützlich für Patienten, die problematische Beziehungen und Interaktionen verändern möchten.

## NEIN zu Rassismus und Ausgrenzung

**In einer Erklärung nimmt die DGPPN gegen Rassismus und Diskriminierung Stellung und unterstreicht die negativen Auswirkungen unterschiedlicher Formen sozialer Ausgrenzung und Benachteiligung auf die psychische Gesundheit von Betroffenen.**

Psychisch krank zu sein, kann ebenfalls zu gesellschaftlicher Ausschließung führen. Ein Teufelskreis. Politik, Institutionen und Wissenschaftsförderung werden aufgerufen, das Thema Rassismus in all seinen Facetten verstärkt anzugehen. Die DGPPN setzt sich aktiv für die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen und gegen Stigmatisierung ein. Sie hat sich verpflichtet, die Würde und das Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Menschen zu achten, und begegnet ihnen unabhängig von Geschlecht, Hautfarbe, Religion oder sozialer Herkunft. Vor dem Hintergrund der Psychiatriegeschichte bekennt sich die DGPPN zu den Prinzipien der Vielfalt, der Integration und der Inklusion.

Vorfälle auch aus jüngster Zeit zeigen, wie wichtig es ist, Rassismus in jedweder Form entgegenzutreten. Rassistische Konstruktionen haben auch in der vergangenen Psychiatriegeschichte immer wieder eine unheilvolle Rolle gespielt. Mit der Erklärung steht die DGPPN zu ihrer Verantwortung, diese Traditionen kritisch aufzuarbeiten und aktiv gegen alle Formen rassistischer Diskriminierung und Ausgrenzung einzutreten. Aus dieser Motivation heraus hat die DGPPN bereits vor Jahren das Fachreferat „Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie, Migration“ gegründet. Zusammen mit dem Referat und einer Arbeitsgruppe



von Experten mit Bezug zu den am stärksten betroffenen Communitys setzt sich die DGPPN aktuell intensiv mit den Auswirkungen von Rassismus und Diskriminierung auf die psychische Gesundheit und der Rolle des Rassismus in der Geschichte der Psychiatrie auseinander. Darüber hinaus wird die DGPPN verstärkt dafür eintreten, dass Rassismus und Diskriminierung im Rahmen von Medizinstudium, Fort- und Weiterbildung, Behandlungsleitlinien, Versorgung und Forschung thematisiert und dadurch im Gesundheitswesen nach und nach abgebaut wird. Die Politik wird aufgefordert, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen.

Auch der DGPPN Kongress, der 2020 digital stattfindet, wird sich in diesem Jahr unter dem Leitthema „Psychiatrie und Psychotherapie in der sozialen Lebenswelt“ unter anderem mit den seelischen Folgen von Ausgrenzung und Rassismus beschäftigen.

# Wir können die Welt verändern

Jahrzehntelang stand die Gesellschaft der Klimakrise und dem entfesselten Finanzmarkt ohnmächtig gegenüber. Die Corona-Pandemie lehrt uns jetzt, dass eine alternative Zukunft möglich ist. Werden wir die Chance nutzen?

Ein Essay des Soziologen Hartmut Rosa.

Das Virus Sars-Cov-2 ist eine gewaltige menschliche Tragödie, es bringt durch Krankheit, Tod und in der Folge entstandene Armut und Gewalt millionenfaches Leid über die Welt, und es erzeugt massive ökonomische Probleme und gravierende politische Gefahren. Ich will in diesem Beitrag jedoch eine andere, distanzierte Perspektive einnehmen und fragen, wie sich die Krise möglicherweise aus der Sicht eines Historikers in ein paar Jahrhunderten darstellen wird. Es ist sehr wahrscheinlich, dass COVID-19 und die Reaktion darauf auch dann noch als ein gewaltiger und überraschender Einschnitt wahrgenommen wird. Nach zwei Jahrhunderten nahezu ungebrochener Beschleunigung und Dynamisierung bremst die Welt plötzlich ab, sie wird in ihrer materiell-physischen Bewegung abrupt langsamer. Es hat den Anschein, als hätte jemand gigantische Bremsen an die Räder der Produktion, des Transports, aber auch des soziokulturellen Lebens angelegt. Seit dem 18. Jahrhundert befindet sich die Weltgesellschaft in einem – uneinheitlichen und oft gewaltförmig verlaufenden – Prozess der Dynamisierung, der sie buchstäblich in immer schnellere Bewegung versetzt (hat). Das zeigt jeder Blick auf die Daten: Seit 1800 haben sich die weltweite Produktion von Gütern

und Dienstleistungen, die physische Bewegung des Erdreiches und der technisch vermittelte Stoffwechselprozess mit der Natur, die Anzahl der Fahrzeuge aller Art und der Menschen und Güter, die damit in Bewegung sind, ebenso wie der Ausstoß an Schadstoffen ununterbrochen und nahezu exponentiell vermehrt, zum Teil um das Hundert- und Tausendfache. Blickt man auf das Bewegungsprofil der Erde, also auf die zu einem Zeitpunkt durchschnittlich bewegte Masse an Menschen, Rohstoffen und Gütern und auf die Geschwindigkeit dieser Bewegung, erhält man eine exponentielle Wachstumskurve, die – von kleinen Schwankungen abgesehen – praktisch keine Pausen oder Grenzen kennt.

Nun aber ereignet sich nie Dagewesenes: Die Welt hält an. Die Bewegung kommt, im nichtdigitalen Bereich jedenfalls, beinahe zum Erliegen. Nicht aufgrund eines ökonomischen Zusammenbruchs oder einer militärischen Konfrontation. Auch nicht durch eine Naturkatastrophe, denn das Virus holt unsere Flugzeuge ja nicht vom Himmel, es zerstört keine Fabriken oder Fahrzeuge und schließt auch keine Schulen und Kinos. Es sind die Menschen selbst, die die Bremshebel ziehen; die Verlangsamung ist Folge politi-



schen Handelns durch überwiegend demokratisch gewählte Regierungen. Warum ist das so bemerkenswert? Weil dieselben politischen Akteure seit nunmehr 50 Jahren zwar in vielerlei Hinsicht willens, aber vollkommen unfähig sind, gegen das beschriebene gigantische Räderwerk der Beschleunigung beziehungsweise gegen seine ökologisch schädlichen Nebenfolgen auch nur das Geringste auszurichten. Seit dem *Club-of-Rome-Bericht* entstehen Bücher, Parteien und Bewegungen, die gegen den Dynamisierungszwang und den sie antreibenden Ressourcenverbrauch anschreiben und ankämpfen, eine Klimakonferenz jagt die nächste, eine politische Erklärung folgt der anderen, und im Grunde änderte sich: nichts.

Die Zahl der produzierten Autos und der geteerten Straßen, die Zahl und Tonnage der Lastkraftwagen, die Zahl der Container- wie der Kreuzfahrtschiffe, der Passagiere im Nah- und Fernverkehr, der Hochgeschwindigkeitszüge: Sie alle steigen rapide nicht nur in Asien, sondern auch noch in Europa. Und im Flugverkehr als der jüngsten physischen Mobilisierungssphäre sehen wir exponentielles Wachstum allerorten. Die Räder und Motoren der Beschleunigung und

des Wachstums schienen immun gegen jede Art von Wachstums- und Beschleunigungskritik, und die auf die Klimakrise reagierenden Beschlüsse und Erklärungen prallten ab an der stahlharten Steigerungslogik moderner Gesellschaft und kapitalistischer Wirtschaft. Doch im April 2020 stehen jene Räder plötzlich still, weitgehend still. Bis zu 85 % der Flüge sind gestrichen. Der Himmel über Europa wurde in wenigen Tagen leer geräumt; wer hätte das bis vor zwei Monaten für möglich gehalten? Kein Treibhauseffekt, keine Hitzewelle oder Dürre und auch keine Fridays-for-Future-Bewegung erzielte jemals irgendeinen nennenswerten Verlangsamungseffekt. Erst die weltweite politische Reaktion auf das Coronavirus produzierte diese gewaltige Entschleunigung.

Wir erleben eine historische Erfahrung kollektiver politischer Selbstwirksamkeit, ein Triumph politischer Handelns, das innerhalb weniger Tage die Logik funktionaler Differenzierung außer Kraft zu setzen vermochte. Der Präsident der Vereinigten Staaten, des vielleicht marktradikalsten Landes der Welt, kann seinem mächtigsten Autoproduzenten einfach befehlen, statt Neuwagen Beatmungs-

geräte zu produzieren. Als politisch handelnde Akteure haben wir angesichts der Klimakrise und der entfesselten Finanzmärkte in den letzten Jahrzehnten – auch und gerade nach der Finanzkrise von 2008 – stets nur Ohnmachtserfahrungen gemacht. Nun stellen wir fest: Die Welt ist politisch steuerbar, zumindest können wir sie anhalten, von einem Tag auf den anderen, und vermutlich können wir sie auch wieder in Gang setzen. „Es geschieht gerade etwas, von dem wir immer gesagt haben: Das geht nicht“, konstatiert folgerichtig der Systemtheoretiker Armin Nassehi im *Spiegel*, für den die Essenz der modernen Gesellschaft ausschließlich in der Logik funktionaler Differenzierung zu liegen schien. Jetzt aber zeigt sich: Das war eine Täuschung! In dieser Erfahrung der Wiederherstellung des Primats der Politik und damit kollektiver Selbstwirksamkeit liegt das entscheidende Novum der gegenwärtigen Krise.

Die Herbeiführung eines sozioökonomischen Stillstandes darf indessen nicht mit der Realisierung einer neuen Lebensform verwechselt werden; sie ähnelt eher dem Verursachen eines Unfalls. Die moderne Gesellschaft ist dadurch gekennzeichnet, dass sie sich nur dynamisch zu stabilisieren vermag. Ihr institutionelles, ökonomisch getriebenes Regime ist nur im Steigerungsmodus funktionsfähig. Die gegenwärtige Stillstellung der Hamsterräder scheint daher geradewegs auf einen Systemzusammenbruch hinauszulaufen – jedenfalls dann, wenn sie noch länger dauert. Daher bleibt nur die Alternative, die Gesellschaft beziehungsweise ihren Stabilisierungsmodus entweder neu zu erfinden oder aber die Beschleunigungsmaschine so schnell wie möglich wieder in Gang zu setzen. Letztere Strategie zu verfolgen wäre keine gute Idee. Das System dynamischer Stabilisierung steckte auch schon vor der Corona-Krise in massiven Schwierigkeiten, die eine ganze Reihe gravierender Problemlagen verursacht haben. Der stetige Zwang zu Wachstum und Beschleunigung hat eine gesellschaftliche Wirklichkeit erzeugt, die auf allen Operationsebenen durch einen Aggressionsmodus und entsprechende Krisenphänomene gekennzeichnet ist. Auf der Makroebene zeigt sich dies an einem Naturverhältnis, das durch immer brutalere extraktive Industrien einerseits und durch immer konsequenzreichere Schadstoffemissionen andererseits geprägt ist. Auf der gesellschaftlichen Ebene lässt sich eine zunehmende Aggressivität und Feindseligkeit in der politischen Sphäre beobachten, in der, wie etwa die Auseinandersetzungen zwischen Brexiteers und Remainers in Großbritannien oder zwischen Trump-Anhängern und Demokraten in den USA zeigen, sich Menschen mit unterschiedlichen politi-

schen Überzeugungen in wachsendem Maße mit offenem Hass und sogar Ekel begegnen. Auf der individuellen Mikroebene schließlich äußert sich der Aggressionsmodus in dem stetigen Zwang zur körperlichen, geistigen, sozialen und psychischen Selbstoptimierung, die Züge einer Autoaggression annimmt, welche mit wachsenden Burn-out-Raten und Stresserkrankungen und vor allem mit einer steigenden kulturellen Erschöpfungssensibilität korreliert scheint. Das dominante, steigerungsbasierte Weltverhältnis der Spätmoderne verursacht ein Ausbrennen (burn out) auf der Mikro- und ein Aufheizen (burn up) auf der klimatischen Makroebene und der politischen Mesoebene. Damit nicht genug: Trotz der stetig steigenden Investition an physischer, politischer und psychischer Energie sind die notwendigen Wachstumsraten kaum mehr zu erzielen – zu den ökologischen, demokratischen und psychologischen Krisen der Spätmoderne tritt daher auch eine ausgeprägte ökonomische Krise, die sich insbesondere darin äußert, dass selbst negative Zinsen als manifeste kapitalistische Anomalie nicht mehr ausreichende Wachstumsimpulse zu setzen vermögen. Eine Rückkehr zum Status quo ante nach dem zu erhoffenden Ende der Corona-Krise ist daher kein vielversprechender Weg.

Das Bewusstsein, dass es so, wie das globale System funktionierte, auch ohne Virus nicht mehr lange gut gehen konnte, wurde durch den Klimawandel verstärkt und durch die darauf reagierende globale Fridays-for-Future-Bewegung zum Ausdruck gebracht. Allerdings war es verbunden mit einem ebenso globalen, lähmenden Gefühl der Ohnmacht und mangelnder Selbstwirksamkeitserfahrung: Es sah so aus, als könne niemand die Räder der Maschine auch nur abbremsen. Die Logiken der Wirtschaft, der Märkte und der Kapitalakkumulation und das damit verknüpfte Wachstum individueller Mobilität erschienen wie Naturgesetze, gegen die niemand etwas auszurichten vermochte. Im Zuge der Corona-Krise aber setzt der Staat die Eigenlogik und -dynamik der Märkte, aber auch des Kultur-, Bildungs- und Wissenschaftsbetriebs zwar nicht vollständig, aber doch weitgehend außer Kraft und reetabliert das gesellschaftliche Primat der Politik gegenüber den Grundprinzipien funktionaler Differenzierung. Um Nassehis Beobachtung zu variieren: Wir erleben (als handelnde Akteure) gerade das, von dem uns (nicht zuletzt von soziologischen Systemtheoretikern) immer eingeredet wurde, dass es nicht geht – ein soziologisches Wunder. Allerdings, das Grundproblem bleibt bestehen: Ein krisenhaftes System anzuhalten, bedeutet noch nicht, über ein anderes zu verfügen. Tatsächlich

zeigt sich noch in der Reaktion auf das Virus das Fortwirken jener Logik des unbedingten Verfügbarmachens, welche als kultureller Motor des ökonomischen Steigerungsregimes begriffen werden kann. Die dahinter stehende Kraftquelle ist das Bestreben, den Horizont dessen, was wissenschaftlich verstehbar, technisch beherrschbar, ökonomisch realisierbar und politisch und rechtlich steuerbar ist, immer weiter auszudehnen und damit Welt und Leben verfügbar zu machen.

Das Sars-Cov-2-Virus signalisiert nun die seit Langem (etwa in der Angst vor dem Klimawandel oder vor der nuklearen Katastrophe) subkutan befürchtete Rückkehr der Unverfügbarkeit als Monster. Das Virus ist wissenschaftlich nicht erforscht. Wir können es medizinisch nicht beherrschen. Es lässt sich weder politisch noch rechtlich regulieren. Es ist in seinen ökonomischen Konsequenzen unberechenbar. Mehr noch: Es ist auch auf der individuellen Erfahrungs- und Handlungsebene vollkommen unverfügbar. Wir können es nicht sehen, hören, riechen, tasten oder schmecken. Damit untergräbt es unsere Selbstwirksamkeit. Wir können unserer Wahrnehmung und unserem eigenen Körper nicht mehr trauen: Ebendies macht das Virus erst im eigentlichen Sinne zum Monster. Es kann hinter jeder Straßenecke lauern in Gestalt des Fremden, der vorübergeht und hustet, es kann schon Besitz ergriffen haben vom Körper unseres Kindes; ja es kann sogar schon in uns sein, ohne dass wir es wissen. Auf jedem Türgriff und an jedem Geldschein kann es als potenziell tödliche Gefahr auf uns warten.

Es ist kein Zufall, dass wir uns an Szenarien aus Horrorfilmen erinnern fühlen: Corona ist die Manifestation des Alptrauums der Moderne. Es symbolisiert und manifestiert das radikale Unverfügbarwerden der Welt. Die weltweite gesellschaftliche Antwort auf dieses Phänomen entspricht dem erwartbaren Reaktionsmuster der Moderne: Sie besteht in dem Versuch, Verfügbarkeit mit allen Mitteln wiederherzustellen. Wir versuchen alles, um die Kontrolle zurückzugewinnen, wir halten dafür sogar das System an. Wenn das vordringliche Handlungsziel darin besteht, jeden einzelnen Infizierten zu identifizieren, seine sozialen Kontakte nachzuverfolgen und alle Träger des Virus konsequent zu isolieren, so lässt sich darin klar das Bestreben erkennen, die Verfügungsgewalt zurückzugewinnen, so illusorisch dies auch erscheinen mag. Damit aber erweist sich die entfaltete Bremskraft als rein sozialer Natur; sie speist sich aus derselben Quelle, welche auch den soziokulturellen Motor der institutionalisierten Steigerungsdynamik befeuert.

Dennoch könnte das Auftreten des Virus im historischen Rückblick einen politisch-sozialen Wendepunkt, einen Paradigmenwechsel markieren. Der Grund dafür liegt zum einen in dem Umstand, dass die etablierten gesellschaftlichen Routinen und institutionellen Operationsweisen auf spektakuläre, historisch geradezu singuläre Weise außer Kraft gesetzt sind, und zum anderen in ebenjener – auch und gerade von Soziologen – nicht für möglich gehaltenen Erfahrung kollektiver Selbstwirksamkeit und politischer Handlungsfähigkeit. Nichts kann uns als handelnde soziale Akteure daran hindern, jene Erfahrung von Handlungsmacht etwa auch auf den Umgang mit der Klimakrise oder mit den schreiend ungleichen globalen Vermögensverhältnissen zu übertragen – und daraus eine Antwort auf die Aggressionskrisen der Moderne insgesamt zu entwickeln. In der gegenwärtigen Situation liegt die Chance für einen grundlegenden gesellschaftlichen Paradigmenwechsel, wie sie sich im historischen Verlauf nicht allzu häufig ergibt. Denn erst wenn die eingespielten, komplexen und verflochtenen Interaktionsketten einmal unterbrochen sind, wenn der routinierte, atemlose „Betrieb“ ins Stocken gerät, öffnet sich ein Fenster der Gelegenheit für einen kollektiven Pfadwechsel. Hier gibt es keine soziologischen, ökonomischen oder zukunfts wissenschaftlichen Modelle, die vorhersagen könnten, wie es weitergeht. Nicht auf das Wissen, sondern auf das Handeln kommt es jetzt an. In dieser Lage kommt das zum Tragen, was Hannah Arendt als die Natalität des Menschen identifiziert hat: Sie meint damit die Fähigkeit, als kreativ handelnde Akteure eingespielte Pfade zu verlassen, geltende Reaktionsweisen und -ketten außer Kraft zu setzen und genuin Neues hervorzubringen. Lasst uns die Moderne neu erfinden!

#### Autor

**Prof. Dr. rer. soc. Hartmut Rosa** forscht und lehrt im Bereich allgemeine und theoretische Soziologie an der Universität Jena und ist Direktor des Max-Weber-Kollegs in Erfurt. Seit Jahren ist er einer der gefragtesten Soziologen Deutschlands.

Originalartikel erschienen am 29.04.2020 in *Christ & Welt*, eine Beilage der ZEIT. Abdruck mit Genehmigung der Zeitverlag Gerd Bucerius GmbH & Co. KG



# ACHTUNG!

## ANSTECKUNGSGEFAHR

Chemtrails, Aluhüte und jetzt neu: Microsoft-Gründer Bill Gates hat das Coronavirus entwickelt. Verschwörungstheorien haben angesichts der aktuellen Krise wieder Hochkonjunktur. Die Gefahr dabei: Sie verbreiten sich so schnell wie das Virus selbst. Das kürzlich erschienene Sachbuch *Fake Facts* analysiert die Mechanismen von Verschwörungsdenken. *Psyche im Fokus* hat einen Auszug zusammengestellt.\*

Die erste Annäherung an den psychologischen Hintergrund von Verschwörungsdenken wurde 1994 von dem US-amerikanischen Soziologen Ted Goertzel veröffentlicht. Goertzel stellte in seiner Pionierarbeit eine wichtige These auf: Beim Glauben an Verschwörungserzählungen handele es sich um ein kohärentes Weltbild – die Verschwörungsmentalität [...] Wer an eine Verschwörungserzählung glaubt, glaubt zudem mit hoher Wahrscheinlichkeit an weitere. Wenn man also auf einen Menschen trifft, der meint, dass es sich bei den Anschlägen vom 11. September 2001 [...] um ein geheimes Komplott der US-Regierung gehandelt habe, dann ist es sehr wahrscheinlich, dass dieser Mensch ebenfalls davon überzeugt ist, dass das Attentat auf John F. Kennedy nicht das Werk eines Einzeltäters, sondern die Folge einer Verschwörung der US-Regierung war. [...] Verschwörungserzählungen sind verbreiteter, als viele Menschen intuitiv erwarten würden. [...] In Deutschland glaubt laut einer repräsentativen Umfrage der Friedrich-Ebert-Stiftung aus dem Jahr 2019 [...] mehr als ein Drittel der Bevölkerung, dass „Politiker und andere Führungspersonlichkeiten nur Marionetten der dahinterstehenden Mächte“ seien [17]. Zahlen wie diese machen deutlich: Für Millionen Menschen sind Verschwörungserzählungen entscheidend dafür, wie sie die Welt sehen. [...] Eine repräsentative Umfrage in Frankreich zeigte, dass acht von zehn der befragten Personen an eine der großen Verschwörungserzählungen glaubten, wie etwa eine Fälschung der Mondlandung durch die USA [...] Sogar fast jeder zweite US-Amerikaner stimmt mindestens einer Verschwörungserzählung zu [21] [...] Warum neigen manche Menschen eher dazu, überall Verschwörungen zu wittern? Welche Faktoren sind entscheidend dafür, dass Menschen an Verschwörungserzählungen glauben?

Die Psychologen Jennifer Whitson und Adam Galinsky führten 2008 eine Studie durch: [...] Eine [von zwei] Gruppen spielte [ein] Spiel im Rahmen des Experiments und bekam völlig zufällig Rückmeldung zu ihren Spielergebnissen. Die Versuchspersonen hatten keine Ahnung, wann sie etwas richtig machten und wann nicht. Das sollte [...] ein Gefühl von Kontrollverlust hervorrufen. Die [...] Kontrollgruppe spielte das gleiche Spiel, ohne irgendwelche Informationen zum Ergebnis zu bekommen. Anschließend wurde beobachtet, ob Menschen angesichts eines gefühlten Kontrollverlusts eher dazu neigen, eine Verschwörung gegen sie zu wittern. Laut den Ergebnissen der Studie scheint dies tatsächlich der Fall zu sein. [...] In solchen Situationen versuchen Menschen unterbewusst, als Ausgleich für den empfundenen Kontrollverlust ein Gefühl der Kontrolle durch psychologische Mechanismen herzustellen. Der Glaube an Verschwörungserzählungen stellt genau so einen Mechanismus dar. Mitglieder aus dem rechtsextremen Reichsbürgerspektrum berichten beispielsweise immer wieder, dass einschneidende Lebensereignisse, in denen sie einen Kontrollverlust verspürt hätten, Auslöser dafür gewesen seien, sich mit Verschwörungserzählungen zu befassen [24]. [...] Erfahrungsberichte [...] machen [...] deutlich, dass der Glaube an Verschwörungserzählungen dem Einzelnen durchaus Rückhalt nach Rückschlägen geben kann, weil derartige Geschichten eine wahrgenommene Ordnung in eine vermeintlich chaotische Welt bringen.

[...] Eine andere wissenschaftliche These beschreibt den Glauben an Verschwörungserzählungen mehr als Mittel zum Zweck. Dadurch, dass ein Mensch an etwas glaubt, das gängigen Erklärungsmustern widerspricht, kann er

auch sein Bedürfnis danach befriedigen, sich einzigartig zu fühlen und sich von der Masse abzuheben. [...] Auch gibt es erste Hinweise darauf, dass frühkindliche Bindungserfahrungen eine Rolle spielen können. Wer eine unsichere Bindung zu seinen Eltern hatte, glaubt später eher an Verschwörungen. Während Studien auf einen Zusammenhang zwischen Verschwörungsglauben und Narzissmus [28] hindeuten, ließ sich allerdings kein solcher Zusammenhang bei Persönlichkeitseigenschaften wie etwa Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit oder Neurotizismus feststellen. Auch Alter, Bildung und Geschlecht spielen kaum eine Rolle. Den typischen Verschwörungsideologen gibt es also nicht. Wir alle tragen in uns Eigenschaften, die den Glauben an Verschwörungserzählungen begünstigen – auch wenn wir dies oft nicht wahrhaben wollen. [...]

Verschwörungserzählungen sind kein reines Randphänomen. Es ist keineswegs so, dass nur eine kleine Gruppe aus „wirren Internetspinnern“ oder „verrückten US-Amerikanern“ an sie glaubt. [...] Auch wenn Verschwörungsideologen oft als krank abgetan werden, ist diese Perspektive nicht immer richtig. Sie sind nicht unbedingt paranoid. [...]

Eine große Metaanalyse [...] mit insgesamt über 2000 Teilnehmern ergab zwar, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen Verschwörungsglauben und Paranoia gibt. Es zeigt sich allerdings auch, dass Paranoia und der Glaube an Verschwörungserzählungen sich in zentralen Punkten unterscheiden. Die beiden Phänomene [...] überschneiden sich zwar teilweise, sie sind aber in ihrem Umfang sowohl in Bezug auf die wahrgenommene Bedrohung als auch auf das „Ziel“ deutlich zu unterscheiden. Um es ganz einfach auszudrücken: Während paranoide Menschen glauben, dass praktisch jeder hinter ihnen her ist, denken Verschwörungsideologen, dass ein paar mächtige Menschen hinter fast jedem her sind.

Gesellschaftliche Verschwörungserzählungen sind also von paranoiden Wahnvorstellungen klar unterscheidbar: Die wahrgenommene Handlung richtet sich gegen ein Kollektiv als Nation, Gruppe oder Kultur, während ein paranoider Mensch Angst vor Verschwörungen gegen die eigene Person hat und dabei sogar die eigene Familie als Bedrohung ansehen kann. Paranoide Menschen misstrauen anderen grundsätzlich, während Verschwörungsideologen eher „dem System“ insgesamt argwöhnisch gegenüberstehen [3].



Auszug aus Fake Facts:  
Wie Verschwörungstheorien  
unser Denken bestimmen  
Katharina Nocun und Pia Lamberty  
Berlin, Quadriga Verlag  
2020, Seite 24–35

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

#### Autorinnen

**Katharina Nocun**  
ist Bürgerrechtlerin, Netzaktivistin und  
studierte Ökonomin. Sie leitet bundesweit  
politische Kampagnen, u. a. für die  
Bürgerbewegungen *Campact* e. V.,  
*Mehr Demokratie* e. V. und den *Bundesverband der Verbraucherzentralen*.

**Pia Lamberty**  
ist Psychologin und Expertin im Bereich  
der Verschwörungsideologien. Ihre  
Forschung führte sie an die Universitäten  
in Köln, Mainz und Beer Sheva (Israel).  
Darüber hinaus ist sie Mitglied im internationalen  
Fachnetzwerk *Comparative Analysis of Conspiracy Theories*.

## 5 Fragen an Andreas Heinz

**Es wird deutlich, dass Verschwörungstheorien insbesondere politische Inhalte haben. Inwieweit ist das auch ein Thema für die Psychiatrie?**

Der Inhalt des Wahns ist immer von der individuellen Umwelt beeinflusst, und grundsätzlich können alle Verschwörungstheorien in Wahnbildungen aufgegriffen und weiter ausgestaltet werden. Ein schizophrener Patient von uns erklärte, dass „Merkel unter der Erdoberfläche riesige Moscheen errichten lässt, um da deutsche Frauen von Arabern und (N-Wort) vergewaltigen zu lassen“. Das zeigt, wie stark rassistische Thesen Eingang in das Denken und die Wahnbildung der Patienten finden können.

**Worin besteht der Unterschied zwischen gesunden Menschen, die an Verschwörungstheorien glauben, und psychisch kranken Menschen mit paranoiden Wahnvorstellungen?**

Bei Menschen mit paranoiden Symptomen dreht sich das Geschehen in der Regel um die eigene Person, was traditionell als „Subjektzentrismus“ bezeichnet wird. Bei Menschen mit schizophrenen Symptomen kommen meist sehr ungewöhnliche Erfahrungen wie Ich-Störungen oder komplexe akustische Halluzinationen hinzu, die oft der Auslöser der wahnhaften Erklärung sind. So können besondere Geräte oder Wesen für die „Stimmen im Kopf“ verantwortlich gemacht werden. Die These, dass Wahnkranke sich von allen Mitmenschen bedroht fühlen, ist aber nicht richtig. Es gibt oft sehr spezifische Überzeugungen

bezüglich der Urheber der Verfolgung. Allerdings kann sich das Erklärungssystem ausweiten und immer weitere Personen einbeziehen. Genau das gibt es aber auch bei Menschen, die an Verschwörungstheorien glauben. Die Bildung rigider Vorstellungen, an denen trotz aller gegenläufigen Erfahrungen festgehalten wird, ist eine allgemeine menschliche Fähigkeit. Allzu einfache Unterscheidungen sind hier nicht hilfreich.

**Ursächlich für den Glauben an Verschwörungsnarrative können Kontrollverlusterfahrungen sein. Sind diese auch bei der Entstehung paranoider Wahnvorstellungen relevant?**

Was wir wissen ist, dass schwere Kontrollverlusterfahrungen, wie sie bei Traumatisierungen (z. B. auf der Flucht) oder bei rassistischer Diskriminierung auftreten, offenbar mit erhöhten Psychoeraten verbunden sind. Generell helfen vielen Menschen feste, oft auch rigide Überzeugungen, an denen man trotz Widersprüchen festhält, Unsicherheit und Leid zu überstehen.

**Reagieren Menschen mit paranoiden Wahnvorstellungen auch so?**

Das ist offenbar der Fall. Eine Arbeitsgruppe an der Charité um Philipp Sterzer konnte beobachten, dass Menschen aus der Allgemeinbevölkerung auch zu wahnhaften Erklärungen neigen können, wenn sie mit mehrdeutigen bildhaften Informationen konfrontiert sind.\* Diese werden in den visuellen Zentren im Gehirn nur unscharf repräsentiert.

Es kommt bei Menschen mit einer Neigung zu wahnhaften Erklärungen zu verstärkten Interaktionen des frontalen Kortex, der zur Bildung unserer Überzeugungen beiträgt, mit den visuellen Zentren. Vereinfacht könnte man davon sprechen, dass hier offenbar der frontale Kortex daran beteiligt ist, „Ordnung ins Chaos“ zu bringen, was aber nicht gelingt – die Interpretation des Mehrdeutigen wird dann zwar einfacher aber gegebenenfalls falsch. Unsicherheit und Mehrdeutigkeit sind eben oft nur schwer auszuhalten.

**Verschwörungsideologen können viele andere verunsichern und werden medial oft als psychisch krank bezeichnet. Das ist eine Stigmatisierung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen. Wie können sie davor geschützt werden?**

Wir alle sind zu Perspektivübernahmen und zum Bemühen um das Verständnis anderer Erfahrungen und deren Interpretation aufgerufen, auch wenn das immer wieder schwerfallen kann. Klinisch geht es oft darum, ob wahnhafte Erklärungen eigene psychotische Erfahrungen erklären, also etwa akustische Halluzinationen oder als von außen gesteuert erlebte Gedanken, oder ob sie sich inhaltlich im politischen Rahmen bewegen und – ganz entscheidend – Mitmenschen abwerten oder deren Menschlichkeit sogar verleugnen. Letzteres ist immer gefährlich.

\* Schmack K et al. (2013) Delusions and the role of beliefs in perceptual inference. *JNeurosci* 33(34): 13701–13712

# merk-würdig

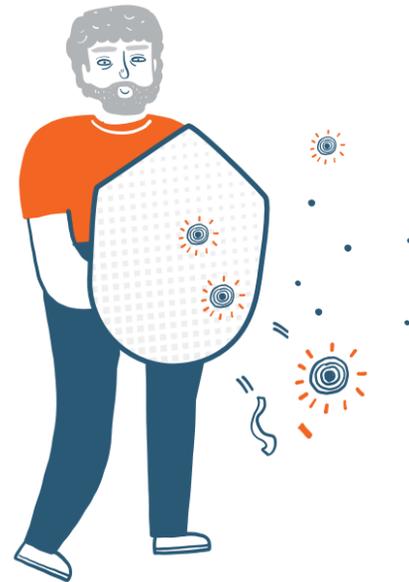
*Psyche im Fokus* präsentiert Studienergebnisse, die ganz sicher im Gedächtnis bleiben.



## Video beweist sich

Eine aktuelle Studie untersucht die Akzeptanz und Nutzung der Videosprechstunde unter Medizinern. Es zeigt sich, dass die Corona-Pandemie zu einem starken Nutzeranstieg geführt hat. So bieten über 60 % der Befragten Videosprechstunden an bzw. beabsichtigen dies kurzfristig zu tun. Die deutlich überwiegende Mehrheit gibt an, diese Möglichkeit erst seit dem Jahr 2020 zu nutzen. Mit 86 % ist der Anteil der Nutzer bei den psychiatrisch-psychotherapeutisch Tätigen besonders hoch. Im Vergleich zu anderen Fachärzten und Allgemeinmedizinern ist das nahezu das Doppelte. Bemerkenswert ist zudem, dass ein Großteil der Ärzte davon ausgeht, dass auch nach der Pandemie die Videosprechstunde mehr genutzt werden wird als zuvor.

Quelle: Obermann K et al. (2020) Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2020: Ärztliche Arbeit und Nutzung von Videosprechstunden während der COVID-19-Pandemie. Eine gemeinsame repräsentative deutschlandweite Befragung ambulant tätiger Ärztinnen und Ärzte durch die Stiftung Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem health innovation hub



## Doppelt gut

Eine Metaanalyse aus 56 Studien mit über 4000 Teilnehmern kann den positiven Einfluss psychosozialer Interventionen auf das Immunsystem belegen. Gleichzeitig zeigt sich ein Rückgang schädlicher Immunfunktionen. Die Effekte sind zudem nachhaltig, sie hielten im Schnitt mindestens sechs Monate an. Insbesondere wurde dieser Zusammenhang in Studien zur Kognitiven Verhaltenstherapie mit multiplen, kombinierten Interventionen und Studien zu entzündungsfördernden Zytokinen festgestellt. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass psychosoziale Interventionen eine gute Strategie zur Verbesserung der immunspezifischen Gesundheit darstellen. Dies ist insofern relevant, da 50 % aller Sterbefälle weltweit auf entzündungsbedingte Krankheiten zurückzuführen sind.

Quelle: Shields GS, Spahr CM, Slavich GM (2020) Psychosocial Interventions and Immune System Function. A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *JAMA Psychiatry* doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.0431



## Besser früh als spät

2000 Kinder und Jugendliche wurden in einer internationalen, multizentrischen Studie genetisch untersucht sowie mittels Fragebögen und Interviews befragt. Durch die Erstellung eines spezifischen Genprofils und das Wissen um Missbrauchserfahrungen konnten die Forscher Vorhersagen zu Depressionsrisiko, Erkrankungsbeginn und Schweregrad treffen. Basierend auf den Erkenntnissen zu genetischen Ursachen der Depression bei Erwachsenen zeigt die Studie sowohl in klinischen als auch in epidemiologischen Stichproben, dass sich das Risikoprofil der Kinder und Jugendlichen auf Symptomatik und Diagnose auswirkt. Die Ergebnisse stellen einen wichtigen Baustein in der Ursachenforschung zur Depression bei Kindern dar und können dazu beitragen, wirksame Präventionsstrategien zu entwickeln.

Quelle: Halldorsdottir T et al. (2019) Polygenic Risk: Predicting Depression Outcomes in Clinical and Epidemiological Cohorts of Youths. *Am. J. Psychiatry* doi: 10.1176/appi.ajp.2019.18091014



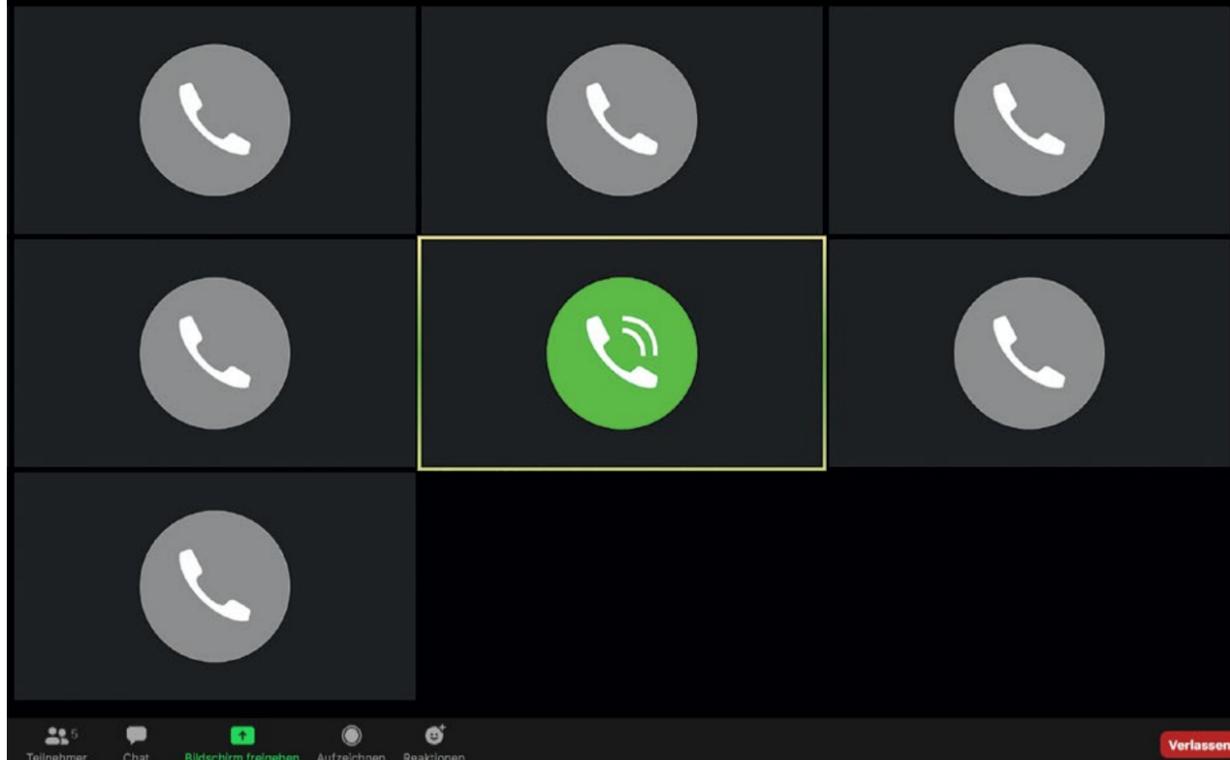
## Gehirnjogging

Forscher der *University of Calgary* bestätigen den positiven Einfluss von körperlicher Aktivität auf die Hirnleistung bei älteren Menschen. 266 Personen, durchschnittlich 66 Jahre alt ohne relevante Vorerkrankungen, absolvierten in einem halben Jahr mehrmals körperliche sowie Denk- und Gedächtnistests. Begleitend wurde per Ultraschall der Blutfluss im Gehirn gemessen. Das Training fand an drei Tagen pro Woche statt, die Intensität steigerte sich dabei von anfangs 20 auf 40 Minuten pro Tag. Nach Abschluss der Trainings zeigte sich u. a. eine Verbesserung der geistigen Flexibilität und der Sprechfertigkeit bei den Probanden. Zudem war ein gesteigerter Blutfluss zum Gehirn messbar.

Quelle: Guadagni V et al. (2020) Aerobic Exercise Improves Cognition and Cerebrovascular Regulation in Older Adults. *Neurology* 26;94(21):e2245-e2257

## Unter vier Augen

# Die Video- sprech- stunde



Dieses besondere Jahr hat Deutschland einen regelrechten Digitalisierungsschub beschert. Per Videotelefonie haben die Vorstandsmitglieder Iris Hauth und Steffi Riedel-Heller über E-Mental-Health-Anwendungen gesprochen. Die beiden Expertinnen wissen, was sich hinter den Kulissen und vor den Bildschirmen alles tut.

**SRH:** Die aktuelle Situation trifft ja die psychiatrischen Kliniken ganz direkt. Iris, du bist ärztliche Direktorin des Alexianer St. Joseph Krankenhauses. Welche Veränderungen und technischen Entwicklungen haben bei dir in der Klinik Einzug gehalten, seitdem persönliche Kontakte reduziert werden mussten?

**IH:** In Folge der Corona-Eindämmungsverordnung des Berliner Senats mussten wir vorrangig drei unserer vier Tageskliniken schließen, da wir die Abstandsregeln dort nicht gewährleisten konnten. Ebenso betroffen war die Versorgung unserer Patienten in unserer Institutsambulanz und dem Medizinischen Versorgungszentrum. Wir haben dann innerhalb einer Woche das fast Unmögliche möglich gemacht und sowohl das MVZ als auch die Institutsambulanz mit iPads ausgestattet, damit wir eine zertifizierte Videosprechstunde anbieten konnten. Hierbei fand ich sehr spannend, dass bestimmte Patienten sehr gern davon Gebrauch machten. Aber wir haben auch Patienten, gerade in der Institutsambulanz, die nicht so digitalaffin sind oder schlichtweg nicht über die notwendige Ausstattung verfügen. Deshalb mussten wir parallel auch eine Telefonsprechstunde anbieten. Und bei den Patienten, die aus den Tageskliniken entlassen wurden und sich eigentlich in noch keinem guten Zustand befanden, haben wir – es wird dir bekannt vorkommen – auf *moodgym* für die digitale Depressionsbehandlung zurückgegriffen, begleitet durch Telefonkontakt mit dem Therapeuten. Das war eine ziemlich abrupte Aktion und auch technisch konnten wir alles recht schnell implementieren, was mich sehr erstaunt hat. Denn im Vorfeld wurden solche Dinge wie Videosprechstunde bei den Ärzten und Psychologen eher ambivalent gesehen. Aber Not macht erfinderisch und am Ende waren alle froh, dass sie darauf zurückgreifen konnten.

**SRH:** Im Prinzip hast du ja auch schon früher solche Entwicklungen angestrebt. Und nun hört es sich ganz so an, als ob die Krise das beschleunigt hat ...

**IH:** Absolut. Vor allem die Neugier und Bereitschaft, sich darauf einzulassen, ist gestiegen. Ich habe das Thema „Internetbasierte Interventionen“ schon in der Vergangenheit angestoßen. Zunächst gab es sehr große Vorbehalte, dergestalt, dass die Behandlung psychisch erkrankter Menschen nicht ohne eine persönliche Beziehung – also face-to-face – geht. Es hat sich nun gezeigt, dass das durchaus möglich ist. Zumindest bei Patienten, mit denen bereits eine stabile Beziehung aufgebaut ist. Bei Patienten, die gerade am Anfang der Therapie stehen, ist es schwieriger, auch im Sinne der ganzheitlichen Diagnostik. Die ist natürlich in der Videosprechstunde, per Telefon oder Chat sehr eingeschränkt. Also hat sich erneut bestätigt, was wir in der Task-Force schon lange vermutet haben: Die Erstdiagnostik und Kontaktaufnahme sollte in jedem Fall face-to-face stattfinden. Bei Patienten, die sich darauf einlassen können und auch technisch entsprechend ausgestattet sind, kann die Kommunikation via Chat, Video oder Telefonat durchaus sinnvoll sein. Auch die Kombination aus internetbasierten Interventionen und regelmäßigen Kontakten stellt eine gute Möglichkeit der Behandlung dar.

**SHR:** Das klingt jetzt so, als hätte sich das neue digitale Angebot bewährt und wird in deiner Klinik auch weiterhin zumindest teilweise bestehen bleiben.

**IH:** Patienten kommen jetzt wieder zu Einzelgesprächen. Viele sind auch sehr froh, dass sie ihren Therapeuten live wiedersehen. Aber es gibt natürlich auch Patienten, die sehr beschäftigt sind oder die einen längeren Anfahrtsweg ha-

ben. Ich bin mir daher sicher, dass wir die Videosprechstunde auch in Zukunft fortsetzen. Was ich auf jeden Fall festgestellt habe, ist, dass die Corona-Krise die Bereitschaft, sich auf internetbasierte Verfahren einzulassen, befördert hat. Das heißt, wir werden zusammen mit unseren ärztlichen und psychologischen Kollegen, die in der Ambulanz und in der Tagesklinik arbeiten, schauen, dass wir internetbasierte Interventionen über *moodgym* hinaus im nächsten Jahr bei uns etablieren. Es ist eine Motivation entstanden, sich damit zu beschäftigen. Und das, glaube ich, ist die positive Entwicklung in der Corona-Krise.

**SRH:** Gibt es trotz all der positiven Entwicklungen auch Patienten, die skeptisch gegenüber oder überfordert sind mit den digitalen Möglichkeiten?

**IH:** Es gibt auch Patienten, die authentische therapeutische Beziehungen benötigen. Daher ist es wichtig, im Einzelfall abzuwägen, wie der individuelle Bedarf ist.

Steffi, du als Psychiaterin und Direktorin am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health hast eine Arbeitsgruppe für Versorgungsforschung. Ihr befasst euch schon seit längerem mit E-Mental-Health und habt das australische Programm *moodgym* ins Deutsche übersetzt. Was habt ihr in Bezug auf den derzeitigen Digitalisierungsschub beobachtet?

**SRH:** Für mich ist es gerade tatsächlich eine interessante Zeit. All die Möglichkeiten, die wir jetzt nutzen – zum Beispiel Videobehandlungen im Rahmen von Psychotherapie –, gibt es seit Herbst 2019. Jeder fünfte Patient konnte bereits vor Corona auf diesem Weg behandelt werden, also 20%. Die Möglichkeit war da, aber wurde nur im Ausnahmefall genutzt. Jetzt ist der Startschuss erst richtig gefallen – der Ausnahmefall wurde zum Regelfall. Bisher gibt es noch nicht viele Statistiken dazu, aber wir wissen, dass in manchen Gebieten – zum Beispiel in Rheinland-Pfalz – zwei Drittel der Psychotherapie via Videosprechstunde läuft, auch im ambulanten Bereich. Eine Befragung von niedergelassenen Psychiatern und Neurologen ergab, dass in den Praxen Anfang April der Anteil an Videosprechstunden schon über 30% betrug. Das fand ich erstaunlich, weil das ein Bereich ist, in dem neue Entwicklungen tendenziell später ankommen. Auch seitens der Gesundheitspolitik wurde in dieser Situation schnell reagiert. Daher stimme ich dir zu, dass einige Neuerungen im Standard-Portfolio bleiben werden. Es ist ein bisschen Learning by Doing. Auch in un-



seren Projekten haben wir gesehen: Bei vielen Patienten funktioniert es gut – insbesondere bei bereits bekannten Patienten. Bei manchen funktioniert es gar nicht. Es gibt viele positive Seiten, problematisch sind natürlich Technik und Setup, und die nonverbale Kommunikation ist schwierig. Manche Übungen laufen nicht so gut, andere hingegen kann man mit so einem Medium exzellent machen. Diese Chancen, denke ich, werden zunehmend genutzt werden. Und ich denke, dass jetzt auch die Bereitschaft da ist, den Nutzen zu sehen.

**IH:** Was sagst du Kritikern, die bestimmte Patientengruppen von diesen technischen und digitalen Möglichkeiten ausgeschlossen sehen?

**SRH:** Man kann das in die Richtung „Zwei-Klassen-Medizin“ diskutieren, man kann es aber auch anders betrachten. Lass es mich so sagen: Wir in der Psychiatrie arbeiten ja personenzentriert, das heißt also ausgehend von den Wünschen der Person, ihren Möglichkeiten und Ressourcen.

Online-Kontakte kommen für Personen infrage, die das möchten, bei denen die Erkrankung es zulässt und die technisch gut ausgestattet sind. Ein Mix aus online und offline ist hingegen für Personen sinnvoll, die Haltekontakte haben. Und schließlich gibt es auch Personen, die zwingend und ausschließlich auf den persönlichen Kontakt angewiesen sind. Es gibt ein großes Spektrum. Da möchte ich gern den Punkt setzen und sagen: Nicht zu jedem passt alles und nicht jeder braucht alles.

**IH:** Das ist auch die Rückmeldung unserer Therapeuten: Wenn es gelingt, Patienten an internetbasierte Psychotherapie-Programme heranzuführen, fördern wir im Nebeneffekt auch seine Selbstständigkeit. Die braucht er nämlich, wenn er ein Programm durcharbeiten und dranbleiben will und am Ende der Woche mit seinem Therapeuten telefoniert. Das halte ich für einen guten Effekt, im Sinne der Förderung der Selbstwirksamkeit. Das andere ist: Wir wollen Patienten ja auch in ihrer Teilhabefähigkeit unterstützen. Dazu gehört heute auch, sie an Digitalisierung heranzuführen. Wenn man so will „Digitale Teilhabe“ als therapeutischer Baustein. Patienten werden gemeinsam am Computer in der Klinik angeleitet und bekommen dann kleine Aufgaben für zu Hause mit. Das ist, glaube ich, ein Aspekt, den wir im Sinne der personenzentrierten Therapieplanung auch mit bedenken sollten.

**SRH:** Ich finde es gut, wenn Patienten Online-Programme auch präventiv nutzen. Das ist eine Art von Empowerment, aus meiner Sicht. Aber, was du angesprochen hast, ist noch ein anderer Aspekt. In der Forschung spricht man von „digitaler Gesundheitskompetenz“. Wenn Patienten hier gefördert werden, werden sie einen großen Nutzen daraus ziehen. Trotzdem müssen wir festhalten, dass die persönliche Behandlung natürlich niemals überflüssig wird.

**IH:** Ja, bei aller Begeisterung und allen Vorteilen – man kann viel mehr Menschen erreichen, man erreicht vielleicht auch die, die bisher noch Ängste hatten, Psychiater und Psychotherapeuten aufzusuchen, man kann Wartezeiten verkürzen – aber man muss auch die andere Seite beleuchten. Was sind, gesellschaftlich betrachtet, Nebenwirkungen und Risiken? Wenn immer mehr Menschen den Kontakt zur Außenwelt nur noch via Internet und Video aufrechterhalten, droht dann nicht Vereinsamung? Und wie wird das die Beziehung zum Therapeuten verändern? Oder aber auch, wie eingangs schon angesprochen: Wird die Digitalisierung, wenn wir sie weiter vorantreiben, nicht auch bestimmte

Gruppen ausschließen? Wichtige ethische Aspekte, die nicht vernachlässigt werden dürfen.

**SRH:** Richtig. Es zeichnet sich aus meiner Sicht schon jetzt ab, dass wir einen Mix haben werden. Die persönliche Beziehung ist die Basis. Wir werden auch weiterhin neue Patienten immer sehen. Die digitalen Möglichkeiten werden das Gesamtpaket besser machen, aber kein Ersatz sein.

**IH:** Genau. Auf die Dauer ist das ein gutes Add-on. Damit wird die Zeit, die man für den Patienten hat, konfliktzentrierter. Das heißt, man kann sich intensiver auf die Punkte konzentrieren, die face-to-face besser zu besprechen sind.



Aber ich würde dich gerne noch fragen, auch im Sinne der Versorgungsforschung: Habt ihr einen Überblick, ob es neben der Videotherapie auch einen Push in Richtung internetbasierte Intervention gegeben hat, verhaltenstherapeutisch fundiert?

**SRH:** Uns liegen aktuell noch keine konkreten Zahlen vor, sondern nur Rückmeldungen von Nutzern. Das Verhältnis ist „normalerweise“ so, dass 70% Frauen, 30% Männer die Anwendungen nutzen. Die meisten sind zwischen 35 und 54 Jahren, die anderen 20 bis 34. Das ist hochinteressant: Es sind also nicht die ganz jungen, die Online-Therapien nutzen, sondern die größte Gruppe sind die 35- bis 54-Jährigen. Wir konnten beobachten, dass natürlich sowohl die Pandemie als auch die Maßnahmen des Gesundheitsschutzes, die mit Isolation einhergingen, psychosoziale Belastungen für die Bevölkerung zur Folge hatten. Während das Pandemie-Management sich vor allem darauf fokussierte, Infektionsketten zu unterbrechen und entsprechende Kapazitäten auf Intensivstationen zu schaffen, rückte der Bereich Public-Mental-Health erst viel später ins Blickfeld. Die psychische Verfassung der Gesamtbevölkerung und die der Menschen mit psychischen Erkrankungen während der Pandemie muss jedoch sofort im Krisenmanagement mitgedacht werden. Weil Menschen, die schon einmal psychisch krank waren, ein höheres Risiko haben, durch besondere Umstände wieder zu dekompensieren – das ist auch aus früheren SARS-Ausbrüchen erwiesen. Aus meiner Sicht spielen gut untersuchte und frei zugängliche onlinebasierte Selbstmanagement-Programme gerade in einer Pandemie eine große Rolle.

**IH:** Das fand ich auch sehr spannend: Anfangs ging es der Regierung und allen Verantwortlichen in der Tat nur um die Eindämmung der Infektionen und so nach drei, vier Wochen bekamen die Folgen der sozialen Isolation immer mehr Aufmerksamkeit. Das war auch hier in Berlin sehr deutlich. Es kamen mehr Patienten, die unter der sozialen Isolation litten – insbesondere auch weil ambulante Einrichtungen wie Eingliederungshilfen, Werkstätten, Kontakt- und Beratungsstellen geschlossen hatten. Wir haben deswegen eine Hotline eingerichtet. Viele Fragen gingen in Richtung „Wie kann ich mich seelisch gesund halten? Wie kann ich mich entlasten im Hinblick auf die Corona-Situation, auf die Angst vor der Erkrankung, auf das Home-schooling? Das spiegelt also genau das wider, was du gesagt hast: Pandemiepläne müssen auch Maßnahmen zum Erhalt der seelischen Gesundheit beinhalten – für die Allge-

meinbevölkerung, für die schon psychisch Kranken, aber auch für die Ärzte und Schwestern, die zum Beispiel auf Intensivstationen mit COVID-19 arbeiten. Und auch für die, die direkt betroffen sind. Auch da gab es Patienten in der Telefonberatung, die einen Verdacht auf COVID-19 hatten und deshalb in einer extremen Stresssituation waren. Auch hier können Online-Angebote helfen. Es hat mehrere Start-ups gegeben, die relativ schnell Plattformen arrangiert haben, mit Ratschlägen und mit Achtsamkeitsübungen, um sich auch in der Pandemie psychisch ausbalanciert zu halten.

**SRH:** Und das sind letztlich Aspekte der Daseinsvorsorge, wo die öffentliche Hand besser vorbereitet sein muss. Da können wir auch als DGPPN gut unterstützen.

**IH:** Ja. Wenn die Prognose der Wirtschaftsexperten so eintritt, dass weitere einschneidende ökonomische Folgen anstehen im Sinne von Insolvenzen, noch längerer Kurzarbeit, Schließung von Betrieben, ein Aussterben des Kultursektors ... dann muss auch mit psychischen Folgen gerechnet werden. Aus früheren Krisensituationen wissen wir, dass im Nachgang vermehrt Depressionen, Angststörungen und Suizidgefährdung auftreten. Auch das sollten wir als Experten im Blick haben und auch schauen, was es da für digitale Angebote und Beratung geben kann.

Ende letzten Jahres ist das Digitale-Versorgung-Gesetz verabschiedet worden, das die gesetzliche Grundlage für die Digitalisierung in der medizinischen Versorgung ist. Was hältst du davon?

**SRH:** Ich denke, dass die Regelungen für einen sicheren Datenschutz zentral sind. Grundsätzlich ist es ein Schritt in die richtige Richtung – keine Frage. Es wird dazu beitragen, dass E-Health-Angebote in der Versorgung ankommen. Was mir noch Bauchschmerzen bereitet, sind die nicht ausreichenden Evidenzanforderungen für Programme, die in die Breite gehen. Es werden zwar vergleichende Studien gefordert, aber der Goldstandard, um eine Intervention und deren Wirksamkeit zu belegen, ist eine randomisierte, kontrollierte Studie (RCT). Da hätte ich mir mehr wissenschaftliche Genauigkeit und Strenge gewünscht, was den Nachweis der Evidenz angeht.

**IH:** Wir hatten in unserer Task-Force Qualitätskriterien entwickelt und natürlich versucht, diese in den Gesetzgebungsprozess einzubringen. Da ging es einerseits um Datensicher-

heit, aber auch um Patientensicherheit. Was passiert, wenn ein Patient eine Intervention macht und suizidal wird? Wie reagiert das Programm, gibt es da eine Rückmeldung? Bei allen internetbasierten Interventionen für Menschen mit psychischen Erkrankungen, die eine vulnerable Gruppe sind, ist die einhellige Meinung, dass ein Wirksamkeitsnachweis zwingend erforderlich sein sollte. Bei anderen Maßnahmen wie Psychotherapie oder bei Medikamenten ist das genauso. Zumal wenn die Zulassung über das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) erfolgt, ist das eine Grundvoraussetzung. Wir hatten in unserer Task-Force gesagt: mindestens eine Studie, randomisiert und kontrolliert.

**SRH:** Absolut! Leider ist diese klare Forderung von uns in der aktuellen Gesetzgebung nicht umgesetzt worden ...

**IH:** Eine positive Folge des BfArM-Registers wird sein, dass die Krankenkassen für dort zugelassene Internetprogramme die Kosten für die Lizenzen übernehmen. Derzeit können das bis zu 200 Euro sein, die ein Patient selbst tragen muss. Die Kostenübernahme wäre ein wichtiger Schritt in Richtung flächendeckender Versorgung.

**SRH:** Diese Programme sind natürlich skalierbar. Wenn sie einmal da sind, können sie für sehr viele Menschen zur Verfügung stehen. Das spricht für eine Reduktion der Kosten. Und es gibt auch gut untersuchte kostenfreie Angebote. Ein anderer grundlegender Punkt ist das Wissen um die Möglichkeiten. Daher ist es wichtig, dass wir in der Task-Force jetzt den nächsten Schritt gehen und ein Curriculum festzurren, das eine Weiterbildung für Behandler ermöglicht.

**IH:** Wir haben dazu unlängst mit Psychotherapie-Ausbildungsinstituten gesprochen und sind auf großes Interesse gestoßen. Es gibt ja nicht nur die technische Seite, sondern die Frage ist auch: Wie integriert man das in die psychotherapeutische Praxis? Wie verändert sich Beziehung? Wie verändert sich auch die Supervision? Wie supervidiert man internetbasierte Psychotherapien, die ja einerseits Patienten allein machen, aber eben begleitet? Studien zeigen, dass die Begleiteten wirksamer sind und dass es hier auch weniger Abbruchraten gibt. Das Ziel sollte also sein, möglichst begleitete internetbasierte Interventionen anzubieten. Und da ist es von großer Bedeutung, dass die Ärzte und Psychotherapeuten wissen, wie sie diese neuen Techniken in den Behandlungsalltag integrieren können.

**SRH:** Ganz richtig. Im Dschungel der Möglichkeiten klar zu sehen, was es gibt und was sinnvoll ist, ist schon eine Aufgabe für sich. Fest steht, dass wir dringend Weiterbildung auf dem Gebiet brauchen und dass der DGPPN hier wirklich eine Vorreiterrolle zukommt. Das Thema sollten wir nicht den Firmen überlassen, die einzelne Produkte entwickeln.



**Dr. med. Iris Hauth**  
ist Ärztliche Direktorin des Alexianer St. Joseph-Krankenhauses in Berlin-Weißensee und DGPPN-Vorstandsmitglied. Sie hat 2015 die Task-Force der DGPPN und DGPs zu E-Mental-Health ins Leben gerufen.

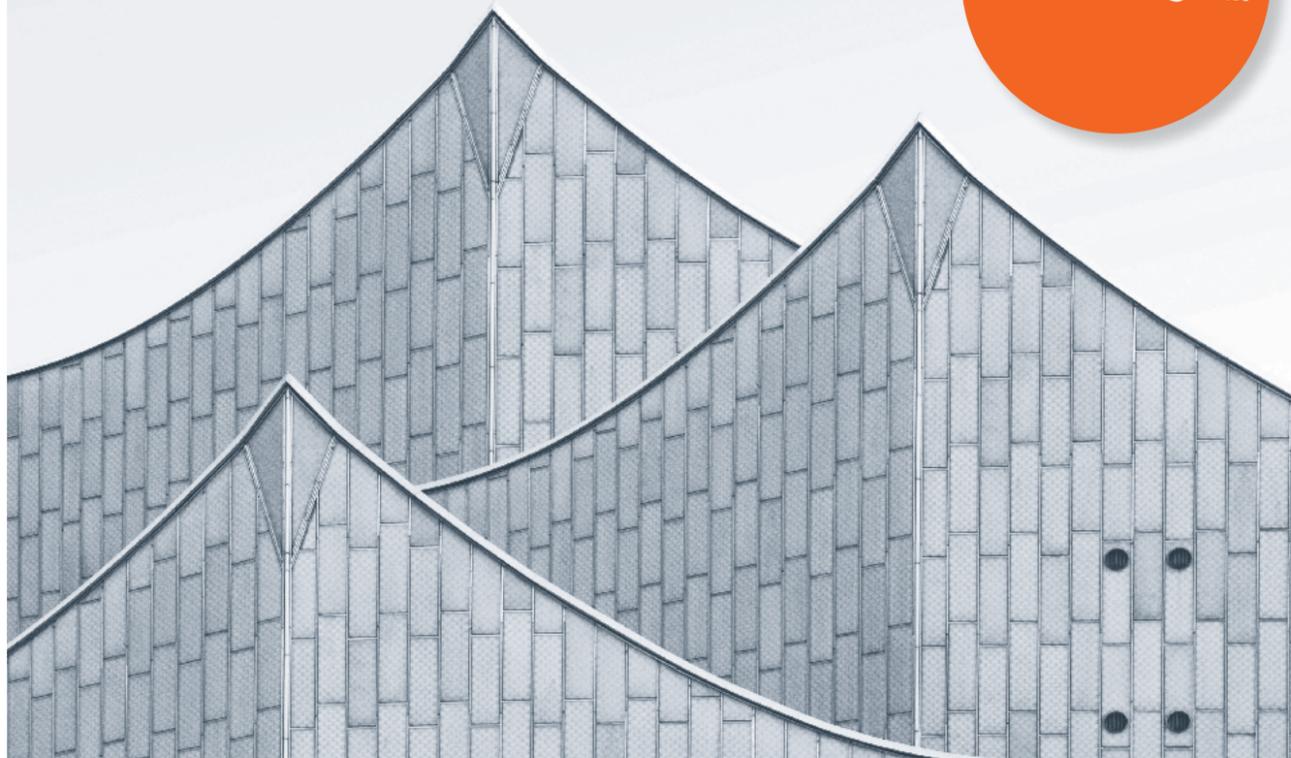


**Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller**  
leitet das Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health am Universitätsklinikum Leipzig. Sie ist seit 2012 Mitglied im Vorstand der DGPPN und Gründungsmitglied der Task-Force E-Mental-Health.

# DGPPN Kongress

26.–28.11.2020

diesmal digital



## Virtuell, kompakt, interaktiv

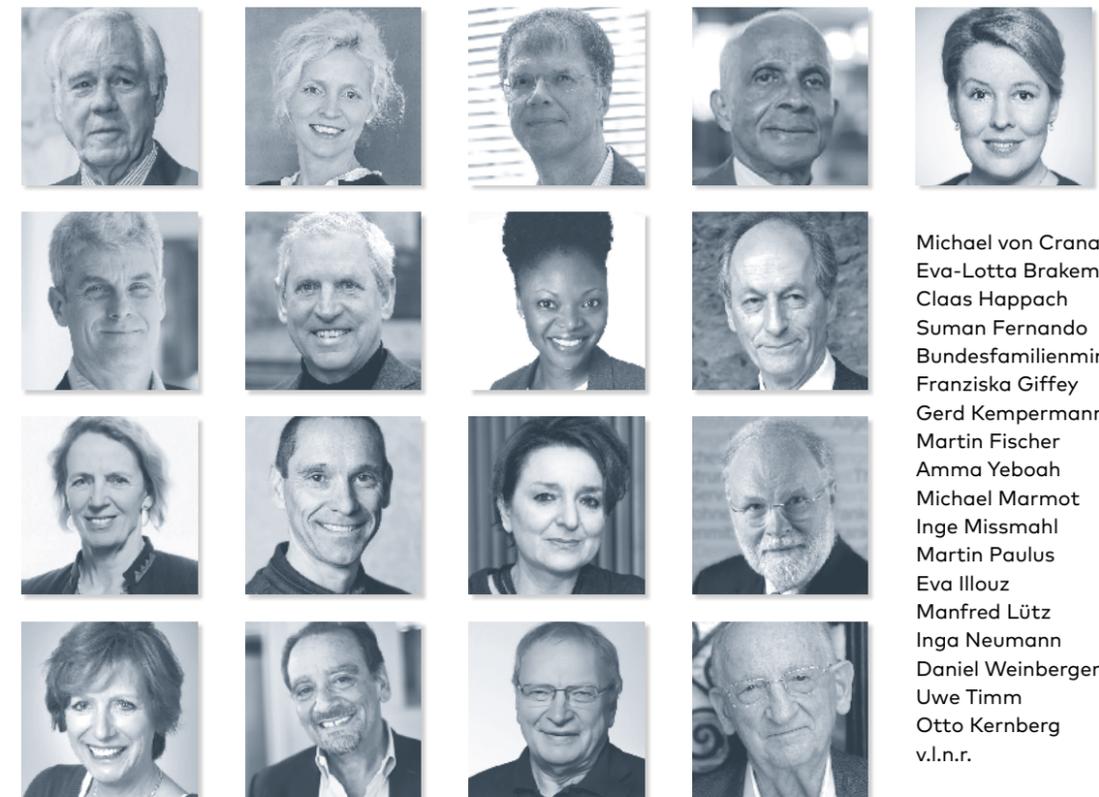
Der DGPPN Kongress in digitaler Form bietet vom 26. bis 28. November 2020 für angemeldete Teilnehmer auf dem Kongressportal ein wissenschaftliches Programm der Extraklasse mit über 200 Sessions. Ein neues Konzept mit kompakteren Veranstaltungen trägt den Regeln der Onlinewelt Rechnung und ermöglicht es, auch online diese große Anzahl von Veranstaltungen anzubieten, damit die thematische Vielfalt gewohnt breit bleibt. Reguläre Symposien sind daher in diesem Jahr auf eine Dauer von 60 Minuten angelegt. Angemeldeten Teilnehmern stehen nach erfolgreichem Log-in auf der Kongresswebsite verschiedene Kanäle zur Auswahl, in denen die Symposien, Lectures, Diskussionsforen, State-of-the-Art- und Präsidentsymposien ausgestrahlt werden – ähnlich wie beim TV-Programm.

Während die jeweilige Veranstaltung läuft, stehen die Referenten im Nachgang des Vortrags zur Live-Interaktion zur Verfügung.

Die State-of-the-Art-Symposien als Herzstück des Kongresses werden zusätzlich auch über den Kongresszeitraum hinaus als Video-on-Demand online zum Abruf bereitgestellt. Das heißt, die Vortragsvideos sind zeitlich flexibel abrufbar und werden von der Ärztekammer Berlin separat bepunktet. Die Regularien sehen für die Sammlung der Fortbildungspunkte bei diesem Format vor, eine Lernerfolgskontrolle (LEK) in Form von Fragen zu absolvieren. Wer am Online-Kongress teilnimmt und zusätzlich das Video-on-Demand-Angebot mit bestandener LEK nutzt, kann über 80 CME-Punkte sammeln!

## Keynotes, die inspirieren

Der Kongress wartet auch in diesem Jahr mit einigen Highlights auf. Spannende Persönlichkeiten aus Politik, Wissenschaft und Gesellschaft sind auch beim digitalen Kongress dabei.



Michael von Cranach  
Eva-Lotta Brakemeier  
Claas Happach  
Suman Fernando  
Bundesfamilienministerin  
Franziska Giffey  
Gerd Kempermann  
Martin Fischer  
Amma Yeboah  
Michael Marmot  
Inge Missmahl  
Martin Paulus  
Eva Illouz  
Manfred Lütz  
Inga Neumann  
Daniel Weinberger  
Uwe Timm  
Otto Kernberg  
v.l.n.r.

## Highlights aus dem Programm

### STATE-OF-THE-ART-SYMPOSIEN

#### ■ Absetzen von Psychopharmaka

Referenten: Gerhard Gründer, Tom Bschor

#### ■ ADHS in der Lebensspanne

Referenten: Marcel Romanos, Alexandra Philippen

#### ■ Alkoholabhängigkeit

Referenten: Andreas Heinz, Falk Kiefer

#### ■ Angststörungen

Referenten: Katharina Domschke, Jürgen Hoyer

#### ■ Ätiologie und Behandlung der Persönlichkeitsstörungen

Referenten: Sabine C. Herpertz, Peter Fiedler

#### ■ Autismus-Spektrum-Störungen über die Lebensspanne

Referenten: Inge Kamp-Becker, Kai Vogetley

#### ■ Borderline-Persönlichkeitsstörungen

Referenten: Martin Bohus, Klaus Lieb

#### ■ Persistierende und therapieresistente Depression

Referenten: Elisabeth Schramm, Mazda Adli

#### ■ Demenzen

Referenten: Frank Jessen, Lutz Frölich

#### ■ Die Psychotherapie der Psychosen

Referenten: Stefan Klingberg, Andreas Bechdorf

#### ■ Dissoziative Störungen

Referenten: Carsten Spitzer, Kathleen Priebe

#### ■ Gerontopsychiatrie: Depression und Delir

Referenten: Vjera Holthoff-Detto, Michael Hüll

#### ■ Internetbasierte Interventionen für psychische Störungen

Referenten: Jan Philipp Klein, Christine Knaevelsrud

#### ■ Management von Neben- und Wechselwirkungen der Psychopharmakotherapie

Referenten: Christoph Hiemke, Michael Paulzen

#### ■ Neuromodulationsverfahren in der Psychiatrie

Referenten: Michael Grözinger, Christian Plewnia

#### ■ Organische Ursachen psychotischer Störungen

Referenten: Ludger Tebartz van Elst, Peter Falkai

#### ■ Sexuelle Störungen

Referenten: Michael M. Berner, Peer Briken

#### ■ Tabakabhängigkeit

Referenten: Anil Batra, Tobias Rütger

#### ■ Tic-Störungen

Referenten: Kirsten Müller-Vahl, Irene Neuner

#### ■ Therapie im Maßregelvollzug

Referenten: Beate Eusterschulte, Birgit von Hecker

#### ■ Verhaltensabhängigkeiten

Referenten: Tagrid Leménager, Astrid Müller

#### ■ Zwangsstörungen

Referenten: Ulrich Voderholzer, Fritz Hohagen

### SYMPOSIEN

#### ■ Woran orientieren sich psychiatrische Therapien: Syndrom, Diagnose, Dysfunktion?

Vorsitz: Michael Grözinger, Andreas Conca

Referenten: Henning Saß, Gerhard Gründer, Sabine C. Herpertz, Andreas J. Fallgatter

#### ■ Psychotherapie – wichtige Herausforderungen für die Zukunft

Vorsitz: Ulrich Voderholzer, Bernhard Strauss

Referenten: Winfried Rief, Bernhard Strauss, U. Voderholzer

#### ■ Traumata in der Kindheit: Spezifika von Psychopathologie und Neurobiologie in Adoleszenz und Erwachsenenalter

Vorsitz: Sabine C. Herpertz, Christine Heim

Referenten: Sara Schmitz, Katja Seitz, Andrea Knop, Vanessa Reindl

#### ■ Soziale Inklusion schwer psychisch kranker Menschen: aktuelle Bestandsaufnahme und Perspektiven

Vorsitz: Uta Gühne, Markus Kösters

Referenten: Dirk Richter, Uta Gühne, Johanna Breilmann, Stefan Weinmann

#### ■ Das Plattform-Modell – am Bedarf des Patienten orientierte Personalbemessung

Vorsitz: Peter Brückner-Bozetti, Iris Hauth

Referenten: Peter Brückner-Bozetti, Arno Deister, Meinolf Noeker

#### ■ Implementierung der S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang

Vorsitz: Tilman Steinert, Lieselotte Mahler

Referenten: Angelika Vandamme, Tilman Steinert, Sophie Hirsch, Andreas Bechdorf

#### ■ Severe und Enduring Anorexia Nervosa

Vorsitz: Anna Westermair, Ulrich Voderholzer

Referenten: Martina de Zwaan, Ulrich Voderholzer, Anna Westermair

## GENERATION PSY Auszug aus dem Nachwuchsprogramm

#### ■ Meet-the-Expert: Harald Dreßing Stalking

#### ■ Meet-the-Expert: Georgia Koppe Computational Psychiatry

#### ■ Lecture: Bipolare Störung Martin Schäfer

#### ■ Lecture: Grundlagen der Kreativität Rainer M. Holm-Hadulla

#### ■ Lecture: Messie-Syndrom Ulrich Voderholzer

#### ■ Symposium: Einblicke in die klinische Arbeit der forensischen Psychiatrie

Vorsitz: Jakob Gather, Jan Engelmann

Referenten: Wolfgang Retz, Birgit Völlm, Jürgen L. Müller

#### ■ Symposium: Wahn – was ist das eigentlich genau, wie erkenne ich ihn und wie kann ich damit umgehen?

Vorsitz: Berend Malchow, Hanna Högenauer

Referenten: Thomas Fuchs, Achim Haug, Rolf Dieter Stieglitz, Anke Maatz

#### ■ Symposium: Humanitäre Arbeit in der Psychiatrie

Vorsitz: Jan Reuter, Marion Aichberger

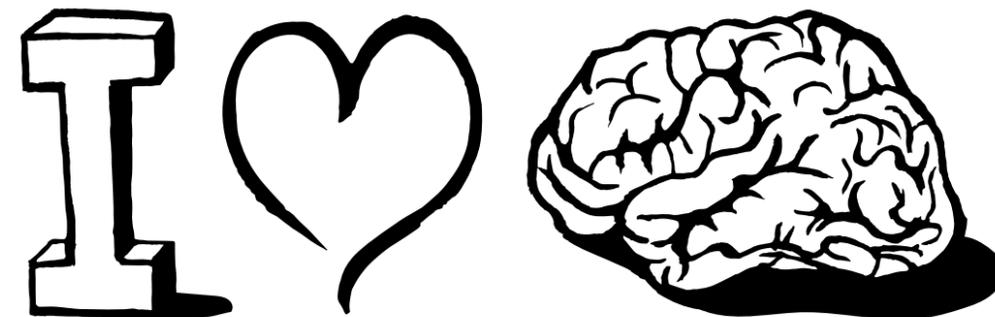
Referenten: Ulrike Kluge, Jan Reuter, Uwe Denker

### Gut zu wissen

Der detaillierte Programmplan mit allen Sendezeiten ist bei Erscheinen der *Psyche im Fokus* bereits online einsehbar. Die Kongressgebühren betragen in allen Kategorien 50% der ursprünglich veranschlagten Frühbucherrate. Die gesamte Gebührenliste sowie alle Informationen zur Registrierung sind auf [www.dgppnkongress.de](http://www.dgppnkongress.de) veröffentlicht. Die Anmeldung zum Kongress ist sowohl jetzt als auch während der Kongresstage kurzfristig möglich. Mit der Registrierung wird eine individuelle Buchungsnummer generiert, die für den Log-in an den Kongresstagen erforderlich ist.

Die Übertragung des Programms ins Virtuelle hat ein paar Veränderungen mit sich gebracht: Freie Vorträge und Workshops wird es in diesem Jahr nicht geben können; das E-Poster-Programm ist dagegen erweitert. Die E-Poster werden auf dem Kongressportal thematisch geordnet abrufbar sein. Die Verleihungen der DGPPN-Preise, die üblicherweise auf dem Kongress stattfinden, werden aufs nächste Jahr verschoben, um den Preisträgern den verdienten feierlichen Rahmen bieten zu können. Die DGPPN-Mitgliederversammlung findet am 24. November in Berlin statt. Nähere Informationen sind der Einladung zu entnehmen.

Das gesamte  
Programm auf einen Blick  
[www.dgppnkongress.de](http://www.dgppnkongress.de)



## Besondere Zeiten, besondere Themen

Im Mittelpunkt des wissenschaftlichen Programms stehen wie immer brandaktuelle Themen. Das Motto „Psychiatrie und Psychotherapie in der sozialen Lebenswelt“ umfasst die unterschiedlichsten Fragestellungen. Allen voran sind die Implikationen und Folgen der Pandemie im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit ein Kernthema, das auf diesem Kongress nicht fehlen darf.

Stichworte wie Wohnungslosigkeit und Rassismus gehören zu einem weiteren Schwerpunkt, der sich rund um gesellschaftliche Ausgrenzung und psychische Gesundheit dreht. Drängende Fragen aus Forschung und Versorgung sind die bewährten inhaltlichen Säulen des Programms. Wie kann eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, Rehabilitation und Eingliederungshilfen gelingen? Wie sehen innovative Modelle der Vernetzung für eine personalisierte Somato- und Psychotherapie aus? Und welche Risiken sind zu bedenken? Der Kongress greift mit vielen unterschiedlichen Formaten alle relevanten psychischen Störungen auf und beschäftigt sich intensiv mit den aktuellen Entwicklungen in Forschung, Diagnostik, Therapie und Versorgung.

Als im Februar das Kongressportal für die Einreichung von wissenschaftlichen Beiträgen freigeschaltet wurde, war noch nicht abzusehen, dass in diesem Jahr alles ganz anders kommen würde. Die Pandemie hat vor allem die gesamte Veranstaltungslandschaft auf den Kopf gestellt.

Die DGPPN hat die Herausforderung angenommen und sich im Frühjahr intensiv mit den verschiedenen Optionen befasst und Machbarkeitsanalysen erstellt, um den Teilnehmern ein attraktives digitales Angebot zu machen. Zwar sind Videotelefonie und Online-Seminare gut etablierte Tools, um einen kleinen Personenkreis miteinander zu vernetzen, aber um eine wissenschaftliche Veranstaltung wie den DGPPN Kongress in die digitale Welt zu überführen, braucht es weit mehr. Zunächst stellten sich eine Reihe von Kernfragen, denn virtuelle Lösungen für Großveranstaltungen sind in Deutschland nicht Gang und Gäbe. Wie lassen sich die verschiedenen Formate des DGPPN Kongresses virtuell abbilden? Welcher Zeitrahmen ist für Teilnehmer realistisch und wie lässt sich auch virtuell ein Austausch zwischen Referenten und Zuhörern herstellen? Das Ziel: die bestmögliche Lösung unter Berücksichtigung aller Faktoren zu finden. Um die Bedürfnisse der Teilnehmer realistisch einschätzen zu können, hat die DGPPN im April eine Mitgliederumfrage gestartet und wichtige Anhaltspunkte gesammelt. Eine weitere Frage, die sich stellte: Was bedeutet ein digitaler Kongress für die CME-Zertifizierung der Veranstaltungen? Auch die zuständige Ärztekammer hat sich erstmals mit den neuen Gegebenheiten auseinandergesetzt und erst im Sommer über verbindliche Regularien für große, virtuelle Veranstaltungen entschieden. Peu à peu konnten wichtige Eckpfeiler eingeschlagen werden und während dieses Heft seine Leserschaft erreicht, läuft die letzte Vorbereitungsstufe für einen besonderen Kongress in diesen besonderen Zeiten.

### — DGPPN Kongress 2020 – alles auf einen Blick

- 26. bis 28. November 2020
- Zugang zum digitalen Kongress über [www.dgppnkongress.de](http://www.dgppnkongress.de)
- vorherige Registrierung erforderlich
- verschiedene Kanäle anwählbar
- Live-Interaktion mit den Vortragenden
- Kongress + Video-on-Demand-Angebot = über 80 CME-Punkte möglich
- Spezialrate für alle: 50% der Frühbucherrate

Natürliche  
Intelli  
genz

# Von hier aus gesehen

Zur Situation der Psychotherapie in  
der stationären Versorgung – ein Standpunkt  
zu Selbstverständnis und Anforderungen  
von Martin Bohus

Für das Spektrum psychotherapeutischer Interventionen in der psychiatrischen Akutbehandlung fehlt ein etabliertes Konzept. Die Orientierung an evidenzbasierten manualisierten störungsspezifischen Therapieprogrammen verstellt den Blick auf die genuine Kompetenz der Psychotherapie in der Psychiatrie. Gefragt ist eine positive Neudefinition.



Wirft man einen Blick auf die neue Musterweiterbildungsordnung für das Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie und vergleicht die darin abgebildeten Kenntnisse, Kompetenzen und Zeitvorgaben für Psychotherapie mit dem derzeitigen Ausbildungskatalog zum Psychologischen Psychotherapeuten, beschleicht einen das etwas ungute Gefühl: Hier stehen 100 Stunden Theorie und Fallseminare für den Psychiater 600 Stunden für den Psychologischen Psychotherapeuten gegenüber, und 170 Stunden fallbezogene Einzel-Psychotherapie (ohne obligatorische Supervision) als Minimalanfor-

derung gegenüber 600 Behandlungsstunden unter Supervision durch ausgebildete Supervisoren. Es verwundert also kaum, dass selbst den fertigen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie das defizitäre Gefühl überkommt, dass er eben auch aufgrund seiner Weiterbildung einem Psychologischen Psychotherapeuten in allen Belangen der Psychotherapie unterlegen ist. Dieses Missverhältnis wird sich in den nächsten Jahren noch verschlimmern, wenn über die neu angelegten Direktstudiengänge die ersten approbierten Psychotherapeuten auf dem Markt für die Versorgung

zugelassen werden, die dann immerhin ein fünfjähriges vollumfängliches Studium hinter sich haben, bevor sie sich in die Weiterbildung begeben.

Die defizitäre Wahrnehmung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Kompetenzen hat jedoch deutlich tiefere Wurzeln. Eine Ursache liegt meines Erachtens in der langjährigen Fokussierung auf störungsspezifische Psychotherapieprogramme begründet. Sicherlich sind die Fortschritte auf dem Gebiet der Psychotherapie in den letzten beiden Jahrzehnten vornehmlich der kontinuierlichen Entwicklung von manualbasierten störungsspezifischen Behandlungsprogrammen zu verdanken. Dies gilt natürlich im Besonderen für monosymptomatische psychische Störungen mit intensiver Symptomausprägung wie etwa schwere Angst- und Zwangsstörungen, PTSD oder alkohol- und substanzbedingte Störungen. Der Vorteil dieser Behandlungsprogramme liegt darin, dass mehr oder weniger gezielt die aufrechterhaltenden Mechanismen einer Störung bearbeitet werden, ohne dabei allzu viel Rücksicht auf die individuellen Besonderheiten der Patienten nehmen zu müssen. Die Behandlungsprogramme sind weitgehend standardisiert, sodass sie gut zu beforschen und auch replizierbar sind. Zudem ist die Weiterbildung in manualbasierten störungsspezifischen Programmen relativ einfach. Die meisten Manuale sind so gestaltet, dass man sich in sogenannten „Workshops“ ohne viel psychotherapeutische Vorkenntnisse innerhalb weniger Tage so weit fortbilden kann, dass man mit etwas Rückhalt durch einen erfahrenen Oberarzt zuverlässig gute Behandlungsergebnisse erzielen wird.

Derzeit gibt es etwa 145 Manuale für 51 Diagnosen auf dem Markt. Die meisten dieser Manuale wurden auf wissenschaftlicher Basis evaluiert: mittels kontrolliert randomisierter Studien, durchgeführt unter ambulanten Bedingungen mit relativ homogenen monosymptomatischen Patientengruppen, meist von gut ausgebildeten Psychologen unter Supervision von Therapieentwicklern, die auf die entsprechende Adhärenz achteten. Dagegen ist überhaupt nichts einzuwenden, dies ist der legitime und unumgängliche erste Schritt in der Prüfung der Effektivität eines psychotherapeutischen Programms. Leider bleibt die Prüfung der Effizienz, also der Umsetzbarkeit in den jeweiligen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystemen, meist unzureichend. Dennoch bestimmen diese Studien, und damit diese Therapieprogramme den öffentlichen Diskurs der Psychotherapieentwicklung. Auch wenn keines dieser Programme für die psychiatrische stationäre

Versorgung konzipiert wurde, gelten sie gerade aufgrund der wissenschaftlichen Evidenz nicht nur als das Nonplus-ultra moderner Psychotherapie, sondern werden auch von jedem gewissenhaften Chefarzt, der sich der Evidenz verpflichtet fühlt, als Mindeststandard begriffen. Insbesondere in Deutschland und der Schweiz konzipierte man elektive störungsspezifische stationäre Behandlungseinheiten, auf denen homogene Patientengruppen von multiprofessionellen Teams behandelt werden, die rasch einen sehr hohen Erfahrungsstand erreichen. Hohe interne Konsistenz der Behandlungsangebote, klare Strukturen, definierte Abläufe und explizite, transparente Entscheidungsalgorithmen sorgen für gute Teamkohäsion und Expertise. So attraktiv und effektiv diese homogenen störungsspezifischen stationären Behandlungseinheiten für Betroffene, Behandelnde und Planer auch sind, von einer flächendeckenden Verbreitung kann in Deutschland mit Ausnahme von DBT-Stationen nicht die Rede sein. Nur einige wenige psychiatrische Kliniken verfügen heute über ein oder zwei „Vorzeigestationen“, die tatsächlich evidenzbasierte Programme für homogene Patientenpopulationen anbieten. Die allermeisten psychiatrischen Kliniken in Deutschland haben keine einzige. Folgerichtig resultiert daraus eine erheblich defizitäre Sichtweise der psychiatrischen Psychotherapie: Im Grunde wisse man natürlich Bescheid über die hohe Wirksamkeit störungsspezifischer Psychotherapie, aber leider, leider ließen die strukturellen Gegebenheiten, die beschränkten finanziellen Mittel, der Personalmangel, die hohe Fluktuation der Mitarbeiter, die ungenügende Ausbildung sowie die Patientenpopulation eine Umsetzung der störungsspezifischen Programme nur in Ansätzen zu. Man probiere sicher das Beste, aber leider klappe es nur selten, und dann auch nur kurz.

Das störungsspezifische Konzept stößt also an seine Grenzen und wirft mittlerweile Probleme auf, die direkt das Selbstverständnis der Psychotherapie in der Psychiatrie betreffen. Am deutlichsten bringt dies die Klage einer Oberärztin einer psychiatrischen Akutstation auf den Punkt: „Wir brauchen dringend eine Psychologin auf der Station, um endlich auch Psychotherapie anbieten zu können.“

Es kommt hinzu, dass die Effektivität der oben geschilderten störungsspezifischen Behandlungseinheiten nur sehr begrenzt empirisch nachgewiesen ist [z. B. 1, 2, 3]. Es findet sich insbesondere keine einzige Studie, die nachweist, dass das stationäre Behandlungssetting dem Äquivalent der ambulanten Behandlung – trotz deutlich höherer Kosten – überlegen wäre. Dies trifft selbst für schwer gestörte Pati-

enten mit Borderline-Störungen zu [4]. Etwas pointiert ausgedrückt könnte man behaupten, dass elektive homogene störungsspezifische Psychotherapiestationen ihre Berechtigung in erster Linie daraus ziehen, dass diese Behandlungsangebote im ambulanten Setting nur unzureichend angeboten werden.

### Besonderheiten stationärer psychiatrischer Psychotherapie

Die Arbeitsgruppe um M. Franz (Gießen, Marburg) veröffentlichte im *Nervenarzt* [5] einen konsekutiv erhobenen vollständigen Datensatz von 20.000 Patienten, die im Jahr 2017 in neun psychiatrischen Kliniken in Hessen behandelt worden waren. In einem methodisch aufwendigen Verfahren entwickelte diese Arbeitsgruppe eine Klassifikation sogenannter „störungsbezogener, behandlungsorientierter Fallgruppen“ mit dem Ziel, neben der ICD-10-basierten Diagnostik auch die Komorbidität, den erwarteten Behandlungsaufwand und die entsprechende interventionelle Methodik in die Gruppierung mit einzubeziehen.

Die Autoren klassifizierten zehn störungs- und interventionsbezogene Fallgruppen, was ein klares Licht auf die typische Patientenkonstellation und den Behandlungsbedarf in psychiatrischen Kliniken wirft: Die fallzahlstärkste Gruppe bestand aus Patienten mit einer Hauptdiagnose aus der Gruppe mit depressiven Störungen, gefolgt von den Gruppen „Alkohol“ und „Sedativa“ sowie der Gruppe „Psychosen“. Patienten mit Belastungsstörungen und Trauma-Folgestörungen umfassten nur etwa 5 % der Gesamtpatienten, Borderline-Störungen etwa 3 % der Behandelten. Das Spektrum der Angst- und Zwangsstörungen – mit einer bevölkerungsbasierten 12-Monatsprävalenz von ca. 22 % die häufigste psychische Störung in Deutschland – bildete sich in der stationären psychiatrischen Versorgung nur mit 1 % ab. Die meisten evidenzbasierten manualbasierten Behandlungsprogramme, die für monosymptomatische homogene Störungsbilder konzipiert wurden, greifen hier also zu kurz.

Wenn man zudem davon ausgeht, dass selbst psychiatrische Kliniken mit einem stark ausgeprägten psychotherapeutischen Schwerpunkt maximal über ein bis zwei störungsspezifische stationäre oder teilstationäre Behandlungseinheiten verfügen und damit maximal 10 % ihrer Behandlungsplätze abdecken, wird klar, dass die Fokussierung auf dieses Modell für die weitere Entwicklung der stationären psychiatrischen Psychotherapie nicht förderlich ist.

Berücksichtigen wir die inhaltliche Strukturierung von stationärer psychiatrischer Psychotherapie, so gliedern sich die meisten psychiatrischen Kliniken in drei Segmente: 1. Krisenintervention; 2. Post-Krisenbehandlung; 3. Elektive Psychotherapiestationen.

Folgerichtig sollte auch die psychotherapeutische Ausrichtung sich an diesen strukturellen Gegebenheiten orientieren. Dies betrifft im Besonderen die psychotherapeutischen Interventionen im Rahmen der Krisenintervention sowie der Post-Krisenbehandlung. Jedes dieser Segmente erfordert spezifische und differenzierte Zielsetzung, Behandlungsplanung, Fokuswahl und interventionelle Methodik, die sich in vielen Bereichen fundamental unterscheiden von der für den ambulanten Bereich entwickelten elektiven „psychologischen“ Psychotherapie. Um dies nur kurz anzureißen: Patienten mit krisenhaft zugespitzten psychiatrischen Erkrankungen befinden sich in Ausnahmesituationen, in denen ihnen die verfügbaren Bewältigungsstrategien aktuell nicht nur nicht ausreichen, sondern zu einer raschen Aggravation ihrer Probleme führen. Oder präziser ausgedrückt: Ohne rasche Interventionen von außen wird das System mit Sicherheit eskalieren. Psychiatrische Psychotherapie – denn darum handelt es sich hier – operiert also unter hohem Zeit- und Handlungsdruck, ohne differenzierte Kenntnisse der jeweiligen determinierenden Parameter. Es geht darum,

- den Patienten ad hoc ein hohes Maß an Sicherheit und Vertrauen zu vermitteln, ohne das Grundbedürfnis nach Kontrolle und Vorhersagbarkeit zu beschneiden;
- die Betroffenen zur Kooperation zu motivieren, auch wenn deren subjektive Sichtweise – störungsbedingt – oft nur wenig mit der ärztlichen Perspektive gemeinsam hat;
- rasch ein Höchstmaß an Informationen bezüglich der auslösenden Ursachen – auch und gerade bei Angehörigen – zu sammeln, ohne dabei die persönlichen Grenzen der Patienten zu überschreiten;
- schnell Entscheidungen bzgl. möglicher Behandlungsoptionen einzuleiten.

All diese Kompetenzen erwirbt der psychiatrische Assistentenarzt während seiner Einsätze auf Akutstationen oder im Nachtdienst, vermittelt durch Kollegen, Oberärzte oder mittels leidvoller Selbsterfahrung. Diese Kompetenzen sind jedoch nicht operationalisiert, meist nicht verschriftlicht, nicht didaktisch entwickelt und daher nicht Bestandteil des expliziten psychiatrisch-psychotherapeutischen Selbstverständnisses.

Ein ähnliches Problem eröffnet sich im Sektor der Post-Krisenbehandlung. Um innerhalb eines sehr kurzen Zeitraums behandlungstaugliche Problem- und Bedingungsanalysen zu erstellen, bedarf es eines hohen Maßes an analytischem Denken, an zwischenmenschlicher Kompetenz, präziser empathischer Gesprächsführung und an störungsspezifischem Wissen. Die Auswahl der psychotherapeutischen Interventionen sind dann von diesen Problem- und Bedingungsanalysen abzuleiten und auf das absolut notwendige Minimum zu reduzieren. All dies ist ärztliche psychiatrische Psychotherapie. Sie sollte operationalisiert und didaktisch aufbereitet werden und sich als ein zentraler Baustein in der Facharztweiterbildung abbilden.

**Modulare Psychotherapie als Lösung**

Modulare Psychotherapie ist ein ordnungssystemischer Ansatz, der versucht, zum einen psychotherapeutische Kompetenzen und Interventionen hinsichtlich ihrer Funktion zu gliedern, und zum anderen Heuristiken zu definieren, um eine gezielte Anwendung der entsprechenden Kompetenzen und Interventionen zu definieren, in Abhängigkeit von Störungsbild, Schweregrad, Setting und individuellen Besonderheiten des Patienten [6, 7]. Im Rahmen der psych-

iatrischen Akut- und Postakutbehandlung kommen sowohl allgemeine als auch störungsspezifische psychotherapeutische Kompetenzen und Interventionen zum Einsatz.

Allgemeine Kompetenzen gliedern sich in allgemeine Basis-kompetenzen und allgemeine Interventionen. Abb. 1 zeigt eine grobe Gliederung und damit einen potentiellen Lernzielkatalog: Um den Anforderungen gerecht zu werden, die das spezifische Klientel, das jeweilige Setting und die Störungsgruppen in der psychiatrischen Akut- und Postakutbehandlung erfordern, sollten Psychiater im Rahmen ihrer Facharztweiterbildung allgemeine psychotherapeutische Kompetenz erwerben, die folgende Dimensionen umfasst:

- eine mitfühlende und tragende Grundhaltung;
- die Fähigkeit, sehr schnell, auch unter Krisenbedingungen eine tragfähige, empathische und Sicherheit gewährende therapeutische Beziehung einzugehen;
- die Fähigkeit, auch unter schwierigen Bedingungen wie Erregungszuständen und Psychosen wertschätzende und zielführende Gespräche zu führen;
- die Fähigkeit, anhand von klaren Entscheidungsbäumen rasch eine fundierte Diagnose zu stellen;

Allgemeine Kompetenzen	Allgemeine Interventionen	Fallgruppen	Spezifische Kompetenzen	Spezifische Interventionen
Therapeutische Haltung	Motivationsaufbau	Depressive Störungen	Regelwerk	z.B.
Beziehungsaufbau	Metakognitive Kompetenz	Alkohol und Drogen	Kontingenzmanagement	Psychoedukation
Gesprächsführung	Emotionsregulation	Psychosen	Compliance zu Psychopharmaka	Motivational Interviewing
Diagnostik	Soziale Interaktion	Demenzielle Erkrankungen	Entzugsbegleitung	Relativierung von Wahn
Problem- und Bedingungsanalysen	Kraft-Ausdauer-Training	Borderline-PS/ Komplexe PTBS	Angehörigentraining	Vermittlung von Hochstress-Skills
Teamkommunikation			Dialektische Beziehungsgestaltung	

Abb. 1 Modulare Psychotherapie: Allgemeine Kompetenzen, allgemeine Interventionen, häufigste Fallgruppen und spezifische Kompetenzen bzw. Interventionen in der psychiatrischen Akut- und Postakutbehandlung [7]

- die Kompetenz, innerhalb kurzer Zeit eine ausreichend fundierte Problem- und Bedingungsanalyse zu entwickeln und diese auch im Behandlersteam zu kommunizieren.

Was das Spektrum der allgemeinen Interventionen betrifft, so sollten Psychiater darin geschult werden, für ihre Patienten passende Behandlungsoptionen zu entwickeln und die Patienten zu motivieren, zielorientierte Behandlungsangebote auch dauerhaft anzunehmen. Hinzu kommen allgemeine Fertigkeiten aus dem metakognitiven Spektrum, der Emotionsregulation, der Verbesserung sozialer Kooperation und schließlich auch des körperlichen Trainings.

Berücksichtigt man die Fallgruppenanalysen von Franz et al. [5], so kann sich die störungsspezifische Kompetenz im Rahmen der Akut- und Postakutbehandlung auf relativ wenige Störungen beschränken. Der angehende Psychiater sollte die wichtigsten Interventionen zur Akutbehandlung von depressiven Störungen, Alkohol- und Drogenproblemen, Psychosen, demenziellen Erkrankungen und Borderline-Störungen, bzw. komplexer PTSD kennen und anwenden können. Dies bedeutet nicht, dass er etwa eine vollständige zwölf-tägige Fortbildung in DBT durchlaufen muss. Es genügt, wenn er das entsprechende Krisenmanagement beherrscht, Hochstress-Skills vermitteln kann, Problem- und Bedingungsanalysen versteht und seinem Team die Grundlagen des Kontingenz-Managements vermittelt, um so den drohenden Hospitalisierungstendenzen entgegenzuwirken. Hinzu kommen natürlich Kompetenzen und Fertigkeiten im Entlass-Management.

Fasst man diese Ausführungen zusammen, so ermöglicht die modulare Psychotherapie eine positive Neudefinition psychiatrischer Psychotherapie, die sich konkret an den Anforderungen der psychiatrischen Tätigkeit im Akut- und Postakutbereich orientiert. Dies wird zum einen das Selbstverständnis psychiatrisch tätiger Psychotherapeuten verbessern, zum anderen die Zusammenstellung der Lernzielkataloge in der Facharztweiterbildung erleichtern.

**Die neue Rubrik**

Die Welt ist nicht schwarz-weiß, sie lebt von Diskurs, Debatten und Denkanstößen. *Psyche im Fokus* hat daher mit dem „Standpunkt“ eine neue Rubrik ins Leben gerufen und lädt Autoren künftig zu meinungsstarken Beiträgen ein.

**Literatur**

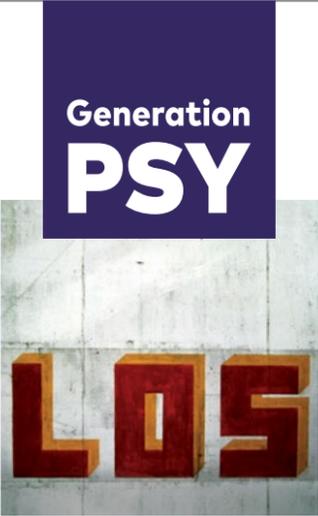
- 1 Bohus M et al. (2004) Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behavior Research and Therapy* 42(5):487-499
- 2 Bohus M et al. (2013) Dialectical Behaviour Therapy for Posttraumatic Stress Disorder after Childhood Sexual Abuse in Patients With and Without Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 22;82(4):221-233
- 3 Brakemeier E et al. (2011) Feasibility and outcome of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP) for chronically depressed inpatients. A pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics* 80(3):191-19
- 4 Dinnaeve R et al. (2018) Effectiveness of step-down versus outpatient dialectical behaviour therapy for patients with severe levels of borderline personality disorder: a pragmatic randomized controlled trial. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* 5:12
- 5 Franz M et al. (2020) Störungsbezogene Fallgruppen für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. *Der Nervenarzt* doi.org/10.1007/s00115-019-00853-4
- 6 Bohus M (2013) Modulare Psychotherapie – ein Werkzeugkoffer für Psychotherapeuten? In: Znoj H, Berger T (Hrsg) *Die Kunst und Wissenschaft der Psychotherapie*. Huber Verlag, Bern:116-183
- 7 Bohus M, Falkai P, Herpertz S (2012) *Modulare Psychotherapie – Rationale und Grundprinzipien*. *Die Psychiatrie* 9(02):89-97



**Autor**

**Prof. Dr. med. Martin Bohus** ist Leiter des Instituts für Psychiatrie und Psychosomatische Psychotherapie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim und war 2011-2014 im Vorstand der DGPPN. Er ist einer der renommiertesten Experten für die Borderline-Persönlichkeitsstörung und für Psychotherapieforschung.

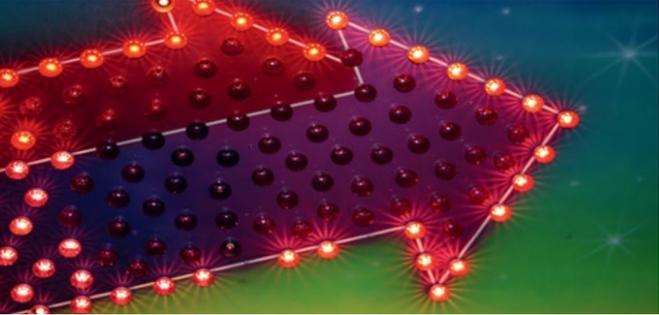
**Unsere Gesellschaft braucht junge Psychiater. Wir brauchen dich: [generation-psy.de](http://generation-psy.de)**





Portal **Infos, News und Goodies, die dich weiterbringen.**





Karriere **So wirst du Facharzt für Leib und Seele.**



Wissen **Agoraphobie und Hippocampus gibt es nicht im Streichelzoo.**



# Viel zu sagen

Wer hätte das ged8? Die Generation PSY hat in diesem Jahr schon die achte Kampagne lanciert. Die aktuellen Stars des Themenschwerpunkts zu Angststörungen sind die Top-Forscherin Katharina Domschke, die Autorin und Betroffene Franziska Seyboldt sowie ein kleiner „Keinangsthase“. Alle drei haben eine Mission: Sie klären auf dem Nachwuchsportal darüber auf, was Angsterkrankungen sind, wie man sie behandelt und wie es sich anfühlt, wenn Herzrasen, Schweißausbrüche und Atemnot sich zu höchster Anspannung gegen die Vernunft verschwören. Neben der aktuellen Kampagne sind auch alle Themen der letzten Jahre inklusive aller Fakten und Interviews noch online zu finden – die volle „Infosion“ sozusagen: Bipolar hat nämlich nichts mit Klimawandel zu tun und Borderline ist kein Fashion Blog. Dass ADHS keine Castingshow ist, weiß Social-Media-Queen Kathrin Weßling nur zu gut und wer bei Craving an Skifahren denkt, dem sei das Interview mit Suchtexperte Mathias Luderer wärmstens empfohlen. Das Hippocampus-Nilpferd schickt den Leser zusammen mit Andreas Meyer-Lindenberg und Marc Augustin auf eine Expedi-

tion ins Hirnreich. Spätestens dann sollte klar werden, dass es im Psychiaterberuf entgegen aller Klischees nicht nur ums Reden geht.

Was locker-flockig daherkommt, hat einen ernsten Hintergrund: Die Generation PSY wirbt um Nachwuchskräfte, denn es besteht akuter Handlungsbedarf. Immer mehr Betroffene nehmen medizinisch-therapeutische Hilfe in Anspruch. Doch in bestimmten Regionen, z.B. auf dem Land, zeigen sich bereits Versorgungsengpässe. Gleichzeitig sind über die Hälfte aller Psychiater zwischen 50 und 65 Jahre alt oder älter. Das Fachgebiet braucht dringend Verstärkung, damit es in Zukunft zu keinen schwerwiegenden Lücken in der Versorgung kommt.

Ein sehr wichtiger Baustein hierfür ist auch der neugeschaffene Sitz eines Vertreters der jungen Psychiater im DGPPN-Vorstand. So können Themen und Belange, die junge Psychiater insbesondere betreffen, direkt eingebracht und noch besser vorangetrieben werden. *Psyche im Fokus* wird konkreter berichten.

## ■ Förderer gesucht!

Das Mentoringprogramm der Generation PSY ist auf der Suche nach Mentoren, denen der Nachwuchs am Herzen liegt. Assistenz-, Ober-, Chefärzte an einer klinischen Einrichtung oder Niedergelassene können sich ganz einfach online registrieren. Sobald es ein Match gibt – das heißt, dass sich ein Mentee aus der Nähe meldet – wird der Kontakt hergestellt. Wie lange das Mentoringprogramm dauert? Kommt ganz drauf an. Die Schwerpunkte, die Mentor und Mentee setzen möchten, werden individuell im Gespräch geklärt. Danach richtet sich auch die Dauer des Programms.

Mehr Informationen und Anmeldung auf [www.generation-psy.de](http://www.generation-psy.de)



Von gestern für heute

# 1918

## Die Welt im Fieber

Knapp einhundert Jahre ist es her, da breitete sich die Spanische Grippe über den Globus aus. Anhand von zahlreichen Schicksalen zeichnet die Wissenschaftsjournalistin Laura Spinney in ihrem aktuellen Buch ein eindrückliches Bild dieser dramatischen Epoche. *Psyche im Fokus* hat einen Auszug zusammengestellt.\*



Im Jahr 1918 war New York der Inbegriff der atomisierten modernen Stadt. Mit einer Einwohnerzahl von 5,6 Millionen konkurrierte es mit London um den Titel der größten Metropole der Welt und trug nach einigen Jahren den Sieg davon. Der Grund für die rasante Expansion der Stadt war die Immigration. Zwischen 1880 und 1920 trafen auf der Suche nach einem besseren Leben über 20 Millionen Menschen in den Vereinigten Staaten ein, die meisten über den New Yorker Hafen. Der Löwenanteil der Migranten stammte aus Südosteuropa, und es dauerte natürlich einige Zeit, bis sie sich assimiliert hatten. 1918 bestand New York aus vielen Welten innerhalb einer Welt.

Folglich stellte die im Juli anrollende zweite Epidemiewelle den Gesundheitsbeauftragten der Stadt, Royal S. Copeland, vor eine sehr moderne Herausforderung: Er musste es schaffen, angesichts eines Dickichts unterschiedlichster Communities, die zwar auf dem gleichen Raum lebten, oft aber weder Sprache noch Identität teilten, eine kollektive Reaktion hervorzurufen. Und das blieb nicht die einzige Herausforderung. Der Umstand, dass New York der wichtigste Ausschiffungshafen für US-Truppen nach Europa war, machte es unmöglich, über die Stadt eine effektive Quarantäne zu verhängen.

Copeland war Augenchirurg und Homöopath – in jener Zeit, wo die Homöopathie noch nicht das Etikett „alterna-

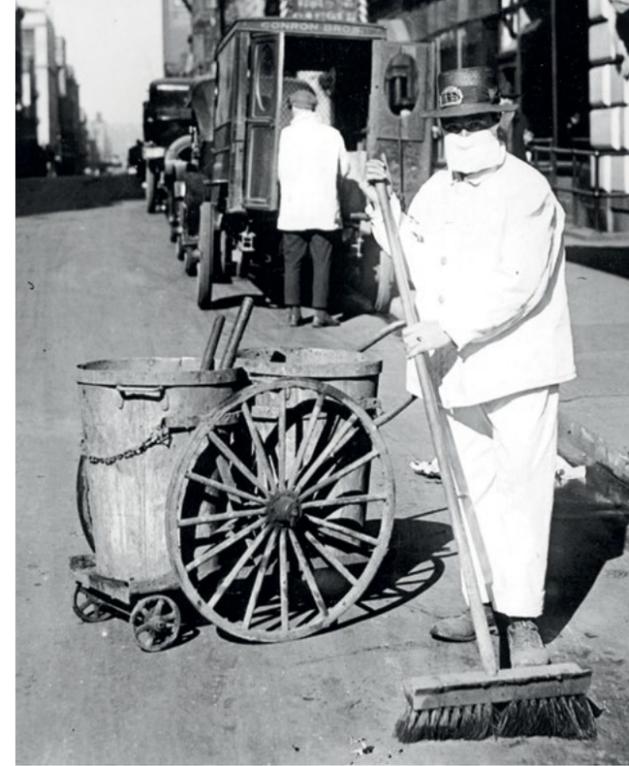


tiv“ trug, gar keine so ungewöhnliche Kombination – und erst im April jenes Jahres zum Gesundheitsbeauftragten ernannt worden. Jemand beschrieb ihn als „insgesamt optimistischen, mit Bibelziten und Plattitüden um sich werfenden, sich unablässig selbst optimierenden American boy“ aus Michigan, er galt als pragmatischer Typ mit Durchsetzungsvermögen, doch in jenem Sommer und Frühherbst agierte er zu zögerlich. [11]

Zwar wurden ankommende Schiffe ab Juli noch gründlicher von den Hafenbehörden kontrolliert, doch als am 12. August die norwegische Bergensfjord einlief, mit lauter infizierten Passagieren an Bord, wurden elf dieser Patienten in ein Krankenhaus in Brooklyn eingeliefert, ohne isoliert zu werden. Erst am 17. September, als sich die Epidemie schon stark ausgebreitet hatte, erließ man in New York eine Meldepflicht für Influenza und Pneumonie, ansonsten spielte Copeland die Gefahr immer noch herunter. Als er am 4. Oktober endlich offiziell zugab, es handle sich um eine Epidemie, waren Truppentransporter voll infizierter Soldaten, einschließlich der Leviathan, längst auf dem Atlantik unterwegs und transportierten ihre tödliche Fracht in andere Länder.

Copeland muss klar gewesen sein, dass er gegen Truppenbewegungen nichts unternehmen konnte, denn Präsident Woodrow Wilson hatte Empfehlungen der Militärärzte ignoriert und war stattdessen dem Rat hoher Militärs gefolgt, dass die Truppentransporte weitergehen müssten. Womöglich war dies der Grund für die späte Bekanntgabe, er wollte die Truppenbewegungen nicht behindern. Nachdem er schließlich verlautbart hatte, dass es sich um eine Epidemie handelte, traf er drei Entscheidungen, die möglicherweise viele Menschenleben retteten. Erstens staffelte er die Öffnungszeiten von Fabriken, Läden und Kinos, sodass es keine Rushhour mehr gab. Zweitens etablierte er ein Dokumentationssystem, für das auf die gesamte Stadt verteilt 150 Notfallzentren eingerichtet wurden, um die Pflege der Kranken und Meldungen neuer Krankheitsfälle zu koordinieren. Und drittens ordnete er die umstrittene Maßnahme an, die Schulen geöffnet zu lassen. [12]

Ursprünglich hatte er beabsichtigt, alle öffentlichen Schulen zu schließen, so wie dies in den Nachbarstaaten Massachusetts und New Jersey geschehen war. Doch die sehr fortschrittliche Leiterin der Abteilung für Kindergesundheit in der Gesundheitsbehörde, Josephine Baker, überzeugte ihn vom Gegenteil. Sie argumentierte, in der Schule ließen sich



die Kinder leichter überwachen und bei ersten Symptomen sofort behandeln. Man könnte sie dort gesund ernähren, was zu Hause nicht immer gegeben war, und ihnen wichtige Gesundheitsinformationen für ihre Familien mitgeben. „Mal sehen, ob es mir nicht gelingt, Kinder im Alter zwischen sechs und fünfzehn Jahren in dieser Stadt vor der Grippe zu bewahren“, sagte sie zu Copeland. „Ich weiß zwar nicht, ob ich es schaffe, möchte aber wenigstens die Chance dazu bekommen.“ [13] Copeland gab ihr diese Chance und musste dafür schwere Vorwürfe einstecken, auch vom *Roten Kreuz* und vom ehemaligen Gesundheitsbeauftragten der Stadt. Letztlich aber sollten er und Baker sich bestätigt sehen: In jenem Herbst erkrankte fast kein Schulkind an der Grippe.

Copelands Kampagne wurde immer wieder vom Tribut an den Patriotismus und von den Kriegsanstrengungen torpediert. Am 12. Oktober, die Epidemie näherte sich ihrem Höhepunkt, waren die Krankenhäuser total überfüllt, chirurgische Abteilungen wurden in Influenzaabteilungen umfunktioniert, Turnhallen und das erste New Yorker Obdachlosenasyl dienten mittlerweile als Notkrankenhäuser. Der 12. Oktober war jedoch auch der Columbus Day, und deshalb führte Präsident Wilson zur Feier des Tages auf der „Avenue of the Allies“ (wie man die Fifth Avenue vorübergehend umgetauft hatte) eine Parade von 25.000 Menschen an.

Auch mit New Yorker Geschäftsleuten musste Copeland verhandeln. Im Gegensatz zu den Gesundheitsbeauftragten anderer Städte verzichtete er darauf, Vergnügungsstätten zu schließen, erließ jedoch strenge Vorschriften, zum Beispiel, dass Kindern der Zutritt verboten wurde. Am 20. Oktober, beim Kinostart von Charlie Chaplins Film *Gewehr über* – in

dem ein Landstreicher den deutschen Kaiser entführt –, lobte der Manager des Strand Theatre, Harold Edel, die Kinogäste für ihr beeindruckend zahlreiches Erscheinen: „Wir betrachten es als wunderbare Würdigung des Films *Gewehr über*, dass Menschen ihr Leben buchstäblich selbst in die Hand nehmen, um ihn zu sehen.“ [14] Leider starb Edel, eine Woche bevor seine Worte veröffentlicht wurden, an der Spanischen Grippe. Copeland kam immerhin zugute, dass die New Yorker bereits über Erfahrung mit öffentlichen Gesundheitskampagnen verfügten, denn schon 20 Jahre früher hatte man der Tuberkulose den Krieg erklärt, insbesondere der Gewohnheit, auf öffentlichen Plätzen auszuspucken. Ende September war die halbe Stadt mit Flugblättern vollgekleistert, die Tipps zur Vorbeugung und Behandlung der Influenza enthielten. Doch diese Tipps waren auf Englisch verfasst, und erst in der zweiten Oktoberhälfte, als das Schlimmste bereits vorüber war, zogen Scharen von Pfadfindern durch die Mietshäuser von Manhattans Lower East Side, um Flugblätter auch in anderen Sprachen zu verteilen.

Von allen New Yorker Immigranten waren im Jahr 1918 die Italiener diejenigen, die am kürzesten in der Stadt lebten, am stärksten von Armut betroffen waren und deren Zahl am schnellsten wuchs. Etwa 4,5 Millionen Italiener waren in den vier Jahrzehnten seit 1880 in New York eingetroffen, und viele blieben für immer. Sie sammelten sich in den „Little Italies“, der Lower East Side, in Brooklyn rund um die Marinewerft und in Ost-Harlem. Sie arbeiteten in Fabriken und Ausbeuterbetrieben, auf dem Bau oder bei der Eisenbahn, zogen in überfüllte, marode Wohnhäuser und machten New York zu der Stadt, die nach Neapel die meisten italienischen Einwohner besaß. [...]

Die wichtigste italienischsprachige Tageszeitung in New York war der *Il Progresso Italo-Americano*. Er verkaufte sich täglich in einer Auflage von fast einhunderttausend Exemplaren und wurde so gelesen, wie das in Communities mit einem hohen Analphabetenanteil üblich ist: Am Ende des Arbeitstags kämpfte sich ein Arbeiter, der vielleicht irgendwann die Schule besucht hatte, mühsam durch die Zeitung und übermittelte das, was er begriffen hatte, an die anderen weiter, die dann darüber diskutierten, während sie in der überfüllten U-Bahn nach Hause fuhren. Die Journalisten von *Il Progresso* wussten, dass ihre Leser sich, um das Fieber zu senken, Kartoffelscheiben auf die Handgelenke banden und nachts bei geschlossenem Fenster schliefen, um böse Geister fernzuhalten, und so verfolgten sie eine Strategie von Zuckerbrot und Peitsche, um die Leute von solchen Praktiken

wegzulocken und für „orthodoxere“ Methoden zu erwärmen. Das Zuckerbrot war der freundliche Rat: „Man sollte Kinder möglichst selten küssen, und vor allem niemals auf den Mund.“ Die Peitsche war das Gesetz: „Es wird mit aller Härte gegen Personen vorgegangen, die Hygienevorschriften nicht gewissenhaft erfüllen oder beim Abhusten kein Taschentuch benutzen. Derlei Verstöße gegen die Vorschriften werden mit Geld- und Haftstrafen geahndet.“



*Il Progresso* gehörte zu den wenigen Zeitungen, die Copelands Entscheidung, die Schulen geöffnet zu lassen, begrüßten. Italienische Familien neigten dazu, Kinder genau im Auge zu behalten, sie zum Beispiel zum Mittagessen nach Hause zu holen, und so erklärte die Zeitung, dass vom Unterricht befreite Kinder oft unbeaufsichtigt durch die Stadt streunten, während sie in der Schule unter Aufsicht der Lehrer stünden, die erste Krankheitszeichen sofort erkennen würden. „Außerdem“, hieß es noch, „weisen die Schulen bessere Hygieneverhältnisse auf als viele Wohnhäuser und sind besser belüftet.“ Vermutlich dachte Copeland tatsächlich an die Italiener, als er Josephine Bakers Plan absegnete. Als Copelands Sohn Jahre später die Entscheidung seines Vaters verteidigte, schilderte er, dass sich zum Beispiel in einem Teil der Lower East Side „zehn bis fünfzehn Personen zwei Zimmer und ein Bad teilten. In der Badewanne lagerte man Kohlevorräte. Heißes Wasser gab es grundsätzlich nicht, oft nicht einmal kaltes. Die Menschen mussten umschichtig schlafen. Wären die Schulen geschlossen worden, hätte sich die Situation noch verschärft.“ Laut Aussa-

ge seines Sohnes erkrankte Copeland Ende Oktober an der Grippe, machte dies aber nicht öffentlich, um die Krise weiter managen zu können. Am 5. November erklärte er die Epidemie für beendet, allerdings flackerte sie Anfang 1919 noch einmal auf. Als man ihn später fragte, woran es seiner Meinung nach gelegen haben könnte, dass die Stadt von der Grippe weniger schlimm betroffen gewesen sei als andere große Städte an der Ostküste, erwiderte er, New York habe wegen des 25-jährigen Feldzugs gegen Tuberkulose glücklicherweise über ein solides Gesundheitssystem verfügt. [18] Die meisten New Yorker waren, auch wenn sie nichts über Infektionswege wussten, mit den grundlegenden Hygienemaßnahmen vertraut und schon daran gewöhnt, dass sich die Behörden in Gesundheitsfragen einmischten. Ein weiterer Schutzfaktor, den Copeland nicht erwähnte, könnte gewesen sein, dass die Bevölkerung durch die erste, länger anhaltende Frühjahrs- und Sommerwelle der Influenza bereits eine gewisse Immunität erworben hatte. [21]

Die Sorge, dass man die Italiener als Sündenbock für die Grippe abstempeln könnte, erwies sich als unbegründet, es wurde auch keiner anderen Immigrantengruppe die Schuld zugeschoben. [20] Möglicherweise war die Herbstwelle der Epidemie einfach so rasch vorbei, dass gar keine Zeit für Schuldzuweisungen blieb, aber es mag noch weitere Gründe gegeben haben. Obwohl natürlich alle New Yorker grippeanfällig waren, bestand bei den Italienern eine noch höhere Ansteckungsgefahr, dies war allgemein bekannt. Wenn die Kontrolleure eintrafen, die Copeland nach Anordnung der Meldepflicht in die Mietskasernen schickte – außer Ärzten auch nicht-ärztliche Inspektoren aus verschiedenen Behörden und Laien –, konnten sie oft nur noch die Toten zählen und Begräbnisse arrangieren. Zwei Wochen nachdem Copeland sie mobilisiert hatte, gab er ihnen eine weitere Aufgabe: Ab jetzt mussten sie dokumentieren, welche hygienischen Bedingungen sie vorgefunden hatten. Bisher hatte man nur eine vage Vorstellung vom Leben der Immigranten gehabt, und die Arbeit der Behörden hatte auf dürftigen Fakten basiert, nun aber kamen drastische Details ans Licht, die den bessergestellten New Yorkern zum ersten Mal einen Blick in die von Tuberkulosebetroffenen Slums erlaubten. [...]

Vielleicht hat Copeland die Italiener, ohne sich dessen bewusst zu sein, der Assimilation einen Schritt nähergebracht. Im September, wenige Tage nachdem die Influenza meldepflichtig geworden war, aber bevor die Epidemie offiziell bekannt gegeben wurde, ordnete Copeland die obligatorische Klinikeinweisung für alle Grippepatienten

an, die in Gemeinschaftsunterkünften lebten. Dazu zählten natürlich auch überfüllte Wohnungen. Die Reaktionen der Italiener, die eine Aversion gegen Krankenhäuser hatten, ist nicht überliefert, bis auf einen verblüffenden Artikel im *Il Progresso*. Wie am 25. September berichtet wurde, habe sich die Community endlich von ihrer „lähmenden Lethargie“ befreit und habe begeistert für ein neues italienisches Krankenhaus in Brooklyn gespendet.

Vereinzelte Fälle nativistischer Vorurteile, die es in jenem Herbst in New York durchaus gab, zielten hauptsächlich auf Menschen deutscher Herkunft. Im Allgemeinen verhielt sich *Il Progresso* stets korrekt und bemühte sich, wilde Gerüchte im Keim zu ersticken, zum Beispiel das Gerücht, dass Krankenschwestern und Ärzte, die Soldaten absichtlich mit Grippekeimen infiziert hatten, im Morgengrauen erschossen worden seien. Doch bei einer Geschichte konnte selbst *Il Progresso* nicht widerstehen. Es wurde über einen Mann berichtet, der vor einer Schule auf Long Island angeblich Bücher an Kinder verteilt habe; die Bücher enthielten Kratzbilder, unter denen Präsident Wilson und andere Prominente zum Vorschein kamen. Der Schulleiter hatte Verdacht geschöpft, die Bücher eingesammelt, auf deren Rückseite „Made in Germany“ stand, und sie ins Labor geschickt, um sie auf Grippekeime untersuchen zu lassen (die Resultate wurden zum Zeitpunkt, als der Artikel erschien, noch erwartet).

Mit Copeland schenkte die Influenza den Italienern auch einen neuen, einflussreichen Fürsprecher. Copeland unterstützte jetzt Reformen, die [...] Vertreter der Immigranten seit Jahren befürwortet hatten. Er erklärte den Besitzern der maroden Mietskasernen den Krieg und setzte sich für bessere Sozialwohnungen ein. Er forderte, dass die Migranten bereits vor dem Verlassen ihres Heimatlandes medizinisch untersucht werden sollten, um zu vermeiden, dass ihnen die Einreise nach New York verweigert würde, und er beklagte die Verschwendung, die es bedeutete, wenn ehrbare Bauern gezwungen wären, in Amerika ihr Leben als „arme Obdachlose“ zu fristen. Ein Jahr nach der Epidemie bewilligte ihm der Staat New York 50.000 Dollar (heute umgerechnet circa 900.000 Dollar) für eine groß angelegte Studie über die „Bekämpfung und Kontrolle von Influenza und anderen Erkrankungen des respiratorischen Systems“. Copeland vollzog grundlegende Reformen des städtischen Gesundheitswesens, unter anderem die, dass in Läden und Fabriken Vorträge in italienischer und jiddischer Sprache gehalten wurden. [21]

Das erste Sozialwohnungsprojekt wurde 1934 in der Lower East Side gestartet. Der damalige Bürgermeister hieß Fiorello La Guardia, Sohn italienischer Immigranten, der früher als Übersetzer im Aufnahmelager auf Ellis Island gearbeitet hatte und dessen erste Ehefrau im Alter von 26 Jahren an TBC gestorben war. „Reißt das Alte nieder, baut das Neue auf!“ So präsentierte La Guardia das Projekt im Jahr 1936. „Nieder mit diesen verrotteten vorsintflutlichen Rattenlöchern. Nieder mit den Baracken, nieder mit Krankheit, nieder mit den Feuerfallen. Lasst die Sonne herein, lasst den Himmel herein, es dämmt ein neuer Tag.“



\* Auszug aus  
1918 – Die Welt im Fieber. Wie die Spanische Grippe die Gesellschaft veränderte  
Laura Spinney  
München, Hanser Verlag  
2018, Seite 123–134 (gebundene Ausgabe)

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

#### Autorin

##### Laura Spinney

ist eine preisgekrönte britische Wissenschaftsjournalistin und Romanautorin. Sie schreibt für den National Geographic, Nature und den Economist. 1996 wurde sie mit dem Margaret Rhondda Award für Journalismus ausgezeichnet. In ihrem Bestseller über die Spanische Grippe als weltumspannendes gesellschaftliches Phänomen füllt sie eine Lücke in der Geschichtsschreibung und erlaubt einen völlig neuen Blick auf das Schicksalsjahr 1918.

### Entgegnung von Heinz Häfner zum SPK-Artikel von C. Pross

In der letzten Ausgabe von *Psyche im Fokus* erinnert Christian Pross an ein fatales Kapitel der jüngeren Geschichte unseres Faches, an das Sozialistische Patientenkollektiv (SPK) in Heidelberg. Pross war selbst Zeitzeuge des Geschehens und hat es teilweise auch von innen heraus miterlebt, was er dezent verschweigt. Er hat etwa als Mitglied der Basisgruppe Medizin an der auf S. 43 seines Berichts als Foto dargestellten Besetzung des Dienstzimmers des Verwaltungsdirektors des Heidelberger Klinikums durch das SPK teilgenommen. Der radikale Überzeugungswandel, den er danach zu einer unvoreingenommenen Sicht des SPK vollzog, verdient Anerkennung.

Seine Deutung der ideologischen Ziele des SPK als „Experiment“ des Dr. Huber, „psychische Krankheit durch revolutionäre Aktionen zu heilen“, ist unvollständig. Das ideologische Fernziel des SPK bestand in der revolutionären Beseitigung des Herrschaftssystems, der Medizin und des politischen Systems der Bundesrepublik und war ernst zu nehmen. Das SPK sah in dem sogenannten Unterdrückungs- und Ausbeutungsapparat der Medizin und des Kapitalismus die Ursache aller, auch der psychischen Krankheiten. Deshalb erschienen die Kranken dem SPK als eine geeignete revolutionäre Garde, die durch ideologische Fanatisierung gewonnen werden kann, gegen das System zu kämpfen. Darin liegt auch der Sinn des Schlachtrufs „Aus der Krankheit eine Waffe machen“ und der Zweck der Bevorratung mit Sprengstoff, dem Bau von elektronischen Abhöranlagen und der Beschaffung von Handfeuerwaffen, mit denen Schießübungen begonnen wurden.

Das SPK war in jener aufmüpfigen Zeit mit seinem revolutionären Kampf gegen das herrschende System keineswegs alleine, was es auch in seiner Spätphase mit dem Slogan „Mahler, Meinhof, Baader – Das sind unsere Kader!“ anschaulich machte. Dagegen ist eine ideologische und praktische Gemeinsamkeit mit der antipsychiatrischen Ideologie eines Ronald Laing und David Cooper nicht erkennbar.

Das SPK hat mich zum Feind Nr. 1 gestempelt. Das hatte zwei Ursachen: Ich hatte an der Heidelberger Klinik mit meinem Chef, Prof. von Baeyer, für die Psychiatrie-

reform in der BRD gearbeitet und das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim als Modell moderner gemeindepsychiatrischer Versorgung geplant, was zu dieser Zeit bereits bekannt war. Mir wurde unterstellt, ich wollte daraus eine Großanstalt zur endlosen Institutionalisierung der Kranken machen und ein Euthanasieprogramm zur Tötung Kranker einführen. Am meisten wurde ich gehasst, weil ich auf Einladung des Senats der Universität Heidelberg als Obergutachter sechs Gutachten zu beurteilen hatte. Zweieinhalb hatten die Entscheidung des Rektors unterstützt, das SPK als Einrichtung der Universität räumlich unterzubringen und mit einem Jahresetat von 200.000 DM zu versehen, und drei lehnten ab. Nach einem nüchternen Tatsachenbericht und einer Abwägung der Konsequenzen riet ich, die Entscheidung des Rektors zu widerrufen. Der Senat folgte mehrheitlich meiner Empfehlung. Das SPK hatte eine Abhöranlage im Sitzungssaal des Senats installiert. Meine Ausführungen im Senat wurden in der nächsten Ausgabe der damals linken Zeitschrift *Das Argument* bruchstückweise veröffentlicht. Dass ich den Innenminister und zwei Fraktionsvorsitzende in Stuttgart und den Bundespräsidenten Heinemann unterrichtet hatte, der dem SPK finanzielle Unterstützung vermittelt hatte, wusste das SPK glücklicherweise nicht.

Anders als bei Pross zu lesen, wurden von einem „Volksgericht“ des SPK der Kultusminister, der Rektor und nicht „die Herren der Medizinischen Fakultät“, sondern als dritter der Gegner Nr. 1 des SPK, Prof. Häfner, wegen Mordes verurteilt. An den Häusern der drei Verurteilten wurde nachts mit schwarzer Ölfarbe groß „Mörder“ geschrieben. Wir drei erhielten für unsere Familien bis zur Festnahme des Gründungschefs des SPK, Dr. Huber, Polizeischutz.

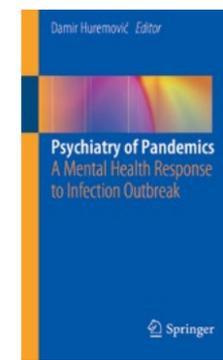
Umfassende Informationen zu diesem Thema gewähren das informative Buch von Christian Pross zusammen mit meinem Bericht aus 2018\*.

\* Häfner H (2018) Das Sozialistische Patientenkollektiv an der Universität Heidelberg 1970–1971. *Nervenheilkunde* 37(12):901-909

**Prof. em. Dr. Dr. h.c. mult. Heinz Häfner** ist Gründer des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim und Leiter der AG Schizophrenieforschung. 2013 erhielt er die Wilhelm-Griesinger-Medaille der DGPPN für seine herausragenden Verdienste um die Psychiatrie.

# Die Bücher der Stunde

Für alle, die hinschauen, hinterfragen, vorausschauen und nach neuen Impulsen suchen: *Psyche im Fokus* hat Empfehlungen zusammengestellt, die alles andere als einseitig sind.



### Psyche und Pandemie

Das erste Buch, das Psychiatrie und Pandemie miteinander verbindet: Welchen Beitrag leistet das psychiatrische Hilfesystem bei der Bekämpfung von Pandemien? Dies ist bislang noch zu wenig erforscht. Dabei gibt es eine Vielzahl von Berührungspunkten wie zum Beispiel psychosoziale Folgen von Kontaktbeschränkungen, die psychische Belastung von betroffenen Krankenhausmitarbeitern oder neuropsychiatrische Komplikationen von Viruserkrankungen. Der im Frühjahr erschienene Sammelband plädiert für einen stärkeren Einbezug psychiatrischer Expertise bei der Vorbereitung auf künftige Pandemien.

D. Huremović (Hrsg.)  
Psychiatry of Pandemics  
Springer-Verlag, 2020



### Denken und Handeln

Unsere Welt steht spürbar an einem Wendepunkt. Einerseits geht es uns so gut wie nie, andererseits zeigen sich Verwerfungen, Zerstörung und Krise, wohn wir sehen. Ob Umwelt oder Gesellschaft – scheinbar gleichzeitig sind unsere Systeme unter Stress geraten. Wie können Planet und Menschheit versöhnt werden? Wo liegt der Weg zwischen Verbotsgemeinde und Schuldfragen auf der einen und Wachstumswahn und Technikversprechen auf der anderen Seite? Diese Zukunft neu und ganz anders in den Blick zu nehmen – darin besteht die Einladung, die Maja Göpel ausspricht.

Maja Göpel  
Unsere Welt neu denken –  
Eine Einladung  
Ullstein Verlag, 2020



### Rückblick und Ausblick

Matthias Horx analysiert die Auswirkungen der Corona-Krise: Wie ändert sich die Gesellschaft? Wie reagieren Individuen, Staaten, Familien, Unternehmen auf die Herausforderung? Welche Rolle spielt die Angst vor der Zukunft? Und wie können wir sie in Zuversicht verwandeln? Geht es nach ein paar Monaten so weiter wie bisher? Oder erleben wir einen Kulturwandel, in dem alles seine Richtung ändert und eine völlig neue Zukunft entsteht? Statt einer Pro-Gnose übt Horx mit seinen Lesern die Re-Gnose, die Selbst-Veränderung durch rückblickende Vorausschau – und kommt damit zu überraschenden Ergebnissen.

Matthias Horx  
Die Zukunft nach Corona  
Econ Verlag, 2020

# 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  
Andreas Heinz  
(V.i.S.d.P.)

Registergericht:  
VR 26854 B, Amtsgericht  
Berlin-Charlottenburg

## Redaktion

*Psyche im Fokus* entsteht im Teamwork:  
Gabriel Gerlinger (Leitung) | Kristina Günther  
Julie Holzhausen (Leitung) | Isabelle Lork (Koordination)  
Michaela Peeters | Slava Platikanova | Julia Sander  
Paula Schick Tanz | Michael Wassiliwizky  
Josephine Winkler | Robert Zeidler

## Layout und Reinzeichnung

Irene Pranter

## Auflage

10.700 Exemplare

## Erscheinungsdatum

Oktober 2020

## Design- und Gestaltungskonzept

wenkerottke.

## Schlusskorrektur

Heide Frey

## Druck

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

## ABBILDUNGEN

Titelseite: Plakatmotiv der Aktionswoche Seelische Gesundheit 2020; S.9: picture alliance/  
Geisler-Fotopress | Sven Kanz/Geisler-Fotopress; S.11: istock/smshoot; S.14: picture alliance/  
Geisler-Fotopress | Christoph Hardt/Geisler-Fotopress; S.16: Buchcover Fake Facts, Quad-  
riga Verlag; S.25: Claudia Burger; S.26: Simone Hutsch/unsplash; S.27: Speaker Eva-Lotta  
Brakemeier: Philipp Müller; Claas Happach: Gabriele Heine; Franziska Giffey: Bundesre-  
gierung/Jesco Denzel; Gerd Kempermann: CRTD; Martin Fischer: Sebastian Neumann;  
Amma Yeboah: MedizinFotoKöln. FOTOSTUDIO.Uniklinik Köln; Inge Missmah: Christian  
Klant; Eva Illouz: dpa/picture alliance; Manfred Lütz: G. Daniels; Inga Neumann: Alla  
Wiedenmann; Uwe Timm: dpa/picture alliance; Otto Kernberg: corn; S.33: Florian Klauer/  
unsplash; S.37: Rhein-Jura-Klinik; S.38: Emiliano Vittoriosi/unsplash; .marqs/photocase;  
iStock/gio\_cala; Mia11/photocase; S.39: photocase/aremac; S.40: picture alliance/Natio-  
nal Museum of Health and Medicine; S.42-44: picture alliance/akg-images; S.45: Buch-  
cover Die Welt im Fieber, Hanser Verlag; S.46: Buchcover Damir Huremovic: Springer  
Verlag, Buchcover Maja Göpel: Ullstein Verlag, Buchcover Matthias Horx: Econ 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](https://www.dgppn.de)

26.-28.11.2020

**DGPPN  
KONGRESS  
2020**

diesmal digital  
[www.dgppnkongress.de](http://www.dgppnkongress.de)