

PSYCHE IM FOKUS

DAS MAGAZIN DER DGPPN



**Digital und
automatisiert:
die Zukunft
der Arbeit**

Psychiatrische Identität:
Einheit in der Vielfalt

→ Seite 16

Weltkongress 2017:
Spitzentreffen der
Psychiatrie

→ Seite 22

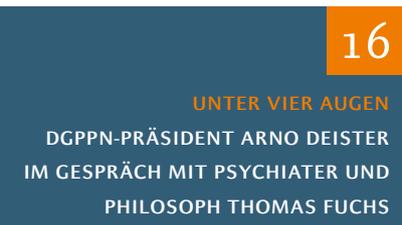
Körper und Seele
bei Hippokrates

→ Seite 38



8

WIE SICH DIE ARBEITSWELT VERÄNDERT



16

UNTER VIER AUGEN

DGPPN-PRÄSIDENT ARNO DEISTER IM GESPRÄCH MIT PSYCHIATER UND PHILOSOPH THOMAS FUCHS



22

DER DGPPN KONGRESS ALS WELTKONGRESS



34

WENN MEDIZINISCHE EINGRIFFE DIE IDENTITÄT VERÄNDERN

DIE THEMEN DIESER AUSGABE

EDITORIAL

GESUNDHEITSPOLITIK

Bundestagswahl:	
DGPPN stellt Forderungskatalog vor	2
Frühe Hilfe: Kinder schützen, Eltern unterstützen	4
Gleiche Rechte für Menschen mit psychischen Erkrankungen	5
Betreuungsrecht: Gesetzgeber schließt Schutzlücke	6

PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT

Digitaler Wandel: die Zukunft der Arbeit	8
Heile Welt:	
ein Blick in die Kinder- und Jugendpsychiatrie	12

UNTER VIER AUGEN

Einheit in der Vielfalt:	
ein Gespräch über die psychiatrische Identität	16

WELTKONGRESS DER PSYCHIATRIE

Am Puls von Wissenschaft und Versorgung	22
---	----

WISSENSCHAFT

Aktuelle Erkenntnisse aus der Forschung	26
---	----

ZUKUNFT

Generation PSY gibt ADHS eine Bühne	28
-------------------------------------	----

INSIDE DGPPN

Referate aktuell:	
klinisch angewandte Stimulationsverfahren	30
eMEN – ein transnationales EU-Projekt	31

PSYCHE IN MEDIEN

Thomas Melles <i>Die Welt im Rücken</i>	32
---	----

PSYCHIATRIE UND PHILOSOPHIE

Medizinethik:	
identitätsändernde Eingriffe in der Medizin	34

VON GESTERN FÜR HEUTE

Körper und Seele in den hippokratischen Schriften	38
---	----

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

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

Reinhardtstraße 27 B
10117 Berlin

Tel.: 030.2404 772-0

Fax: 030.2404 772-29

E-Mail: pressestelle@dgppn.de

Präsident

Prof. Dr. med. Arno Deister
(Vi.S.d.P.)

Registergericht:

VR 26854 B, Amtsgericht Berlin
Charlottenburg

REDAKTION

Jürg Beutler, lic. phil. (Leitung)

Dipl.-Psych. Gabriel Gerlinger M. A.
(Leitung)

Isabelle Lork, M. A.

Robert Zeidler, MPH

AUFLAGE

9.850 Exemplare

ERSCHEINUNGSDATUM

März 2017

LAYOUT UND SATZ

Irene Pranter | Gestaltungsreich

SCHLUSSKORREKTUR

Heidefrey Lektorat

DRUCK

Buch- und Offsetdruckerei

H. HEENEMANN GmbH & Co. KG,
Berlin

ABBILDUNGEN

AKG-IMAGES: S. 35 (René Magritte/VG Bild-Kunst), S. 39 (Album/Oronoz); DEUTSCHER BUNDESTAG: S. 2 (Alex Hartmann); CLAUDIA BURGER: S. 1, 7, 16–21, 25; FOTOLIA: S. 22 (sborisov), S. 30 oben (striZh); ISTOCK: Titelseite + S. 8 (eternalcreative), S. 11 (ktsimage), S. 27 rechts (GeorgePeters), S. 30 unten (Courtney Keating), U4 (RoyFWylam); MESSE BERLIN GMBH: S. 24; DAGMAR MORATH: S. 33; PHOTOCASE: S. 5 (nena2112); PICTURE ALLIANCE: S. 26 rechts (obs), S. 38 (AKG-IMAGES); THINKSTOCK: S. 4 (djedzura), S. 26 links (stevanovicigor), S. 27 links (brunohaver), S. 31 oben (abluecup), S. 31 unten (monkeybusinessimages), U3 (GULIVERIS); CHRISTIAN WERNER: S. 13–14

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

Kollege Roboter, übernehmen Sie – was vor wenigen Jahren noch nach Science-Fiction klang, ist heute in vielen Berufen längst Realität. In großen Schritten bewegt sich die Arbeitswelt auf die nächste Revolution zu. Digitalisierung und Automatisierung halten überall Einzug, neue Arbeitskonzepte und -formen entstehen. Diese massiven Umwälzungen eröffnen zwar neue Möglichkeiten und Freiräume, sie können uns aber auch überfordern. Die Journalistin Anke Nolte ist für *Psyche im Fokus* der Frage nachgegangen, mit welchen Chancen und Risiken „Arbeiten 4.0“ verbunden ist. → [Seite 8](#)

Rasante Entwicklungen erleben wir auch im Fach „Psychiatrie und Psychotherapie“. Die neurobiologische Forschung hat uns in den letzten Jahren eine neue Sicht auf die Entstehung und Behandlung von psychischen Erkrankungen ermöglicht. Gleichzeitig sind wir als Psychiater aber auch der therapeutischen Beziehung zu den Menschen mit all ihren psychischen, körperlichen und sozialen Aspekten verpflichtet. Wie es gelingen kann, diese unterschiedlichen Ansätze zu vereinen, darüber habe ich mich mit dem Psychiater und Philosophen Thomas Fuchs ausgetauscht. → [Seite 16](#)

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

- Über ein Jahr lang hat *ZEIT*-Autorin Jana Simon zwei psychisch erkrankte Jugendliche in der Klinik begleitet. Entstanden ist eine packende Reportage, die in die Tiefe geht und einen bleibenden Eindruck hinterlässt.
- Im kommenden Oktober steht ein Kongress der Sonderklasse an: Die DGPPN lädt gemeinsam mit der *World Psychiatric Association* (WPA) zum Weltkongress der Psychiatrie nach Berlin ein. Wir haben für Sie die ersten Höhepunkte aus dem Programm zusammengestellt. → [Seite 22](#)
- Welche Möglichkeit hat ein Patient, wenn er vor einer Behandlung steht, die seine Persönlichkeit verändern kann? Dieser spannenden Frage geht der Philosoph Karsten Witt in seinem Artikel nach. → [Seite 34](#)
- Was wussten Hippokrates, die Ärzte seiner Zeit und jene der folgenden Jahrhunderte über den Menschen? Der Philologe Hellmut Flashar schreibt über das Verhältnis von Körper und Seele in den hippokratischen Schriften. → [Seite 38](#)

Viel Freude bei der Lektüre von *Psyche im Fokus* wünscht Ihnen Ihr

Arno Deister
Präsident DGPPN



BUNDESTAGSWAHL

DER BEDEUTUNG PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN RECHNUNG TRAGEN

Die aktuellen Gesundheitsreports der Krankenkassen zeigen: Psychische Erkrankungen zählen zu den größten Gesundheitsproblemen in Deutschland. Trotzdem ist das Versorgungs- und Rehabilitationssystem nicht so aufgestellt, wie es für die Betroffenen notwendig wäre. Die DGPPN sieht deshalb die Politik in der Pflicht, rasch und nachhaltig aktiv zu werden. Mit Blick auf die kommende Bundestagswahl im Herbst haben die politischen Parteien nun die Gelegenheit, die richtigen Weichen zu stellen.



Aus Sicht der DGPPN müssen psychische Erkrankungen noch stärker in den Fokus der Politik rücken.

Die von den Krankenkassen zu Beginn des Jahres veröffentlichten Krankenstandsanalysen führen deutlich vor Augen, wie einschneidend sich psychische Erkrankungen auf das Leben der Betroffenen auswirken. Im vergangenen Jahr haben sie mehr Fehltag verursacht als jemals zuvor. Zwar blieben insgesamt weniger Menschen aufgrund von Depressionen und anderen psychischen Leiden ihrer Arbeit fern – doch die einzelnen Krankheitsverläufe dauerten dafür länger. Die Krankheiten stehen nicht nur bei den Fehltagen an vorderster Stelle, mittlerweile geht auch jede zweite vorzeitige Berentung auf

eine psychische Diagnose zurück. Nur 10 % aller Menschen mit einer chronischen psychischen Erkrankung sind in den ersten Arbeitsmarkt integriert.

Trotzdem ist das Versorgungs- und Rehabilitationssystem in Deutschland noch nicht so aufgestellt, wie es für die Betroffenen notwendig wäre. Die DGPPN hat eine Reihe von Problemfeldern identifiziert, in denen dringender Handlungsbedarf besteht. Im Vorfeld der Bundestagswahl im kommenden Herbst richtet sich die Fachgesellschaft deshalb mit einer Reihe von politischen Forderungen an die verschiedenen Parteien. Das übergeordnete Ziel dabei ist

klar: Den besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen muss in allen Bereichen der Gesellschaft Rechnung getragen werden. Auf die einzelnen politischen Bereiche übertragen, ergeben sich daraus die folgenden Handlungsfelder.

FORSCHUNG LANGFRISTIG UND STRUKTURELL FÖRDERN

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse bieten die Möglichkeit, die Lebensqualität und Teilhabe der Betroffenen in allen Altersbereichen durch effektivere und individualisierte Therapien signifikant zu verbessern. Deshalb muss die Gesundheitsforschung über die Lebensspanne in Deutschland ausgebaut und strukturell gefördert werden.

Die DGPPN fordert deshalb:

- Weiterführung der BMBF-Förderung für das „Forschungsnetz zu psychischen Erkrankungen“
- Strukturelle Forschungsförderung durch Einrichtung eines vernetzten „Deutschen Zentrums für psychische Erkrankungen“ (DZP) mit mehreren, kompetitiv ausgeschriebenen Standorten
- Interessenunabhängige, öffentliche Förderung der Forschung zu neuen Formen psychotherapeutischer, biologischer sowie innovativer psychosozialer Behandlungsmethoden
- Öffentliche Förderung der Versorgungs- und epidemiologischen

Forschung zur bedarfsgerechten Planung und Umsetzung evidenzbasierter Diagnostiken und Therapiemethoden

- Erhöhung der Forschungsförderung zur Erforschung der Ursachen von demenziellen Erkrankungen sowie deren Diagnostik und Therapie im Rahmen eines „Nationalen Aktionsplans Demenz“

PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN NACHHALTIG VORBEUGEN

Angesichts des demografischen Wandels und der rapiden Veränderungen in der Arbeitswelt kommt dem Erhalt der psychischen Gesundheit eine zentrale Rolle zu. Die Wirksamkeit präventiver Interventionen bei psychischen Erkrankungen ist wissenschaftlich belegt – sie können etwa die Neuerkrankungsraten bei Depressionen um bis zu 50 % reduzieren. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind auch die Experten für Prävention.

Die DGPPN fordert deshalb:

- Aufnahme bestehender Strategien zur Prävention in einen Aktionsplan unter Berücksichtigung von Patientengruppen mit hohem Erkrankungsrisiko inklusive traumatisierter Menschen
- Ausbau der ambulanten Versorgungsstrukturen sowie der vorhandenen gemeindenahen Präventiv- und Früherkennungszentren für psychische Erkrankungen
- Stärkere Beachtung psychosozialer Risikofaktoren, insbesondere auch bei der betrieblichen Gesundheitsförderung

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN BEDÜRFNISGERECHT VERSORGEN

In Deutschland nehmen immer mehr Menschen medizinische Leistungen aufgrund von psychischen Erkrankungen in Anspruch. Das Versorgungssystem muss darauf reagieren und dabei

den besonderen Bedürfnissen dieser Patientengruppe Rechnung tragen. Mit der Novellierung des Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Kliniken steht die stationäre Versorgung vor einer Neuausrichtung, doch entscheidende Fragen der Umsetzung sind noch ungeklärt. Auch in der ambulanten Versorgung besteht großer Handlungsbedarf: Patienten leiden unter langen Wartezeiten auf einen passenden Behandlungsplatz, die pauschale Vergütung für die ambulant tätigen Psychiater erlaubt kaum Zeit für therapeutische Gespräche und die morbiditätsunabhängige Bedarfsplanung verschärft bestehende Versorgungsungerechtigkeiten.

Die DGPPN fordert deshalb:

- Sicherstellung und Finanzierung der flächendeckenden leitliniengerechten ambulanten und stationären Versorgung von Menschen mit – insbesondere auch schweren und chronischen – psychischen Erkrankungen
- Adäquate Finanzierung psychiatrisch-psychotherapeutischer –

unterschiedlich intensiver und frequenter – Gesprächsleistungen in der ambulanten Versorgung außerhalb eines Quartalsbudgets

- Schaffung eines gesetzlichen Rahmens für eine sektorenübergreifende Vernetzung aller beteiligten Berufsgruppen zur Förderung strukturierter, passgenauer und bedarfsgerechter Versorgungsangebote
- Reformierung der (Methoden der) Bedarfsplanung für eine morbiditäts- und bedarfsorientierte Versorgung
- Angemessene Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung

GESELLSCHAFTLICHE TEILHABE LANGFRISTIG SICHERSTELLEN

Die gegenwärtige Arbeits- und Erwerbssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ist kritisch. Jeder zweite Betroffene geht keiner Arbeit nach, weniger als 10 % sind in Voll- oder Teilzeitarbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt integriert. Ein substantieller Teil von Langzeitarbeitslosen ist psychisch krank. Die Integration in den ersten Arbeitsmarkt gelingt mit den gegenwärtigen Förderungsinstrumenten nicht ausreichend. Deutschland hat Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Behinderungen bei der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) bislang zu wenig berücksichtigt.

Die DGPPN fordert deshalb:

- Verbesserung der politischen Rahmenbedingungen für den Einsatz von gezielten psychosozialen Interventionen
- Sektorenübergreifende Integration von Rehabilitationsmaßnahmen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen
- Weitere Umsetzung der UN-BRK in Deutschland – auch und insbesondere für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und Behinderungen

NEU ERSCHIENEN



DIE BROSCHÜRE ZUR BUNDESTAGSWAHL

Was ist nötig, damit Menschen mit psychischen Erkrankungen überall in Deutschland die notwendigen Hilfen erhalten? Jetzt die Broschüre auf www.dgppn.de downloaden oder per E-Mail bestellen: sekretariat@dgppn.de

FRÜHE HILFE

KINDER SCHÜTZEN, ELTERN UNTERSTÜTZEN

Depressionen, Psychosen oder Alkoholsucht: Wenn Kinder mit psychisch erkrankten Eltern aufwachsen, ist das eine enorme Belastung und kann Auswirkungen auf ihre Entwicklung haben. Oftmals fallen sie dabei durch das Raster des Gesundheitssystems. Nun will das vom Bundesfamilienministerium geförderte Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) ihre Situation verbessern.



Kinder psychisch erkrankter Eltern sind besonderen Belastungen ausgesetzt.

Rund drei Millionen Kinder leben in Deutschland in Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. Für viele ist diese Situation mit großem Leidensdruck verbunden: Ihr Leben wird durch die extremen Gefühlszustände ihrer Eltern geprägt, die für sie unverständlich sind oder bedrohlich wirken. Sie erleben Trennungen durch Klinikaufenthalte mit wechselnden Betreuungen und können ungünstigen Alltagsstrukturen ausgesetzt sein.

ERHÖHTES ERKRANKUNGSRISIKO

Die enormen Belastungen sind auf den ersten Blick oft nicht erkennbar. Häufig wirken die betroffenen Kinder ruhig und unauffällig, weisen aber zum Teil schon Entwicklungsdefizite auf.

Studien zufolge haben Kinder psychisch erkrankter Eltern ein erhöhtes Risiko, im Laufe ihres Lebens selbst eine Störung zu entwickeln. Bei rund der Hälfte der Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegt bei den Eltern ebenfalls eine psychische Störung vor. Für die Eltern ist die Situation belastend: Sie machen sich große Sorgen um ihre Kinder, kennen aber die Beratungsangebote nicht oder nehmen diese aus Sorge vor Stigmatisierung und Bevormundung nicht in Anspruch.

Um betroffenen Familien zu helfen, hat das NZFH im vergangenen Jahr ein Eckpunktepapier veröffentlicht, das die Hilfe- und Unterstützungsbedürfnisse analysiert, die Versorgungssituation beleuchtet und daraus Handlungsempfehlungen ableitet. Wie sich diese nun in die Praxis umsetzen lassen, haben Anfang Januar über 200 Fachexperten aus der Wissenschaft und der Versorgung auf einer großen Tagung des NZFH diskutiert.

FACHÄRZTLICHE WEITERBILDUNG STÄRKEN

Die DGPPN gehört nicht nur zu den 25 unterzeichnenden Fachgesellschaften und Institutionen des Eckpunktepapiers, sie setzt sich auch konkret dafür ein, dass sich psychiatrische Kliniken und Praxen in Zukunft verstärkt in die interdisziplinäre Versorgung von Familien mit psychisch erkrankten Eltern einbringen. Sie schlägt deshalb vor, die Erziehung und Betreuung minderjähriger Kinder durch psychisch kranke Eltern im Sinne primärpräventiver Maß-

nahmen in die laufende Novellierung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) für den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie aufzunehmen. Zukünftig sollen Assistenzärzte lernen, krankheitsbedingte Einschränkungen der elterlichen Erziehungs- und Beziehungskompetenzen zu erkennen (Funktionsdiagnostik) und spezifische Unterstützungs- und Hilfsangebote – möglichst bereits vom Krankenhaus aus – einzuleiten. Auch systemisch-familientherapeutische Interventionsansätze sollen vermitteln werden.

Damit Familien mit psychisch erkrankten Eltern besser unterstützt werden, bedarf es aus Sicht der DGPPN grundlegender struktureller Veränderungen in der Versorgung. So fehlt es z. B. bis heute in ganz Deutschland aufgrund der fehlenden Finanzierung an stationären und tagesklinischen Behandlungsplätzen für Mutter-Kind-Dyaden. Die familienspezifischen Angebote müssen deshalb flächendeckend entwickelt, umgesetzt und in die Regelversorgung integriert werden – einschließlich der interdisziplinären Vernetzungsaufgaben.

SCHUTZ, FÖRDERUNG UND TEILHABE

Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) wurde 2007 vom Bundesfamilienministerium gegründet. Es entstand im Rahmen eines Aktionsprogramms, um die Rechte von Kindern auf Schutz, Förderung und gesellschaftliche Teilhabe zu verbessern. Träger des NZFH ist die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Kooperation mit dem Deutschen Jugendinstitut e. V.

FORDERUNG DER WPA

GLEICHE RECHTE FÜR MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN

Eine weltweite Umfrage der World Psychiatric Association (WPA) zeigt das Ausmaß der Diskriminierung, dem Menschen mit psychischen Erkrankungen ausgesetzt sind. Unterstützt von vielen nationalen psychiatrischen Fachgesellschaften – darunter auch die DGPPN – hat die WPA deshalb einen Katalog von Rechten für Menschen mit psychischen Erkrankungen verabschiedet. Darin werden alle Regierungen aufgerufen, die Gleichstellung vor dem Gesetz zu garantieren.

Eine weltweite Umfrage der WPA zu den Gesetzen und Richtlinien in den 193 Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen (UN) zeigt das Ausmaß der Diskriminierung, mit dem Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Bereichen Ehe, Wahlrecht und Arbeit sowie dem Vertragsrecht konfrontiert sind: So verbieten z. B. rund 37 % der Länder die Heirat, in weiteren 36 % dürfen Betroffene nicht wählen. In mehr als der Hälfte der Länder gibt es keinen expliziten Schutz durch Gesetze gegen Entlassungen aufgrund von psychische Erkrankungen. Die Ergebnisse der Umfrage wurden im Bericht „Soziale Gerechtigkeit für Menschen mit psychischen Erkrankungen“ im *International Review of Psychiatry* veröffentlicht.

DISKRIMINIERUNG VERHINDERN

Die Ergebnisse haben die WPA dazu veranlasst, einen Katalog von Rechten für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erstellen – die *Bill of Rights for Individuals with Mental Illness*. Diese fordert, dass Menschen mit einer psychischen Erkrankung nicht auf Grund ihres Gesundheitszustands diskriminiert, sondern als vollwertige Bürger behandelt werden, welche die gleichen Rechte wie alle anderen genießen. Die WPA richtet sich mit ihrer Forderung weltweit an alle Regierungen. Sie vereint unter ihrem Dach über 138 nationale Fachgesellschaften mit insgesamt mehr als 200.000 Fachärzten, Therapeuten und Wissenschaftlern.



In vielen Ländern gibt es massive Beschränkungen für psychisch Erkrankte.

FORDERUNGSKATALOG MIT 15 ZENTRALEN PUNKTEN

1. Das Recht auf zugängliche und erschwingliche geistige und körperliche Gesundheitspflege
 2. Das Recht, selbstständig in der Gemeinschaft wie andere Bürger zu leben
 3. Das Recht auf Arbeit und Arbeitsmöglichkeiten sowie Schutzmaßnahmen bei der Arbeit, einschließlich Fördermaßnahmen zugunsten benachteiligter Gruppen
 4. Das Recht auf ein angemessenes Einkommen, um die Grundbedürfnisse wie Nahrung, Unterkunft, Kleidung usw. abzudecken
 5. Das Recht auf eine zugängliche, integrierte, bezahlbare Unterkunft
 6. Das Recht auf Bildung und Ausbildung, wie sie für andere Bürger auch verfügbar sind
 7. Das Recht auf Freizügigkeit und Beseitigung von Reisebeschränkungen
 8. Das Recht, Eigentum zu besitzen, zu erben, und zu veräußern sowie das Recht auf angemessene Unterstützung, um dieses Recht auszuüben
 9. Das Recht, zu heiraten und Kinder zu haben bzw. zu adoptieren und eine Familie großzuziehen, mit zusätzlicher Unterstützung bei Bedarf
 10. Das Recht, seine Zukunft zu bestimmen und die eigenen Lebensentscheidungen zu treffen
 11. Das Recht, zu wählen und in ein öffentliches Amt gewählt zu werden
 12. Das Recht, vor dem Gesetz mit anderen Bürgern gleichgestellt zu werden, und das Recht zum uneingeschränkten gesetzlichen Schutz
 13. Das Recht, von unmenschlicher, erniedrigender Behandlung und Strafe frei zu sein
 14. Das Recht auf Vertraulichkeit und Privatsphäre
 15. Das Recht, am kulturellen und sozialen Leben der Gemeinschaft teilzunehmen und eine Religion seiner Wahl auszuüben
- Weitere Informationen finden Sie auf www.wpanet.org

BETREUUNGSRECHT

GESETZGEBER SCHLIESST SCHUTZLÜCKE

Bisher ist die freiheitsentziehende Unterbringung zwingende Voraussetzung für ärztliche Zwangsmaßnahmen – was zur Folge haben kann, dass selbstbestimmungsunfähigen Patienten in bestimmten Situationen eine medizinisch indizierte Behandlung vorenthalten werden muss und sie dadurch einen schwerwiegenden gesundheitlichen Schaden erleiden oder sogar versterben. Das Bundesverfassungsgericht hat Mitte des letzten Jahres entschieden, dass diese Regelungslücke mit der Schutzpflicht des Staates unvereinbar ist und das Betreuungsrecht umgehend angepasst werden muss.

§ 1906 des Bürgerlichen Gesetzbuches regelt, in welchen Fällen betreute Patienten gegen ihren Willen untergebracht und gegebenenfalls behandelt werden dürfen. Voraussetzung für eine ärztliche Zwangsmaßnahme ist dabei, dass diese im Rahmen einer freiheitsentziehenden Unterbringung erfolgt. Nun hat das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass diese Regelung mit der im Grundgesetz festgehaltenen Schutzpflicht des Staates unvereinbar ist. Die Karlsruher Richter ordneten eine entsprechende Übergangsregelung an und forderten den Gesetzgeber auf, die festgestellte Schutzlücke unverzüglich zu schließen. Ende des letzten Jahres wurde ein Referententwurf vorgelegt, den die DGPPN grundsätzlich unterstützt, jedoch im Detail kritisch kommentiert hat.

DURCH SCHUTZLÜCKE BENACHTEILIGT

Durch die Kopplung von Zwangsmaßnahmen und freiheitsentziehender Unterbringung war eine Schutzlücke in den Fällen entstanden, in denen sich der Betreute der Behandlung räumlich nicht entziehen will oder dazu körperlich nicht imstande ist. In der Praxis hat dies zur Folge, dass erkrankungsbedingt selbstbestimmungsunfähige Patienten in diesen Situationen nicht gegen ihren natürlichen Willen ärztlich behandelt werden dürfen – und unter Umständen einen schwerwiegenden

gesundheitlichen Schaden erleiden oder sogar versterben. Dadurch sind diese Menschen gegenüber anderen, die in der Lage bzw. willens sind, sich der Behandlung zu entziehen, insofern benachteiligt, als ihnen eine Heilmaßnahme zu ihrem Wohle vorenthalten werden muss.

Vor dem Bundesverfassungsgericht hatte eine Berufsbetreuerin geklagt, deren Klientin aufgrund einer schizoaffectiven Psychose die dringende Notwendigkeit der Behandlung einer Krebserkrankung nicht einsehen konnte und diese ablehnte. Da die Betroffene infolge weiterer schwerer Erkrankungen erheblich geschwächt war und sich nicht fortbewegen konnte, wurde eine Verlängerung der Unterbringung und auf dieser Basis eine ärztliche Zwangsmaßnahme zur Behandlung des Brustkrebses vom Amtsgericht nicht genehmigt. Das zuständige Landesgericht hatte daraufhin die Beschwerde der Betreuerin abgelehnt, wodurch der Weg für eine Verfassungsbeschwerde gegeben war. Inzwischen ist die betroffene Patientin verstorben.

GESETZENTWURF BRINGT VERBESSERUNGEN

Die im „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts von Betreuten“ des Bundesministeriums der

Justiz und für Verbraucherschutz vom 14. Dezember 2016 vorgesehene Entkopplung der Genehmigung von zivilrechtlicher Unterbringung und Zwangsbehandlung wird von der DGPPN grundsätzlich unterstützt und entspricht ihrer Stellungnahme an das Bundesverfassungsgericht vom 18. Mai 2015.

Dort wurde vorgeschlagen, die Genehmigung einer Zwangsbehandlung an den Aufenthalt in einer geeigneten Einrichtung zu binden. Der vorliegende Gesetzentwurf sieht nun vor, dass eine Zwangsbehandlung nur im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthaltes erfolgen darf. Damit sind sowohl Zwangsbehandlungen während eines stationären Aufenthaltes in einem Heim, als auch ambulante Zwangsbehandlungen nicht möglich. Letzteres ist medizinisch sinnvoll, nicht wie in der Begründung angegeben wegen des Ultima-Ratio-Prinzips, sondern weil wissenschaftliche Studien gezeigt haben, dass ambulante Zwangsbehandlungen wenig effektiv sind. Bezüglich der Sinnhaftigkeit von Zwangsbehandlungen im Rahmen stationärer Heimaufenthalte gibt es keine wissenschaftliche Evidenz. Unter medizinischen Sicherheitsaspekten ist es aber sinnvoll, eine Beschränkung auf stationäre Krankenhausaufenthalte durchzuführen.

Darüber hinaus befürwortet die DGPPN, dass das Gesetz dahingehend präzisiert werden soll, dass freiheitsentziehende Maßnahmen grundsätzlich einem Richtervorbehalt unterliegen.



Jeder Mensch hat das Recht, über seine Lebensführung selbst zu bestimmen – auch in Bezug auf seine Gesundheit.

Dies wird zwar schon derzeit in der gängigen Rechtspraxis so gelebt, war bislang aber nicht *expressis verbis* im Gesetz festgehalten. Allerdings sollte aus Sicht der DGPPN die Gabe von Medikamenten aus der Liste der freiheitsentziehenden Maßnahmen entfernt werden, denn sie stellt aus medizinischer Sicht immer eine Behandlungsmaßnahme dar – im Fall der Anwendung gegen den natürlichen Willen des Betroffenen eine Zwangsbehandlung. Die Gabe von Medikamenten mit dem Ziel einer Freiheitsentziehung kann medizinisch nicht gerechtfertigt werden, sondern stellt lediglich eine Schutzmaßnahme dar. Es gibt allerdings Situationen, in denen eine mechanische Beschränkung nur dann *lege artis* durchgeführt werden kann, wenn zusätzlich Medikamente zur Sedierung oder zur Prophylaxe von Komplikationen (z. B. von Thrombosen und Embolien) medizinisch indiziert sind.

Das Gesetz zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen wurde im Februar 2017 von der Bundesregierung verabschiedet und wird voraussichtlich im zweiten Quartal den parlamentarischen Prozess durchlaufen.

BREITE GESELLSCHAFTLICHE DISKUSSION NOTWENDIG

Auch der Deutsche Ethikrat befasst sich zurzeit mit den ethischen und rechtlichen Implikationen des Selbstbestimmungsrechts in der Patientenversorgung und arbeitet an einer Stellungnahme.

Die DGPPN begrüßt und unterstützt diesen Schritt, weil es eines breiten und kontinuierlichen gesellschaftlichen Diskurses bedarf, ob und wann sich die Medizin über den Willen von Patienten hinwegsetzen darf.

Jeder Mensch hat das verbriefte Recht, über seine Lebensführung selbst zu bestimmen – gerade auch in Bezug auf seine Gesundheit. Doch schwere Erkrankungen können diese Selbstbestimmungsfähigkeit so stark beeinträchtigen, dass Patienten zeitweise nicht in der Lage sind, die für ihre Behandlung erforderlichen Entscheidungen selbstbestimmt zu treffen. In diesen Situationen geraten Ärzte in ein schwieriges und auch belastendes Dilemma: Sollen sie eine krankheitsbedingte Behandlungsverweigerung akzeptieren und damit riskieren, dass Patienten schwer zu Schaden kommen?

Oder sollen sie Patienten in diesen bestimmten Situationen gegen ihren Willen behandeln?

Die DGPPN beschäftigt sich seit vielen Jahren intensiv mit diesen Fragen. 2014 hat sie eine ethische Stellungnahme zur Förderung der Patientenautonomie veröffentlicht und Empfehlungen für die Praxis formuliert. Aktuell wird dazu eine wissenschaftliche S3-Leitlinie erarbeitet.

Die DGPPN betont, dass die Sicherstellung von Patientenrechten und die Vermeidung von Zwang eine hohe Strukturqualität in der Versorgung voraussetzt. Deshalb muss die Politik die Rahmenbedingungen schaffen, welche die Autonomie der Patienten unterstützen und deren umfängliche Partizipation an medizinischen Entscheidungen sicherstellen.

DIGITALER WANDEL

DIE ZUKUNFT DER ARBEIT

Digitalisierung, Globalisierung, demografischer Wandel: Diese Trends verändern die Arbeit rasant. Doch die vierte industrielle Revolution bricht nicht wie eine Naturgewalt über uns herein. Es gilt, die Zukunft der Arbeit zu gestalten – und zwar auf allen Ebenen. So können Chancen neuer Arbeitsformen für die Erwerbstätigen genutzt und Risiken aufgefangen werden.

Von Anke Nolte



In Zeiten von Arbeiten 4.0 werden Menschen mehr Gesundheitskompetenz benötigen.

Karl prüft und verpackt den ganzen Arbeitstag Waschmaschinendisplays, Frank lädt schwere Gegenstände auf Paletten, Espen ist als Gärtner tätig und Yolandi wird demnächst als Empfangsdame in einem Foyer arbeiten. Karl, Frank, Espen und Yolandi sind Mitarbeiter des Unternehmens Robozän, der weltweit ersten Zeitarbeitsfirma für Roboter. Wie menschliche Arbeitskräfte auch, erhalten sie einen Arbeitsvertrag und bekommen für ihren Einsatz einen Stundenlohn. Innerhalb weniger Tage sind die Roboter eingearbeitet und haben die nötigen Handgriffe gelernt – eine ressourceneffiziente Lösung für Unternehmen, wie die Berliner Firma wirbt, und ein Blick in die Zukunft von „Arbeiten 4.0“.

Mit großen Schritten bewegen wir uns von Arbeiten 3.0 – einer Phase, die in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts noch analog begonnen hat (siehe Kasten) – auf die nächste industrielle Revolution zu: Arbeiten 4.0. Digitalisierung und

Automatisierung werden die Arbeit immer mehr bestimmen. Intelligente Maschinen steuern die Produktion und kommunizieren miteinander, die Beschäftigten erhalten Anweisungen über eine Datenbrille und neue Mitarbeiter sind nicht immer menschliche Wesen, sondern unter Umständen humanoide Roboter. Ein Zehntel der industriellen Produktion weltweit wird bereits durch Roboter geleistet, bis 2020 soll der Anteil auf 45 % steigen, schätzt die *International Federation of Robotics* mit Sitz in Frankfurt am Main. D.h., körperlich schwere und monotone Arbeiten fallen zunehmend weg, die Arbeit an digitalen Endgeräten weitet sich aus. Immer mehr Menschen sitzen oder stehen schon jetzt den ganzen Tag vor dem Bildschirm, nutzen Computer, Laptop, Tablet oder Smartphone für ihre Arbeit, kommunizieren über E-Mails, Live-Videokonferenzen, Chat- und Ticketsysteme, Clouds sowie Projektmanagement- und Kollaborations-Tools – und das überall und zu jeder Zeit.

MEHR FREIRÄUME, MEHR SELBSTSTÄNDIGKEIT

„Massive Umwälzung durch neue Informations- und Kommunikationstechnologien kommen auf uns zu. Das bringt Chancen und Risiken für die psychische Gesundheit mit sich“, betont Prof. Steffi Riedel-Heller, Direktorin des Instituts für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health am Universitätsklinikum Leipzig und Vorstandsmitglied der DGPPN. Berufe sterben aus, feste Arbeitszeiten und starre Hierarchien lösen sich auf, die Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit verschwimmen. Es entstehen neue Arbeitsformen jenseits des heute schon längst nicht mehr so normalen „Normalarbeitsverhältnisses“. Solo-Selbstständigkeit, Projekt- und Teamarbeit, befristete Beschäftigungsverhältnisse, Zeitarbeit, Werkverträge, *Jobs on Demand* nehmen zu, während feste Arbeitsplätze auf dem Rückzug sind. „Das bedeutet mehr Flexibilität, mehr Selbstbestimmung und Freiräume auf der einen Seite“, sagt die Psychiaterin und Sozialmedizinerin Riedel-Heller. „Auf der anderen Seite heißt das aber auch: weniger Arbeitsschutz, mehr Jobunsicherheit und Überforderung durch zunehmende Informationsmengen.“

Zukünftig wird es für einen Großteil der Metropolbewohner ganz normal sein, zwischen abhängigen und unabhängigen Arbeitsverhältnissen hin- und herzuwechseln und immer mal wieder eigene Unternehmensideen auszuprobieren. Das prophezeit Christoph Fahle, der in Berlin einen der ersten *Coworking Spaces* gegründet hatte. Ein *Coworking Space* ist ein Gemeinschaftsbüro, wo sich Freelancer oder Unternehmensgründer versammeln, um nicht alleine zu Hause zu arbeiten und eventuell gemeinsam Projekte zu entwickeln. Fahle sieht diese Freiheiten durchaus positiv: „Die Arbeit an eigenen Projekten und eigenen Geschäftsideen ist viel erfüllender und weckt viel mehr Leidenschaft, als in hierarchischen Strukturen zu arbeiten.“

Das sagt er in einem Video auf den Seiten des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, das die Initiative „Arbeiten 4.0 – Arbeit weiter denken“ ins Leben gerufen hat. Die Arbeitsministerin will damit deutlich machen: Nicht nur das Arbeitsumfeld ändert sich, sondern auch die Ansprüche der Menschen an die Arbeit. Beispiel Flexibilität: In einer Befragung der IG Metall zeigte sich, dass nicht nur bei jüngeren, sondern auch bei älteren Beschäftigten der Wunsch nach mehr Arbeitszeitouveränität groß ist. Studien bestätigen, dass die Arbeitsunfähigkeitstage sinken, wenn die Erwerbstätigen über ihre Arbeitszeit selbst bestimmen können. In Zukunft flexibler arbeiten zu dürfen – das kann demnach zur Gesundheit der Erwerbstätigen beitragen.

NEUE ARBEITSFORM: CROWDWORKING

Das sehen sogenannte *Crowdworker* offensichtlich auch so: Spaß, Flexibilität und Selbstbestimmung – das bewegt die

meisten von ihnen dazu, diese Arbeitsform zu wählen, wie Befragungen nahelegen. *Crowdworking* bzw. *Crowdsourcing* gilt als die radikalste Form der Digitalisierung von Arbeit. Der Begriff setzt sich zusammen aus *Crowd* – deutsch Masse, Menschenmenge – und *Outsourcing*, also das Verlagern von Aufträgen nach außen. Beim *Crowdsourcing* geben Unternehmen Aufträge über eine Online-Plattform an ein Pool von registrierten *Crowdworkern*. Dabei werden komplexe Arbeiten häufig in kleinere Teile zerlegt bis hin zu *Microjobs* für wenige Dollar oder Euro, damit die Aufträge schnell und effektiv bearbeitet werden können. Die IG Metall schätzt, dass in Deutschland bereits eine Million *Crowdworker* tätig sind. „Dabei geht es um Tätigkeiten wie Quellen vergleichen, kleine Texte schreiben oder übersetzen, ein Logo entwerfen oder Webseiten testen“, berichtet Ines Zimzinski vom Deutschen *Crowdsourcing* Verband in Berlin. Die Unternehmensberaterin begleitete als Expertin die Initiative *Arbeiten 4.0* der ehemaligen Berliner Arbeitssenatorin Dilek Kolat.

Ein großer Vorteil des *Crowdworkings* ist in den Augen von Zimzinski die Chancengleichheit: „Geschlecht, Alter, Herkunft, Schulabschluss – das alles spielt keine Rolle“, betont sie. „Zudem kann *Crowdworking* ein schöner Einstieg ins Berufsleben sein für Menschen, die aufgrund einer psychischen oder körperlichen Erkrankung auf Homeoffice angewiesen sind.“ Doch auch die Nachteile liegen auf der Hand: Die *Crowdworker* arbeiten oft isoliert, das Verhältnis zum Auftraggeber bleibt mehr oder weniger anonym und die Aufträge sind meist nicht gut bezahlt. Deshalb setzt sich der Deutsche *Crowdsourcing* Verband für ein Qualitätssiegel ein, das ein vertrauensvolles und faires Miteinander garantieren soll.

STRESS DURCH ARBEITSVERDICHTUNG

Freies, flexibles Arbeiten wie *Crowdworking* hat aber auch seine Schattenseiten: Mit mehr Freiräumen, womöglich kombiniert mit schlechter Bezahlung, steigt die Gefahr, sich selbst auszubeuten. Doch auch Festangestellte sind gefährdet: „Durch Globalisierung, Konkurrenzdruck und Personalabbau kommt es für alle Beschäftigten zu einer Arbeitsverdichtung, d. h., es muss immer mehr in kürzerer Zeit geleistet werden“, betont der Soziologe Prof. Johannes Siegrist, der die Seniorprofessur für Psychosoziale Arbeitsbelastungsforschung an der medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf innehat. So zeigt der Arbeitszeitreport 2016 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), bei dem 20.000 Beschäftigte in Deutschland befragt wurden, dass Vollbeschäftigte im Durchschnitt fünf Stunden länger pro Woche arbeiten als vertraglich vereinbart, knapp die Hälfte arbeitet regelmäßig am Wochenende. Bereits im BAuA-Stressreport 2012 gaben 43 % der Erwerbstätigen an, dass Stress und Arbeitsdruck in den vergangenen zwei Jahren zugenommen haben.

Dauerstress macht krank, vor allem wenn in den Unternehmen oder in den anonymen Weiten des Internets kein Platz für Anerkennung ist. Es droht eine Gratifikationskrise – ein Modell, das auf Siegrist zurückgeht: „Wird eine Arbeit nicht angemessen belohnt – z. B. durch ein höheres Gehalt, Karrieremöglichkeiten oder sonstige Wertschätzung – und neigt die Person gleichzeitig dazu, sich zu verausgaben, sind psychische oder psychosomatische Erkrankungen die Folge“, erklärt Siegrist. Arbeitsplatzunsicherheit, geringe Entscheidungsspielräume, unfaire Regeln, mangelnde soziale Unterstützung sind weitere Belastungsfaktoren. „Viele Studien mit vielen tausend Beschäftigten zeigen, dass Menschen, die unter solchen Bedingungen arbeiten, ein deutlich höheres Risiko für Depressionen oder eine koronare Herzerkrankung haben“, so Siegrist.

Doch Arbeit macht nicht per se krank. „Wenn die Arbeitsqualität stimmt, hat Arbeit deutlich positive Effekte auf die

psychische Gesundheit“, hebt Prof. Siegrist hervor. „Denn Arbeiten dient nicht nur der materiellen Absicherung, sondern stillt wichtige psychische Bedürfnisse.“ Gute Arbeit stiftet Sinn, schafft Verbundenheit mit anderen und gibt den Menschen die Chance, etwas aus sich zu machen. Gute Arbeit zeichnet sich generell durch folgende Merkmale aus – egal, ob es sich um Arbeiten 3.0 oder 4.0 handelt (siehe Kasten), um Selbstständigkeit oder Festanstellung:

- Anforderungen, die fordern, aber nicht überfordern
- Wahlmöglichkeiten und Kontrolle
- Anerkennung und Belohnung
- ein unterstützendes Team
- Fairness, Respekt und soziale Gerechtigkeit
- klare Werte und sinnvolle Arbeit

VON DER DAMPFMASCHINE ZUR DIGITALISIERUNG

■ Arbeiten 1.0

Ende des 18. Jahrhunderts halten Dampfmaschine und mechanische Produktionsanlagen Einzug in die Arbeit. Die Industriegesellschaft beginnt, erste Organisationen von Arbeitern entstehen. Das Ideal der Arbeit orientiert sich an der Maschine.

■ Arbeiten 2.0

Massenproduktion und Anfänge des Wohlfahrtsstaates Ende des 19. Jahrhunderts: Soziale Probleme verschärfen sich, die organisierte Arbeiterschaft wehrt sich, erste Sozialversicherungen in Deutschland entstehen.

■ Arbeiten 3.0

In den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts etabliert sich die soziale Marktwirtschaft in Deutschland. Arbeitgeber und Arbeitnehmer verhandeln auf Augenhöhe miteinander. Doch der Wettbewerbsdruck steigt, soziale Rechte werden später teilweise zurückgenommen, die Produktion wird durch neue Informationstechnologien immer weiter automatisiert.

■ Arbeiten 4.0

Am Beginn des 21. Jahrhunderts wird Arbeiten vernetzter, digitaler und flexibler. Noch ist nicht geklärt, ob durch die Automatisierung mehr Arbeitsplätze wegfallen als neue entstehen. Einfache Tätigkeiten werden zunehmend durch Maschinen ersetzt, auf der anderen Seite entstehen mehr komplexe Aufgaben, die nicht automatisiert werden können. Es entwickeln sich neue Ansprüche der Erwerbstätigen an die Arbeit, neue Aushandlungsprozesse zwischen Erwerbstätigen, Arbeit-/Auftraggebern, Sozialpartnern und Staat stehen an.

(nach: „Grünbuch Arbeiten 4.0“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales)

VERHALTENSPRÄVENTION: DISTANZ ZU DEN ANFORDERUNGEN GEWINNEN

Es liegt an Unternehmen, Auftraggebern, Teams und nicht zuletzt am Staat, für solche Bedingungen auch in der Zukunft zu sorgen, wobei Führungskräfte und Projektleiter eine Schlüsselrolle spielen. Doch bei der Prävention von psychischen Erkrankungen geht es immer auch um eigene Einstellungen. Starke Leistungsorientierung, Perfektionismus, Fokussierung auf die Arbeit – das haben viele Menschen in einer Hochleistungsgesellschaft verinnerlicht. „In Zeiten von Arbeiten 4.0 sind nicht nur technische Skills erforderlich, sondern auch immer mehr Fähigkeiten zur Selbststeuerung“, betont Siegrist. Was brauche ich, um lange gesund und produktiv arbeiten zu können? Eine Frage, die sich jeder stellen sollte. „Für Erwerbstätige wird es immer wichtiger, dass sie Distanz zu den Anforderungen gewinnen“, so drückt es Siegrist aus.

Das beginnt damit, Hobbys und Freundschaften zu pflegen und sich genügend zu bewegen, um Stresshormone abzubauen. Johannes Ehret (Name geändert) aus München, Entwicklungsleiter aus der Branche „Erneuerbare Energien“, schafft sich Distanz, indem er die Wochenenden für heilig erklärt. „Von Freitagabend bis Montagmorgen arbeite ich in der Regel nicht.“ Er besteht auch auf drei Wochen Urlaub am Stück. „Mit meinem Chef habe ich abgemacht: Ich schaue im Urlaub nicht in meine E-Mails, nur in ganz dringenden Fällen bin ich per SMS erreichbar.“

In Zeiten von Arbeiten 4.0 werden Menschen mehr Gesundheitskompetenz benötigen. Darauf weist die Sozialmedizin-Professorin Riedel-Heller hin. Mit Gesundheitskompetenz, in der Forschung auch *Health Literacy* genannt, ist das Wissen über gesundheitsförderliches oder -gefährdendes Verhalten gemeint. Der Begriff umfasst die Kompetenzen und die Motivation, auf Gesundheitsinformationen zuzugreifen, sie zu verstehen und einzuordnen, um eigenständige Entscheidungen treffen zu können. In Kursen zum Zeitmanagement oder

zur Stressbewältigung beispielsweise können Berufstätige lernen, wie sie ihre Zeit besser einteilen, Prioritäten setzen oder wo sie delegieren können. Auch Gesundheits-Apps, Coaching oder eine kognitive Verhaltenstherapie können dabei unterstützen, gesünder zu arbeiten und zu leben.

MEHR FLEXIBILITÄT FÜR FESTANGESTELLTE, MEHR SICHERHEIT FÜR FREELANCER

Der Begriff Gesundheitskompetenz ist eng mit Bildung verknüpft: „In Zukunft sollte Gesundheitskompetenz auch in den Schulen und Ausbildungen verankert sein“, fordert Riedel-Heller. Sie weist darauf hin, dass Unternehmen ihre Beschäftigten mit den klassischen Instrumenten „Arbeitsschutz“, „Gefährdungsanalysen“ und „Betrieblichem Gesundheitsmanagement“ dabei unterstützen können, gesund zu bleiben. Zudem sollten Arbeitgeber flexiblere Arbeitszeiten ermöglichen, Eltern- und Pflegezeiten einräumen, Aufstiegschancen und Möglichkeiten zur Weiterbildung bieten.

Auch die Politik ist gefragt, um den Festangestellten mehr Flexibilität zu geben – und den Selbstständigen mehr Sicherheit. Im Weißbuch zum Arbeiten 4.0 des Bundesministeriums werden gerechte Löhne und eine gesetzliche Rentenversicherung auch für Selbstständige erwähnt. Ein sogenanntes Persönliches Erwerbstätigenkonto könnte in Zukunft junge Erwerbstätige mit einem Startkapital ausstatten, das für Qualifizierungen, Gründungsphase oder private Auszeiten genutzt werden kann. Festangestellten winkt ein Rechtsanspruch auf befristete Teilzeit sowie ein Wahlarbeitsgesetz, das mehr Wahlmöglichkeiten für Arbeitszeit und -ort einräumt.

POSITIVE LERNKULTUR FÜR ÄLTERE

Digitalisierung, dauernde Umstrukturierungen, Wegfall herkömmlicher Strukturen – das fordert vor allem die älteren Beschäftigten. Der Anteil älterer Menschen wird im Zuge des demografischen Wandels quer durch alle Branchen steigen. Schon jetzt gilt Deutschland als zweitälteste Gesellschaft der Welt. „Weil Ältere weniger auf digitale Grundkompetenzen zurückgreifen können als die nachkommenden *Digital Natives*, droht die Gefahr, dass sie abgehängt werden“, betont die Unternehmensberaterin Jeanette Huber vom Zukunftsinstitut in Frankfurt am Main. Dieses Phänomen wird auch digitale Spaltung genannt. So wurde für die USA nachgewiesen, dass Probleme mit neuen technischen Arbeitsbedingungen den Eintritt in den Vorruhestand fördern. Und in Deutschland geht jede zweite vorzeitige Berentung auf eine psychische Erkrankung zurück. Das sind Indizien dafür, dass besonders ältere Menschen im Arbeitsleben 4.0 Unterstützung benötigen.

„Dafür brauchen wir eine positive Lernkultur“, sagt Zukunftsexpertin Huber. „Lernen bedeutet dabei nicht, wie kann



Roboter sind in vielen Arbeitsbereichen heute schon Realität.

man einen Mangel ausgleichen, sondern wie Lust auf Neues wecken und Erfolgserlebnisse verschaffen.“ Dafür brauchen wir nach Huber auch „geschützte Räume, wo man sich auch mal blamieren darf“. Vorstellbar sind auch jüngere Mitarbeiter als Mentoren, die die Älteren mit neuen digitalen Techniken vertraut machen. Auch intergenerative bzw. altersgemischte Teams sind wünschenswert, damit verschiedene Generationen voneinander profitieren können.

Doch egal, ob alt oder jung: „Durch die zunehmende Virtualisierung und Flexibilisierung der modernen Arbeit droht das Gemeinschaftsgefühl verloren zu gehen“, hebt Huber hervor. Soziale Verbundenheit aber gilt als eine entscheidende Variable für psychische Gesundheit. Huber plädiert deshalb für eine neue, starke Offline-Kultur im Arbeitsleben. Unternehmen sollten Orte und Anlässe schaffen, die dafür sorgen, dass Menschen sich wieder persönlich begegnen, sodass Beziehung entsteht. Arbeiten 4.0 erfordert also eine neue Balance zwischen Online und Offline. Jeanette Huber: „Wir brauchen mehr soziale Verbundenheit – gerade in der digitalen Welt.“

ANKE NOLTE

Medizinjournalistin und Autorin

LITERATUR

1. Bundesministerium für Arbeit und Soziales: www.arbeitenviernull.de
2. Institut für Arbeitsschutz der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (2016): *Der Mensch im Mittelpunkt. Prioritäten für den Arbeitsschutz von morgen.* www.dguv.de > Prävention > Arbeiten 4.0
3. Bertelsmann Stiftung (2015): *Arbeiten 4.0. Wie werden wir in Zukunft arbeiten?* www.bertelsmann-stiftung.de > Publikationen
4. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA): www.baua.de
5. www.zukunftsinstitut.de
6. www.crowdsourcingverband.de
7. Siegrist, Johannes (2015): *Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen. Forschungsevidenz und präventive Maßnahmen.* München, Urban & Fischer

JUGENDPSYCHIATRIE

HEILE WELT

*Lena ist 15 Jahre alt. Sie kommt aus einer bürgerlichen Familie, geht aufs Gymnasium. Auf den ersten Blick scheint alles in Ordnung. Doch Lena ist schwer krank. Sie leidet unter einer Essstörung und einer Depression. Vier Monate verbringt sie deshalb in der Klinik für Jugendpsychiatrie und -psychotherapie in Eberswalde. Ihre Geschichte ist ein Beispiel für die schwierige und komplexe Situation von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland.**

Von Jana Simon

Lena sitzt mit dem Rücken zur Tür, schaut reglos aus dem Fenster. Draußen grauer Novemberbrei. Ihre Arme hängen schlapp herunter, wenn man sie anspricht, reagiert sie nicht, Kopfhörer stecken in ihren Ohrmuscheln. Sie hat noch nichts gesagt, aber ihre Düsterei wirkt niederdrückend, als entweiche allen Gegenständen in ihrer Nähe die Farbe. Wann genau es angefangen hat, weiß sie nicht mehr. Vor zwei, drei Jahren dachte sie zum ersten Mal daran, sich umzubringen, malte sich aus, wie sie sich tötet. Erzählt hat sie es niemandem, bis sie solche Kopfschmerzen bekam, dass ihre Eltern sie zum Arzt brachten. Die Ärzte glaubten an einen Hirntumor, aber sie konnten nichts finden. Als alle körperlichen Ursachen ausgeschlossen waren, blieb nur noch die Seele. Lena ging das erste Mal zum Psychologen. Mit 15.

Die Gespräche halfen ihr, aber sie dachte weiter darüber nach, wie sie sich das Leben nehmen könnte. Und sie kotzte nach jedem Essen, um schlank zu bleiben. An einem Mittwoch im Oktober vor einem Jahr sah ihr Vater den Fettfilm in der Toilette, der zurückbleibt, nachdem man sich übergeben hat. „Lena, willst du tot sein?“, fragte er seine Tochter. „Ja“, antwortete Lena. Ihre Therapeutin hatte ihr geraten, sie solle einen Stein auf den Tisch legen, wenn es nicht mehr gehe. Der Stein als Sinnbild für das In-sich-verschlossen-Sein. Lena hätte das nie getan, also legte ihr Vater den Stein für sie auf den Tisch und brachte sie in die Jugendpsychiatrie nach Eberswalde, Brandenburg. An jenem Mittwoch um 18.15 Uhr kommt Lena auf die Akutstation J2 des Martin Gropius Krankenhauses. Sie hat sich die Uhrzeit gemerkt, als Markierung einer neuen Zeitrechnung, der Eintritt in die Jugendpsychiatrie.

„WAS STIMMT NUR NICHT MIT MIR?“

Von außen betrachtet, erscheint bei Lena alles gut: Sie geht auf ein Gymnasium, ist hübsch, ihre Eltern arbeiten als Beamte im gehobenen Dienst. Sie haben sie nicht vernachlässigt

oder geschlagen, sie kümmern sich um sie. „In die Klappe wollte ich nie“, sagt Lena. Und nun hockt sie im November 2014 in der Jugendpsychiatrie auf ihrem Bett, roter PVC-Boden, die gelben Wände sind kahl, sie kann keine Bilder aufhängen, alles, was spitz ist, ist verboten – Nägel, Stecknadeln, Reißzwecken. Sie trägt die dunklen Haare hochgesteckt, enge Hosen, ihre langen Fingernägel sind orange lackiert. Ein Teenager in der Pubertät. Auf Fragen antwortet sie höflich, doch ihr Blick bleibt abwesend, als laufe in ihren Gedanken ein ganz anderes Programm.

In Wirklichkeit heißt sie nicht Lena, keiner der Jugendlichen in dieser Geschichte trägt seinen richtigen Namen. Die Scham ist zu groß. Eine psychische Krankheit wirkt wie eine Handgranate im Lebenslauf. Verständnis und Mitleid sind begrenzt, die Betroffenen gelten als „Verrückte“ oder gar als potenziell gefährlich. Es gibt nicht viele Krankheiten, die von der Umgebung ähnlich stark bewertet werden. Die Fragen reichen bis in die Intimsphäre: Was stimmt nicht mit der Familie? Und Lena fragt sich nun jeden Tag: „Was stimmt nur nicht mit mir?“

Später an diesem Tag im November sitzt sie in der Küche der Station, kreative Therapie. Zehn Jugendliche sind auf der J2, sie müssen auch beschäftigt werden. Lena würde sonst vermutlich ihr Bett nicht verlassen. Sie bastelt eine Katze aus einer Socke. Vanessa hockt neben ihr, hält ihre Lider gesenkt, sie sieht aus, als fange sie gleich an zu weinen. „Bist heute nicht gut drauf, wa!?“ sagt die Pflegerin zu ihr. Vanessa antwortet nicht. Es ist nicht ganz klar, was mit ihr los ist. Sie sagt etwas vage: Drogen. Ihr Vater und ihre Stiefmutter besuchen sie fast nie, sie sind rechtsextreme Aktivisten, eine Tochter in der Psychiatrie passt nicht in ihr Weltbild. Auf der anderen Seite des Tisches bemüht sich Auma aus Kenia, ihrer Katze einen Schwanz anzunähen. Sie wurde von der islamistischen Al-Shabaab-Miliz gefoltert und ist nach Deutschland geflohen. Dann ist da noch Jan, den Lena mag, ein schmaler Junge, der von Pflegefamilie zu Pflegefamilie zieht und schon mehrmals



Warum werden Kinder psychisch krank? Und sagt das etwas aus über unsere Gesellschaft?

versucht hat, sich umzubringen. Die Jugendlichen sprechen am Tisch kaum miteinander. Die gesammelte Traurigkeit legt sich wie ein Schatten auf die Brust, nimmt den Atem. Wenn man Lena und die anderen fragt, wie es ihnen geht, antworten trotzdem alle: „Gut!“

Bald wird auch Nico an diesem Tisch basteln. Er ist erst zwölf Jahre alt und schon aus drei Schulen und aus vier Jugendeinrichtungen geflogen. Gerade wurde die letzte „Maßnahme“, wie das im Jugendamtsdeutsch heißt, Wandern mit zwei Betreuern in Finnland, abgebrochen. Nun ist Nico in Begleitung der Polizei auf dem Weg in die Klinik. Keiner hat ihn bisher gesehen, aber sein Ruf ist bereits alarmierend.

Letzte Station Jugendpsychiatrie: Flucht, Krieg, Vernachlässigung, Armut, Mobbing, Gewalt, Trennung, Stress, Schulverweigerung, Drogen, politischer und religiöser Extremismus – alle gesellschaftlichen Probleme unserer Zeit, konzentriert auf einer Station. Eine Insel der Gestrandeten, die außerhalb der Klinik nicht mehr funktionieren. Vielleicht heißt die Lieblingsdiagnose in der Jugendpsychiatrie deshalb auch: Anpassungsstörung.

WARUM WERDEN KINDER PSYCHISCH KRANK?

Neun Uhr, ein Montagmorgen, Frühkonferenz der Ärzte und Pfleger. Etwa dreißig Menschen sind im Raum, Chefarzt Hubertus Adam fragt: „Wie war das Wochenende?“ Die Oberärztin der J2, Katrin Gräfe, antwortet: „Nico ist aus Finnland

eingeflogen worden. Er hat keinen richterlichen Beschluss.“ D.h., er muss nicht im Krankenhaus bleiben, wenn er nicht mag. Die Leiterin der Tagesklinik sagt, ein Mädchen sitze bei ihnen und weine, es habe einen Abschiedsbrief geschrieben. „Ihre Suizidalität liegt bei 10.“ Das ist der höchste Wert. Aber das Mädchen will nicht in der Klinik bleiben. Was macht man nun mit ihm? Entlassen oder dabehalten? Es geht auch um Personal und um Geld. Jeder Tag in der Psychiatrie kostet etwa 300 Euro, egal, welche Diagnose ein Patient hat. Das Pragmatische existiert neben dem Ungeheuerlichen, dass Teenager nicht mehr leben wollen und schon Vierjährige auf der Station sind, weil sie anderen mit Lego die Köpfe einhauen.

Wenn man den Statistiken glauben kann, sind 20% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland psychisch auffällig, 12 bis 15% davon sind behandlungsbedürftig, aber nur 8% in Behandlung. Suizid ist nach Verkehrsunfällen die häufigste Todesursache unter Jugendlichen. Warum werden Kinder psychisch krank? Und sagt das etwas aus über unsere Gesellschaft?

Adam sieht einzelne Patienten einmal die Woche zum Gespräch. Wenn sie zu ihm kommen, weiß er noch nichts über sie. Er versucht, unvoreingenommen zu sein. „Natürlich gibt es biologische und genetische Aspekte, warum ein Kind krank wird“, sagt Adam. Es existieren „Suizidfamilien“, in denen sich über Generationen mehrere Menschen umgebracht haben. Da fragt sich Adam: Ist das nun vererbt oder eine Familiendynamik, in der man nicht überleben kann? Meist ist es

eine Mischung aus biologischen und sozialen Ursachen. „Ich habe hier noch nie ein Kind gesehen, in dessen Familie es nicht auch Probleme gab.“ Vielleicht kann man aber auch in jeder Familie einen Abgrund finden, wenn man nur lange genug danach sucht. Nicht alle Jugendlichen, die in der Jugendpsychiatrie landen, sind psychisch gestört, manche haben nur eine vorübergehende Krise. „Die Kinder sind in den letzten zwanzig Jahren nicht kränker geworden“, sagt Adam, „aber wenn sie krank sind, dann richtig.“



Lena war Patientin der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Eberswalde.

Lena isst Germknödel zu Mittag, dann verschwindet sie auf der Toilette. Nun hat sie Kopfschmerzen und hockt auf ihrem Bett. Lena geht in der Klinik auch zur Schule, ein paar Stunden am Vormittag. Dort gibt es keine Klingel, keine Zensuren, keiner fragt, wie viel sie geschafft hat. Lena sagt: „Ich fühle mich hier beschützt vor allem.“ Drinnen, wie sie die Jugendpsychiatrie nennt, denke sie nicht so oft an Selbstmord. Draußen, sagt sie, erdrückten die Eltern sie mit ihrer Liebe.

Lena weiß nicht mehr genau, wie es anfang. Ihre Mutter war vor ein paar Jahren depressiv und verschwand zu einer Kur. Ihrer Tochter sagte sie nichts. Lena gab sich die Schuld am Verschwinden der Mutter. „Meine Eltern versuchen, ein liebevolles Familienleben zu führen, und ich mache alles kaputt.“ Lena – das böse Mädchen, das Geld klaut, patzige Antworten gibt und lügt. Lena nennt sich selbst ein Problemkind. „Ich hasse mich“, sagt sie. „Ich will nicht so aussehen, wie ich aussehe.“ Dabei betrachtet sie ihre Beine mit Abscheu. „Ich will abnehmen, wenn man sich übergibt, geht es am schnellsten.“

Draußen besucht sie ein Gymnasium. Sie hat Angst, nicht zu genügen. Sie glaubt, die Noten entscheiden über ihr gesamtes weiteres Leben, ob sie einmal Geld verdienen oder Hartz IV beziehen wird. „Ich will nicht Toiletten putzen. Ich will nicht versagen, sondern das Beste.“ Das ist: Chemie zu studieren. Sie will alles unter Kontrolle halten: ihr Gewicht, ihr Aussehen, ihre Zukunft, was andere von ihr denken. Es ist zu viel.

In der Klinik gibt es kein WLAN, keine Lehrer, keine Eltern, keine Freunde. Niemand fordert etwas. Deshalb ist Lena froh, hier zu sein. Sie hält sich an die Regeln, wie die meisten und

anders als der Neuankömmling Nico, der schon am ersten Tag die Grenzen austesten wird. Deshalb sagt sie nach fünf Wochen auf der J2, dass sie gern bleiben würde. „Hier werde ich richtig auf das Leben vorbereitet. Dann gehe ich raus und bin ein superstarker Mensch.“ Für Lena ist die Jugendpsychiatrie ein Pausenraum der modernen Leistungsgesellschaft.

KATHRIN DREVES-KAUP, BEHANDELNDE ÄRZTIN VON LENA

„Fünf bis sechs Patienten habe ich. Die Regel ist, zwei Psychotherapiestunden in der Woche, mehr als eine schaffe ich aber zurzeit oft nicht. Ich bin nur 30 Stunden in der Klinik, muss sehr ausführliche Krankenberichte schreiben, habe Nachtdienste und bin öfter die einzige Ärztin auf der Station. Auf der J2 ist die häufigste Erstdiagnose F 92.8, eine kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen. Lena hat eine depressive Episode mit einer Essstörung. Sie ist nicht tief depressiv, hat aber permanent psychosomatische Kopfschmerzen und seit Langem diese Stimmungsinstabilität. In der Beziehung zu mir ist Lena sehr angepasst, reflektiert, achtet genau darauf, wie ich auf sie reagiere, und verhält sich dementsprechend. Sie versucht, es einem recht zu machen. Lenas Eltern fragen mich: ‚Woran liegt es denn? Alles ist doch gut!‘ Da ist eine hohe Abwehr zu spüren. Aber je mehr wir uns an den Symptomen abarbeiten, desto weniger reden wir über die wirklichen Probleme. Lenas Eltern sind bemüht, gute Eltern zu sein. Keine Familie ist davor gefeit, dass ein Kind seelische Probleme entwickelt.“

„ICH MACHE DAS NICHT MIT ABSICHT“

Lena ist nun seit sieben Wochen in der Klinik. Manchmal wirkt sie, als sollte man sie besser nicht ansprechen, abweisend und zurückgezogen. Im nächsten Moment reagiert sie freundlich und spricht so reflektiert über sich, als habe sie ein Psychologie-Seminar belegt. An diesem Morgen ist sie mies gelaunt. Jan wurde entlassen. Lena und Jan haben sich verliebt. Eigentlich ist das verboten. Auf der Station gibt es Hinweisschilder mit den Regeln: Keine Umarmungen, keine Küsse. Jan hat Lena erst am vergangenen Tag seine Liebe gestanden. Nun besucht er eine Tagesklinik. Die beiden haben sich versprochen, auf WhatsApp Kontakt zu halten. Lenas Kopfschmerzen sind nach wie vor stechend, und sie übergibt sich noch immer nach dem Essen. Sie sagt, sie sei auf der Station aber fröhlicher. Sie werde ernst genommen, im Gegensatz zu Nico stört es sie überhaupt nicht, dass die Eingangstür abgeschlossen ist. Wenn es nach ihr ginge, könnte der Ausgang ganz gestrichen werden.

In den vergangenen Wochen hat Lena vier Kilo abgenommen. Sie isst nicht viel und hat sich Bilder von magersüchtigen Mädchen auf Tumblr angeschaut. „Ich finde es wichtig,

dass man meine Wirbelsäule, die Hüftknochen und meine Rippen sieht. Und dass zwischen meine Oberschenkel ein Ziegelstein passt.“ Ihre Stimme hat jetzt einen ähnlichen Klang wie beim Reden über das Ritzen. Lena weiß an jedem Tag genau, wie viel sie wiegt, ihr Gewicht bestimmt, wie es ihr geht. Nach außen behält sie die Kontrolle, funktioniert, das Kotzen und das Ritzen sind die sichtbaren Zeichen der Krankheit, die Risse in der Fassade.

Jetzt bricht es aus Lena heraus: „Ich habe keinen Bock.“ Keinen Bock auf die Familie. Es ist ein Moment, in dem sie ihre Aggression zeigt, die Deckung verlässt. Lena reagiert genervt, wenn ihre Eltern sie fragen: „Wie geht's dir?“ Wenn sie antwortet: „Gut!“, folgt sogleich die Nachfrage: „Wirklich? Geht's dir wirklich besser?“ Die Sorge nimmt Lena die Luft, aber zugleich sehnt sie sich nach ihr. Im Gegensatz zu anderen Jugendlichen auf der J2 wirkt Lenas Familie perfekt. So, dass selbst die Ergotherapeutin der Klinik meint, Lenas Leid komme ihr manchmal ein wenig aufgesetzt vor, als ob sie ihre Umgebung auffordern wolle: Kommt, kümmert euch um mich! Lena sagt, ihre Mutter gebe ihr das Gefühl, sie leide nur, um der Mutter wehzutun. „Ich mache das nicht mit Absicht“, sagt Lena. „Ich liege nicht abends im Bett und überlege, wie ich meine Mutter fertigmachen kann.“

Lena bleibt ein paar Wochen länger als Nico auf der Station J2. Dann kommt sie in die Tagesklinik, dort darf sie über Nacht nach Hause. Am 6. Februar wird sie nach insgesamt vier Monaten in der Jugendpsychiatrie entlassen. Sie wechselt das Gymnasium. Lena geht in die 10. Klasse. Ihren Mitschülern erzählt sie, sie sei wegen eines Nierenproblems im Krankenhaus gewesen. Im Sommer erscheint sie zu einigen verabredeten Treffen nicht oder sagt in letzter Minute ab. Am Telefon bleibt sie weiter freundlich. Sie gehe nun einmal die Woche zu einem Psychotherapeuten. Sie fühle sich besser, sagt sie. „Die Jugendpsychiatrie war das Beste, was mir passieren konnte.“ Darüber reden mag sie nicht.

An einem Montag in diesem Herbst warten Lenas Eltern in einem Café in Berlin. Lena reagiert nicht mehr auf Anrufe oder Briefe. Ihr Vater sagt, sie wolle nicht mehr über ihre Krankheit, über die Psychiatrie sprechen. Vielleicht ist ihre Verweigerung auch ein Zeichen der Heilung, sie traut sich, die Erwartungen nicht zu erfüllen, nicht zu funktionieren. Die Eltern bestellen Wasser. Sie tasten sich vor, beide wirken, als hätten sie Schweres hinter sich, lächeln aber trotzdem.

FÜR DIE ELTERN WAR DAS VERGANGENE JAHR KAUM AUSZUHALTEN

Den ersten Besuch in der Jugendpsychiatrie haben sie als traumatisch in Erinnerung. Die anderen Jugendlichen erscheinen ihnen viel gestörter als Lena. „Wir wollten schnelle Lösungen, dass es schnell vorbeigeht“, sagt Lenas Mutter heute. Am Anfang konnte sie bei den Gesprächen nicht dabei sein, als

sie schließlich Lenas Ärztin traf, sagte die: „Schön, dass auch Sie es einrichten konnten, zu kommen!“ Für Lenas Mutter klang das wie ein Vorwurf, als interessiere sie sich nicht für ihre Tochter. Die Eltern hatten viele Fragen: Was hat Lena? Haben das viele? Ist das schlimm? Die Ärzte konnten nicht immer darauf antworten, manchmal vergaßen oder verwechselten sie auch Details. Das kann bei der Menge an Patienten geschehen, aber für Lenas Eltern wirkte es wie Desinteresse. Dennoch sagt die Mutter jetzt: „Lena brauchte die Zeit in der Jugendpsychiatrie. Das war ein Luftholen für sie und für uns.“

Heute verstehen Lenas Eltern die J2 als das, was sie ist – eine Krisenstation, auf der die schweren Fälle konzentriert sind. Dort geht es um Notbehandlung und Stabilisierung. Darum, Leben zu retten. Heute sind sie dankbar, dass es einen Ort wie diesen gibt, der in der schlimmsten Zeit Hilfe, Sicherheit und Unterschlupf bietet. Erst danach beginnt der eigentliche Prozess der Genesung.

AUSGEZEICHNET!

Über ein Jahr begleitete die Autorin zwei Patienten der Kinderpsychiatrie in Eberswalde: Lena und Nico. Sie nahm an Therapiestunden teil, sprach mit Ärzten, Pflägern, Eltern, dem Jugendamt und immer wieder mit den beiden Patienten. Entstanden ist eine engagierte Reportage, die in die Tiefe geht und einen bleibenden Eindruck hinterlässt. Dafür hat die DGPPN Jana Simon 2016 den Medienpreis für Wissenschaftsjournalismus in der Kategorie „Print“ verliehen.

Lena schafft das Schuljahr. „Das hätten wir ihr nicht zuge-
traut“, sagen die Eltern. Sie will Abitur machen, sie fühlt sich besser als vor einem Jahr. Aber Lenas Vater ist skeptisch, wie es in ihrem Inneren wirklich aussieht. Nach wie vor hat sie Heißhungerattacken, bei denen sie den Kühlschrank leert und hinterher alles wieder erbricht. Einmal in der Woche redet sie mit einem Psychologen, und sie nimmt ein Antidepressivum, das auch die Essattacken mindern soll. Manchmal sehen Lenas Eltern frische Wunden vom Ritzen an ihren Armen. Doch immerhin spricht ihre Tochter jetzt mit ihnen. Für die Eltern war das vergangene Jahr kaum auszuhalten, die Mutter macht nun selbst eine Therapie. „Für den Moment war die Klinik gut. Sonst hätte Lena sich etwas angetan“, sagt der Vater. Jetzt hat sie Pläne, will ihr Zimmer neu gestalten. Vorbei ist es noch nicht.

JANA SIMON

Autorin bei der ZEIT

**Es handelt sich um eine stark gekürzte Fassung des Artikels „Heile Welt“ aus dem ZEITmagazin 50/2015. Jana Simon erzählt in der Originalfassung neben Lenas auch die Geschichte von Nico. Die vollständige Reportage finden Sie auf www.zeit.de/zeit-magazin*



EINHEIT IN DER VIELFALT

Kein anderes Fach verfügt unter den wissenschaftlichen Disziplinen über eine so große Spannweite wie die Psychiatrie und Psychotherapie: Es ist als theoretische und angewandte Wissenschaft der ganzheitlichen Sicht auf den Menschen mit all seinen psychischen, körperlichen und sozialen Aspekten verpflichtet. Doch wie kann es gelingen, die unterschiedlichen Ansätze zu vereinen? Der neue Präsident der DGPPN Professor Arno Deister spricht mit Psychiater und Philosoph Professor Thomas Fuchs über Möglichkeiten, die psychiatrische Identität neu zu denken und so der Komplexität des Menschen gerecht zu werden.

„WIR MÜSSEN UNSER SELBSTVERSTÄNDNIS AUCH AUF DIE BEZIEHEN, UM DIE ES GEHT: MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN.“

ARNO DEISTER

Deister: Schon seit ihrer Entstehung bewegt sich die Psychiatrie in einem Spannungsfeld zwischen Geistes- und Naturwissenschaften, zwischen subjektorientierter Erlebenswissenschaft und objektivierender Neurowissenschaft. Dieser Dualismus sorgt immer wieder für heftige Debatten in- und außerhalb des Fachs. Dabei macht die Vielfalt dieser teils komplementären und teils konkurrierenden Ansätze nicht nur die Lebendigkeit und den Reichtum der Psychiatrie aus, sie entspricht auch ihrem Gegenstand, nämlich dem psychisch erkrankten Menschen in seiner Komplexität. In Ihrem viel beachteten Eröffnungsvortrag auf dem DGPPN Kongress 2016 haben Sie deshalb dazu aufgerufen, in der Psychiatrie nach dem Paradigma einer „Einheit in der Vielfalt“ zu suchen. Für Ihre Überlegungen zu einer Standortbestimmung der Psychiatrie gab es großen Beifall, im Nachgang aber auch Kritik. Können Sie sich diese Reaktionen erklären?

Fuchs: Vermutlich habe ich mit meinem Vortrag einen Punkt angesprochen, der vielen Psychiatern in den Kliniken und Praxen schon lange unter den Nägeln brennt: Wir erleben in unserem Fach eine Diskrepanz zwischen den Anliegen und Erfahrungen in der unmittelbaren Patientenversorgung und der davon oft abgehobenen wissenschaftlichen, insbesondere neurobiologischen Forschung, die neue Standards setzt für die Interpretation und Behandlung von psychischen Erkrankungen. Viele Kollegen bleiben mit einem Gefühl der Distanz zurück: „Ich komme da nicht mehr mit. Was da erforscht wird, sagt mir nichts für meinen Alltag mit den Patienten. Im Gegenteil: Ich habe den Eindruck, dass sich das akademische und wissenschaftliche Fach immer mehr von dem entfernt, was ich leisten kann.“ Hier hat meine kritische Position zur klinischen Relevanz der bisherigen neurobiologischen Forschung sicher viele Kollegen angesprochen.

Gleichzeitig habe ich aber in meinem Vortrag auch die persönliche Rolle des Psychiaters herausgearbeitet: „Ich bin nicht bloß ausführendes Organ für alle möglichen Leitlinien und evidenzbasierten Verfahren, sondern als Person, die dem Patienten gegenübertritt, die vielleicht entscheidende und wichtigste Größe im Behandlungsprozess.“ Diese beiden Erfahrungen habe ich in meinem Vortrag sehr stark betont – und damit eben auch eine entsprechende Reaktion ausgelöst.

Deister: Ist diese Wahrnehmung nicht gerade auch ein Teil der Identität und des Selbstverständnisses von uns Psychia-

tern? Dass all das, was wir tun und leisten, nicht immer so wahrgenommen und wertgeschätzt wird, wie es eigentlich angemessen wäre?

Fuchs: Dieser Eindruck stimmt. Unsere Kolleginnen und Kollegen leisten an den Kliniken und in den Praxen harte Arbeit, setzen sich für die Menschen ein, denen es sehr schlecht geht und die noch immer am Rande der Gesellschaft stehen. Gleichzeitig fühlen sie sich aber nicht wertgeschätzt.

Deister: Es ist aber doch mehr als bloß ein Gefühl: Die sprechende Medizin wird in der Öffentlichkeit, Gesellschaft und Versorgung auch heute noch nicht gleich wahrgenommen wie die apparative Medizin.

Die sprechende Medizin wird auch heute noch nicht gleich wahrgenommen wie die apparative Medizin.

Fuchs: Ja, dieser Kontrast ist in der Versorgung deutlich spürbar. Ein Blick auf die Budgetverteilungen an den Kliniken genügt: Die Fokussierung auf die technischen Mittel steht im Vordergrund, während Sparmaßnahmen und der Druck, Behandlungen zu begründen, den Alltag immer stärker durchdringen. Als Arzt muss ich jede Minute meines Handelns dokumentieren und die Notwendigkeit meiner Intervention nachweisen. Das ist aus meiner Sicht eine regelrechte Drangsalierung, die signalisiert, wie wenig die persönliche Zeit wert ist, die der Arzt in den Patienten investiert.

Deister: Mit diesen Überlegungen haben Sie auf dem DGPPN Kongress im vergangenen November vielen Kollegen aus dem Herzen gesprochen. Doch Sie sind damit nicht nur auf positive Resonanz gestoßen.

Fuchs: Natürlich habe ich auch etwas polemisiert, um eine Reaktion zu provozieren und eine Debatte anzustoßen. Ich habe quasi die Rolle des Kindes in „Des Kaisers neue Kleider“ übernommen und gefragt: Was haben die Hunderte von Millionen Forschungsmitteln letztlich gebracht? Was ist dabei herausgekommen? Ich habe den Eindruck, dass sich auch viele hochrangige Forscher zunehmend die gleiche Frage stellen und konstatieren, dass die Ergebnisse tatsächlich nicht

„WIR SOLLTEN DIE PSYCHIATRIE ALS BEZIEHUNGSMEDIZIN VERSTEHEN.“

THOMAS FUCHS

befriedigend sind. Sie ziehen daraus nur den ganz gegenteiligen Schluss: noch mehr von dieser Forschung.

Deister: Solch kritische Debatten gehören auch zu unserem Fach – vielleicht sogar mehr als das: Sie machen unser Fach aus. Letztlich können wir doch stolz darauf sein, dass wir mit diesen Themen sehr differenziert umgehen und unser Handeln immer wieder hinterfragen.

Fuchs: Ja, die Psychiatrie muss so selbstkritisch sein, weil sie durch gesellschaftliche und kulturelle Entwicklungen immer wieder aufs Neue herausgefordert und infrage gestellt wird. Als Psychiater sind wir quasi zur Reflexion gezwungen. Hinzu kommt, dass wir es mit komplexen Phänomenen der Subjektivität und Neurobiologie zu tun haben und dadurch auch ständig an Grenzen der üblichen Begrifflichkeiten stoßen. Ich glaube, ohne ein gewisses Mindestmaß an Wissenschaftstheorie kommen wir in der Psychiatrie nicht aus. Das ist in anderen medizinischen Disziplinen, z. B. in der Kardiologie, einfach anders.

Die Psychiatrie wird immer wieder aufs Neue herausgefordert und infrage gestellt.

Deister: Mit dem Thema „Begrifflichkeit“ sprechen Sie einen weiteren wichtigen Aspekt unseres Selbstverständnisses an: Von außen betrachtet ist es nicht ganz einfach, die vielen Berufsbezeichnungen zu unterscheiden, die mit dem Präfix „Psych-“ beginnen. Was antworten Sie, wenn Sie gefragt werden, was Sie tun?

Fuchs: Ich bezeichne es einfach als Psychiatrie. Meistens muss ich aber eine längere Erklärung anfügen, warum es diese verschiedenen Begriffe überhaupt gibt, weshalb ihre Abgrenzung so schwierig ist und wie es aus historischen Gründen zu dieser Entwicklung gekommen ist. Unser Fach befindet sich in einer Sonderstellung, weil es durch seinen komplexen und nicht primär somatischen Gegenstand – die Psyche – nicht so eindeutig abgrenzbar ist wie z. B. die Kardiologie, auch wenn diese natürlich ebenso über Schnittflächen mit anderen medizinischen Fächern verfügt.

Deister: Darüber hinaus wurde unser Fach auch durch andere Begriffe geprägt, die ebenfalls eine bemerkenswerte semantische Vergangenheit aufweisen. Ich denke an Wörter wie „irre“ oder „toll“, mit denen über lange Zeiträume hinweg

Menschen mit psychischen Erkrankungen bezeichnet wurden – und die eine negative Bewertung beinhalteten.

Fuchs: Ja, das ist ein wichtiger Punkt. Ich denke dabei auch an wissenschaftliche Begriffe wie „Neurose“ und „Psychose“. Es ist doch erstaunlich, dass diese ursprünglich das Umge-



Prof. Dr. med. Dr. phil. Thomas Fuchs

kehrte bedeutet haben: Die Neurose bezeichnete die Krankheiten der Nerven, die Psychose die Krankheiten der psychodynamischen Erlebnissphäre. Diese Bedeutungsebenen haben im Laufe der Zeit gewechselt. Solche Beispiele zeigen, welche Bedeutung, aber auch welche Fluidität die Begriffe in unserem Fach haben. Sie sind nicht so festgefügt, wie man es manchmal gerne hätte.

Deister: Gleichzeitig ist in unserem Fach auch das Bedürfnis nach einer eindeutigen Identität oder einem Alleinstellungsmerkmal deutlich spürbar: „Wir sind Psychiater und Psychotherapeuten – und damit ist alles gesagt.“ Gibt es aus Ihrer Sicht Merkmale, die sich in einem solchen Begriff klar darstellen lassen? Oder müssen wir, wenn wir über Identität reden, vielleicht noch breiter und noch differenzierter denken?

Fuchs: Unsere Facharztbezeichnung „Psychiater und Psychotherapeut“ ist ein gutes Beispiel für eine Begriffsverwirrung. Sie ist einer fach- und wissenschaftssoziologischen Entwicklung geschuldet, in welcher der Eindruck entstehen konnte, Psychiatrie sei auch irgendetwas ohne Psychotherapie und

deshalb müsse diese nochmals explizit genannt werden. Da sich die Psychiatrie allen psychischen Erkrankungen widmet und alle notwendigen therapeutischen Mittel zu ihrer Heilung und Besserung einsetzt, steht es aber außer Frage, dass die Psychotherapie ebenfalls zur Psychiatrie gehört – und daher eigentlich auch nicht eigens genannt werden müsste. Schon von ihrem Namensgeber Johann Christian Reil wurde die „Psychiatrie“, d. h. die ärztliche Behandlung von psychischen Leiden, als eine „Seelenheilkunde“ auch im psychotherapeutischen Sinne verstanden. Die Psychiatrie hat eigentlich aus meiner Sicht einen ganz klaren Kern von Identität. Sie musste sich nur aufgrund der historischen Entwicklung verschiedener Nachbarfächer und Abspaltungen begrifflich immer wieder neu definieren.

Deister: Diese Entwicklung spiegelt sich auch in der Namensgebung der DGPPN und ihrer Vorgängergesellschaften wider, die ihre Bezeichnung immer wieder gewechselt hat: Natürlich gibt es dafür historische und politische Gründe, aber auch viele inhaltliche. Aktuell hat die DGPPN einen vergleichsweise langen Namen. Warum nennen wir uns nicht einfach „Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie“? Warum reicht es offenbar nicht aus, „Psychiatrie“ zu sagen? Warum scheint es einfacher zu sein, über Psychotherapie zu reden?

Fuchs: Wir haben es hier mit zwei Problemen zu tun. Erstens gibt es eine Tendenz, die allen Begriffen anhaftet, die in irgendeiner Weise den Kern psychischer Erkrankungen betreffen: Sie nehmen im Laufe der Zeit unausweichlich einen stigmatisierenden Charakter an, weil sie in der Öffentlichkeit irgendwie mit Verrücktsein, Abnormität oder Elektroschocks und Zwangsjacken in Verbindung gebracht werden. Als Reaktion versucht man, sich aus dieser Umklammerung des Stigmas zu befreien und neue Begriffe zu finden. Die „Psychopathie“ wird dann zur „Persönlichkeitsstörung“, die „Dementia praecox“ erhält die Bezeichnung „Schizophrenie“, und die „Psychiatrie“ umschreiben wir als „Fach der psychischen Gesundheit“. Ich glaube, es wäre günstiger, den Begriff nicht ständig zu wechseln, sondern unsere Identität offensiv zu vertreten. Die schwierige Begriffsentwicklung hat aber – und hier kommen wir zum zweiten Problem – auch damit zu tun, dass wir als Psychiater selbst über lange Zeit zu wenig bedacht haben, dass wir die Psychiatrie eben nicht nur in einem medizinisch-neurobiologischen Kern verankern, sondern auch in einem integrierenden psychosozialen Sinne verstehen.

Deister: Aber woran lässt sich letztendlich festmachen, ob das, was wir in dem Fachgebiet der Psychiatrie tun, eigentlich auch bei den Menschen ankommt, um die es geht? Aus meiner Sicht ist dies der entscheidende Aspekt: Wir müssen unser Selbstverständnis auch auf die beziehen, um die es geht: Menschen mit psychischen Erkrankungen, die wir behandeln, um

die wir uns kümmern, deren Wohl uns ja am Herzen liegt. Wie lässt sich dies zusammenbringen?

Fuchs: Ein Vorschlag, den ich gemacht habe, besteht darin, dass wir die Besonderheit unseres Faches zu einem Bestandteil unserer Identität machen – nämlich dass die Krankheit und das Leiden unserer Patienten in einer ganz besonderen Weise mit ihrem Selbst- und Beziehungserleben zu tun haben. Wir sollten die Psychiatrie in diesem Sinne als eine Beziehungsmedizin verstehen. Denn die eigentliche Besonderheit unseres Faches besteht darin, dass wir durch das Verstehen und durch die Beziehung der Erkrankung in einer anderen Weise begeg-



Prof. Dr. med. Arno Deister

nen und gerecht werden als das in der somatischen Medizin der Fall ist. Daher geht diese Beziehung ja auch oft in ein psychotherapeutisches Verhältnis über.

Deister: Dieser Aspekt hat mich auch in Ihrem Buch sehr überzeugt. Sie sehen darin das Gehirn als ein Beziehungsorgan – und haben den Psychiater gerade eben als einen Beziehungsmediziner bezeichnet. Sind das Sichtweisen, die miteinander korrespondieren?

Fuchs: Sie korrespondieren nicht nur, sie sind sogar aufs Engste miteinander verknüpft. Denn in der Psychiatrie verstehen wir Beziehungen nicht nur als eine schöne humane Zutat, sondern sie durchziehen alle Ebenen unseres Gegenstandes: von den basalen neurobiologischen Prozessen, die eben immer auch als ökologisch eingebettete Prozesse zu verstehen sind, über die Beziehungen, die der Patient zu seinen Angehörigen, zu seiner Familie oder eben zu seinem Psychiater oder Therapeuten hat, bis hin zu den übergeordneten sozialökologischen Beziehungen, in denen ein Mensch steht, und die einen ganz

wesentlichen Anteil an möglichen Störungen ausmachen. Überall sehen wir, dass der Kranke eben nicht ein nur für sich betrachtbares Individuum ist, sondern seine Erkrankung auf den verschiedenen Ebenen immer in Beziehung gesehen werden muss. Insofern verstehe ich den Begriff der Beziehung wirklich in einem durchgängigen, sozusagen die verschiedenen Ebenen durchlaufenden Sinn. Wenn wir „Beziehungsmedizin“ sagen, dann meint dies durchaus auch die biologische Seite und greift bis in diese Mikroebene hinein.

Deister: So verstehe ich den Begriff „Beziehung“ auch: als ein Bindeglied zwischen den verschiedenen Paradigmen, mit denen wir uns befassen. Das zeichnet unser Fach aus. Wir berühren ein breites Spektrum mit einer geisteswissenschaftlichen und einer naturwissenschaftlichen Seite. Die biologische Psychiatrie, die soziale Psychiatrie, aber auch die gesellschaftspolitische Seite der Psychiatrie – all diese Facetten verbindet das Konstrukt der Beziehung.

Fuchs: Völlig richtig, wir müssen nur den alltäglichen Ausdruck „Beziehung“ in einen wirklich fundierten und die verschiedenen Ebenen unseres Faches gleichermaßen charakterisierenden Begriff überführen. Dann kommt man auch zu Konzepten, die nicht nur individuelle Gehirne oder Organismen, also quasi Substanzen, beinhalten, sondern immer auch Relationen und zeitliche, interaktive, rückgekoppelte Prozesse – jeweils auf und zwischen den genannten Ebenen.

Deister: Was bedeutet dieses Paradigma für unsere therapeutische Arbeit, für die Gestaltung von Beziehungen?

Fuchs: Wenn wir davon ausgehen, dass das Gehirn, die psychische Entwicklung, aber auch psychische Erkrankungen mit Veränderungen und oft auch Störungen von Interaktionen und Interaktionskreisen zu tun haben, dann ist natürlich die Gestaltung von Beziehung – sei es in der unmittelbaren therapeutischen Beziehung oder in der Gestaltung von familiären Beziehungen sowie von weitergehenden sozialen Beziehungen in der Umgebung des Patienten – ein grundlegendes Mittel für die therapeutische Psychiatrie. Wie können wir in diese Interaktionskreise so intervenieren, dass sie neue Richtungen nehmen? Dabei kann es sich um psychotherapeutische, pharmakologische oder psychosoziale und familientherapeutische Interventionen handeln – es geht nur immer darum, dass diese rückgekoppelten Beziehungen auf eine neue Weise ablaufen. Das wäre Beziehungsgestaltung im weitesten Sinne.

Deister: Ich denke, diese Anmerkung ist wichtig, denn der Begriff „Therapie“ wird oft als Synonym für Psychotherapie verwendet. Auf der anderen Seite kann es vorkommen, dass man sich mit einem Patienten lange in einem therapeutischen Prozess befand, mit ihm geredet und gearbeitet hat und dann



fragt er nach der 15. Stunde: „Können wir nicht mal eine Therapie machen?“. Das zeigt, wie begrenzt der Begriff der Therapie ist. Diese begrifflichen Schwierigkeiten, mit denen wir in unserem Fach in besonderer Weise konfrontiert sind, stellen uns vor eine weitere Herausforderung: Wie können wir jungen Medizinstudierenden vermitteln, wie faszinierend unser Fach ist?

Wie können wir jungen Medizinstudierenden vermitteln, wie faszinierend unser Fach ist?

Fuchs: In der Psychiatrie ist es möglich, dem Menschen und seinem Erleben in einer ganz anderen Weise nahe zu kommen, als dies allein oder primär über den Körper gelingen kann. Deshalb sind viele Nachwuchskräfte, die es in die Psychiatrie zieht, eigentlich an Psychopathologie interessiert: Wie erlebt ein Mensch diese Situation mit seiner Angst, seiner Niedergeschlagenheit, seiner Depression, seinen Stimmen? Das ist das eigentlich Faszinierende an der Psychiatrie, das auch auf junge Menschen wirkt. Deshalb sollte man diesen faszinierenden Kern nicht einfach zu einer bloßen Vorstufe machen, von der aus man möglichst rasch zu neurobiologischen Erklärungen übergeht. Im Gegenteil: Wir sollten diesen Kern auf uns wirken lassen und zunächst einmal zu fragen und zu verstehen lernen. Ich befürchte, dass wir sonst vielen jungen Kollegen genau das nehmen, was sie ursprünglich in das Fach geführt hat.

Deister: Gibt es in dem Spannungsfeld zwischen biologischen und psychologischen Paradigmen noch Luft für die



Psychiatrie, aber auch für die Psychiater als Menschen? Liegt unser Feld, unser originäres Arbeitsfeld, genau dazwischen?

Fuchs: *In meinem Kongressvortrag habe ich versucht, dies mit einem Bonmot von Martin Roth auszudrücken: „Psychiatry is the most scientific of the humanities and the most humane of the sciences.“ Diese dialektische Charakterisierung sollten wir uns als einen zentralen Aspekt der Identität unseres Faches zu Eigen machen. Dass wir nämlich psychologische oder erstpersonale, also aus einer subjektiven Perspektive erlebte Leidenszustände immer auch unter einem verkörperten Aspekt zu begreifen versuchen – und umgekehrt die körperlichen Prozesse immer auch unter dem Gesichtspunkt der übergreifenden, subjektiv-intersubjektiven Interaktionen sehen, in die sie eingebettet sind.*

Deister: *Die Psychiatrie ist das Fach, das die ärztlich-medizinische, die sozialwissenschaftliche und die naturwissenschaftliche Seite letztendlich in Bezug auf den Patienten wieder zusammenführen kann.*

Der Patient als Person ist der Kern, in dem alle diese verschiedenen Aspekte und Sichtweisen zusammenkommen.

Fuchs: *Ja, der Patient als Person ist der Kern, in dem alle diese verschiedenen Aspekte und Sichtweisen zusammenkommen, und in dem die verschiedenen Ebenen der Körperlichkeit,*

der Leiblichkeit, des Selbsterlebens, aber auch die Beziehungsformen des „Selbst-mit-Anderen“, des „Sich-selbst-aus-der-Sicht-von-anderen-Erleben“ miteinander verschränkt sind.

Deister: *Wenn man dies ernst nimmt, dann gibt es tatsächlich keine andere Berufsgruppe, die in der Lage wäre, den Menschen so ganzheitlich zu denken. Das war auch der Ansatz hinter unserem neuen Buch „Psyche, Mensch, Gesellschaft“, diese Dinge auf den verschiedenen Ebenen dialektisch betrachtet miteinander zu verbinden.*

Fuchs: *Deswegen habe ich meinen Eröffnungsvortrag auf dem Kongress auch mit der Aufforderung geschlossen, dass wir eine Vorreiterfunktion übernehmen sollten in einer wirklich umfassenden, integrativen Betrachtung von psychischer Krankheit und von Krankheit überhaupt.*

PROF. DR. MED. DR. PHIL. THOMAS FUCHS

Thomas Fuchs ist seit 2010 Karl-Jaspers-Professor für philosophische Grundlagen der Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Heidelberg. Zuvor hat er dort als Professor für Psychiatrie und Psychotherapie gelehrt. Seine wissenschaftlichen Arbeitsschwerpunkte liegen u. a. auf der phänomenologischen Psychologie, Psychopathologie und Anthropologie. Thomas Fuchs ist stv. Leiter des DGPPN-Fachreferats für Philosophische Grundlagen der Psychiatrie.

PROF. DR. MED. ARNO DEISTER

Arno Deister ist Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Neurologie. Er ist Chefarzt des Zentrums für Psychosoziale Medizin in Itzehoe. In seiner Laufbahn hat er über 180 wissenschaftliche Artikel und Bücher veröffentlicht. Arno Deister ist seit 2010 Mitglied im Vorstand und der aktuelle Präsident der DGPPN.



BUCH: Thomas Fuchs:

Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption
5., aktualisierte und erweiterte Auflage. Verlag W. Kohlhammer, 2016



JETZT ANMELDEN

DGPPN-Mitglieder profitieren
von einem Spezialtarif

8.–12. OKTOBER 2017 | MESSE BERLIN

DAS HIGHLIGHT 2017: DER WELTKONGRESS DER PSYCHIATRIE

Noch mehr Internationalität, hochkarätige Keynote Speaker, neue und bewährte Formate im wissenschaftlichen Programm, ein umfangreicher deutschsprachiger Schwerpunkt mit praxisnahen Fortbildungsveranstaltungen und spezielle Veranstaltungen für junge Psychiater: Mit dem Weltkongress der Psychiatrie und Psychotherapie steht im kommenden Herbst in Berlin ein Kongressereignis der Extraklasse an.

Psychische Erkrankungen gehören nicht nur in Deutschland zu den größten Gesundheitsproblemen der heutigen Zeit. Weltweit sind nahezu 50% der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens betroffen. Damit ist nicht nur großer individueller Leidensdruck verbunden, diese Statistik geht auch mit erheblichen globalen sozioökonomischen Effekten einher: Die Krankheitsgruppe steht inzwischen in vielen Ländern bei den Ursachen für Arbeitsunfähigkeit und Frühberentungen an vorderster Stelle. Gleichzeitig erlebt das Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie einen rasanten Aufschwung in der Grundlagenforschung mit neuen präventiven, diagnostischen und therapeutischen Ansätzen für die Versorgung.

WEGWEISENDE BEHANDLUNGSANSÄTZE

Der WPA XVII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY 2017 BERLIN greift diese Entwicklungen auf und thematisiert die national und international dringendsten Herausforderungen im Bereich der psychischen Gesundheit. Veranstalter ist die *World Psychiatric Association (WPA)* in Kooperation mit der

DGPPN. Die Vorbereitungen laufen auf Hochtouren: Experten aus aller Welt beleuchten den *State of the Art* in Diagnostik und Behandlung und präsentieren neueste Ergebnisse aus der Forschung. Das hochkarätige Wissenschafts- und Fortbildungsprogramm beinhaltet mit einem durchgängigen deutschsprachigen Schwerpunkt zahlreiche Formate des traditionellen DGPPN Kongresses. Zusätzlich trägt ein umfangreicher englischsprachiger Track den Interessen des internationalen Fachpublikums Rechnung und bietet eine ideale Plattform zum Austausch. Folgende Schwerpunktthemen stehen u. a. im Vordergrund:

- Komorbidität von psychischen und körperlichen Erkrankungen
- Psychiatrie und Gesellschaft
- Prävention und Gesundheitsförderung
- Psychopathologie in Deutschland und auf der Welt – mit einem Fokus auf neuen Krankheitsbildern und deren Klassifikation



FABRIZIO BENEDETTI
Turin (Italien)



PRABHA CHANDRA
Bangalore (Indien)



HELEN HERRMAN
Parkville (Australien)



JAIR DE JESUS MARI
São Paulo (Brasilien)



LINDA C. W. LAM
Hong Kong (China)



SIR MICHAEL MARMOT
London (Großbritannien)



DRISS MOUSSAOUI
Casablanca (Marokko)



SHEKHAR SAXENA
Genf (Schweiz)



GRAHAM THORNICROFT
London (Großbritannien)



MARTIN BOHUS
Mannheim



ARNO DEISTER
Itzehoe



KLAUS DÖRNER
Hamburg



WOLFGANG GAEBEL
Düsseldorf



ANDREAS HEINZ
Berlin



PAUL HOFF
Zürich (Schweiz)



ANDREAS KRUSE
Heidelberg



PETER LEHMANN
Berlin



MANFRED LÜTZ
Köln



FRANK SCHNEIDER
Aachen

HOCHKARÄTIGE KEYNOTE-SPEAKER

Zum Weltkongress 2017 haben sich renommierte Persönlichkeiten aus Forschung, Wissenschaft, Politik und Gesellschaft angekündigt, die das deutsche und englische Programm an allen Kongresstagen bereichern.

MEHR ERFAHREN

Alle Infos auf www.dgppnkongress.de
(Deutsch) oder www.wpaberlin2017.com
(Englisch)

EXZELLENT FORT- UND WEITERBILDUNG: COURSES AB MAI ONLINE

Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen entwickeln sich ständig weiter. Mit dem *Educational Programme* bietet der Weltkongress 2017 die Gelegenheit, die eigenen Fachkenntnisse auf den neuesten Stand zu bringen. Die Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen tragen in diesem Jahr die Bezeichnung „Courses“ und sind das Pendant zu den traditionellen 1-Tages-Workshops der DGPPN Akademie. Das thematische Spektrum ist breit, neben der Wissensvermittlung stehen vor allem praktische Fertigkeiten für die eigene Berufspraxis im Vordergrund. Assistenzärzte können die Angebote im Rahmen ihrer fachärztlichen Weiterbildung nutzen, Fachärzte für den Erhalt ihres Fortbildungszertifikates. Gleichzeitig erhalten auch Angehörige anderer Berufsgruppen die Möglichkeit, ihre Fachkompetenzen zu vertiefen. Angeboten werden sowohl deutsch- als auch englischsprachige Courses, die jeweils vier Stunden dauern. WPA und DGPPN beantragen die CME- sowie EACCME-Zertifizierung für das gesamte wissenschaftliche Programm. Die Courses sind ab Mai 2017 online buchbar.

Wichtiger Bestandteil des Weltkongresses sind zudem die zahlreichen *State-of-the-Art*-Symposien, die in kompakter Form leitlinienorientiertes Wissen zu den wichtigsten psychischen Erkrankungen vermitteln. Ausgewiesene Fachexperten beleuchten dabei den neuesten Stand der Entwicklungen in Forschung und Praxis. Zu den Themen gehören u. a.: ADHS in der Lebensspanne, Alkoholabhängigkeit, Angststörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Demenzen, Persönlichkeitsstörungen, Psychische Komorbidität bei Adipositas, Unipolare Depression, Schizophrenie, Somatoforme Störungen und Zwangserkrankungen.



AUF NACH BERLIN

Zum Weltkongress der Psychiatrie werden in der Messe Berlin über 10.000 Teilnehmer aus aller Welt erwartet. Neben einem wissenschaftlichen Programm der Extraklasse können sich die Kongressbesucher auf ein umfangreiches Tourenangebot freuen. Es umfasst verschiedene Rundgänge in Berlin wie z. B. durch das Jüdische Viertel, das Nikolai Quartier oder das Regierungsviertel. Zum anderen werden unter dem Begriff *Scientific Visits* zwei Vorkongressreisen nach Heidelberg und München organisiert. Mit dem Besuch psychiatriegeschichtlich bedeutender Orte, an denen berühmte deutsche Psychiater einst wirkten, werden die Teilnehmer perfekt auf den Weltkongress eingestimmt. Zusätzlich stehen in Berlin der Besuch des Medizinhistorischen Museums der Charité, des Dokumentationszentrums „Topographie des Terrors“ sowie des „T4-Denkmal“ auf dem Programm. Die Touren sind im Zusammenhang mit der Kongressregistrierung buchbar.

AUF EINEN BLICK

- 8.–12. Oktober 2017, Messe Berlin
- DGPPN meets WPA: zwei Kongresse in einem
- Internationales Spitzentreffen mit renommierten Keynote-Speakern
- Breites thematisches Spektrum von Angst bis Zwang
- Deutschsprachiger Programmschwerpunkt
- Zertifiziertes Fort- und Weiterbildungsangebot in Form von 4-stündigen Courses in Deutsch und Englisch

IHR BEITRAG AUF DEM WELTKONGRESS

Bis zum 27. März haben Sie die Möglichkeit, Freie Vorträge und Poster-/ePoster-Präsentationen einzureichen und das wissenschaftliche Programm aktiv zu gestalten.

Eingereicht werden können sowohl deutschsprachige als auch englischsprachige Vorträge und Poster. Der Anmelde- und Einreichungsprozess erfolgt über das englischsprachige Portal www.wpabern2017.com.

Alle wichtigen Details und Formalien haben wir auf Deutsch für Sie auf www.dgppnkongress.de zusammengestellt.

„LET’S EXCHANGE KNOWLEDGE!“

Die psychische Gesundheit ist eine globale Herausforderung. Die WPA setzt sich international dafür ein, die Standards in der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie in der medizinisch-therapeutischen Praxis zu erhöhen, damit Menschen mit psychischen Erkrankungen eine bessere Versorgung zuteilwird. Der WPA XVII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY 2017 BERLIN wird ganz im Zeichen des länder- und disziplinübergreifenden Austausches stehen. Im Interview spricht WPA-Präsident Dinesh Bhugra darüber, was die Kongressteilnehmer erwartet.

„Psychiatry of the 21st Century: Context, Controversies and Commitment“ – was steckt hinter dem Kongressmotto?

Bhugra: Das übergreifende Thema spannt bewusst einen weiten Bogen über unser Fachgebiet und lädt dazu ein, sich einen umfassenden Überblick über die aktuellen Entwicklungen auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit zu verschaffen. „Context“ steht zum einen für die biologischen, psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Aspekte unseres Fachs, andererseits aber auch für gesundheitspolitische, gesellschaftliche und kulturelle Themen, die wir intensiv diskutieren wollen. Die Stichworte sind hier soziale Gerechtigkeit, Teilhabe und Menschenrechte. Dieser Austausch kann nicht nur unter Experten stattfinden, sondern muss Betroffene und Angehörige miteinbeziehen. Gemeinsam mit der DGPPN arbeiten wir daran, ein hochkarätig besetztes wie vielfältiges wissenschaftliches Programm zusammenzustellen, das seinesgleichen sucht.

Inwiefern werden Betroffene und Angehörige einbezogen?

Bhugra: Im Vorfeld des Weltkongresses haben wir gemeinsam mit der DGPPN einen international besetzten Beirat gegründet. Er besteht aus Vertretern von nationalen und internationalen Betroffenen- und Angehörigenverbänden, die sich aktiv in die Gestaltung des wissenschaftlichen Programms einge-



WPA-Präsident Prof. Dinesh Bhugra

bracht haben – und das von Anfang an. So sind viele dialogische Veranstaltungen entstanden, die die Perspektive von Experten, Betroffenen und Angehörigen gleichermaßen beleuchten. Den Teilhabegedanken verfolgen wir ganz konsequent.

Warum ist Berlin der ideale Ort für den Weltkongress?

Bhugra: Keine andere Stadt in Deutschland steht so sehr für multinationalen, multikulturellen und sozialen Austausch. Für diese Attribute steht auch der WPA XVII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY. Durch den jährlichen DGPPN Kongress ist Berlin als zentraler Vernetzungsort in Europa all denjenigen bekannt,

die auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit arbeiten. Auch abseits des Kongressgeschehens hat die deutsche Hauptstadt den Teilnehmern aus aller Welt einiges zu bieten – von weltweit bekannten Museen über zeitgeschichtliche Denkmäler bis hin zu spannenden Szenevierteln.



NEUE STUDIEN

AKTUELLE ERKENNTNISSE AUS DER FORSCHUNG

Die Erforschung der Ursachen psychischer Erkrankungen hat in den letzten Jahrzehnten einen großen Aufschwung erlebt. Fast wöchentlich werden Studien veröffentlicht, aus welchen sich neue präventive, diagnostische und therapeutische Ansätze ableiten lassen. Neben der biologischen Grundlagenforschung konzentriert sich die Wissenschaft dabei auch auf soziale und gesellschaftliche Aspekte. Psyche im Fokus stellt regelmäßig ausgewählte Studien kurz vor.

DEPRESSIONEN SCHLAGEN AUF DAS HERZ

Dass Patienten mit Herzkrankheiten unter Depressionen leiden können, ist seit längerem bekannt. Nun zeigt eine im Fachmagazin *Atherosclerosis* veröffentlichte Untersuchung, dass Depressionen bei Männern ein ähnlich großes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bergen wie die klassischen körperlichen Faktoren Übergewicht und erhöhtes Cholesterin. Wissenschaftler

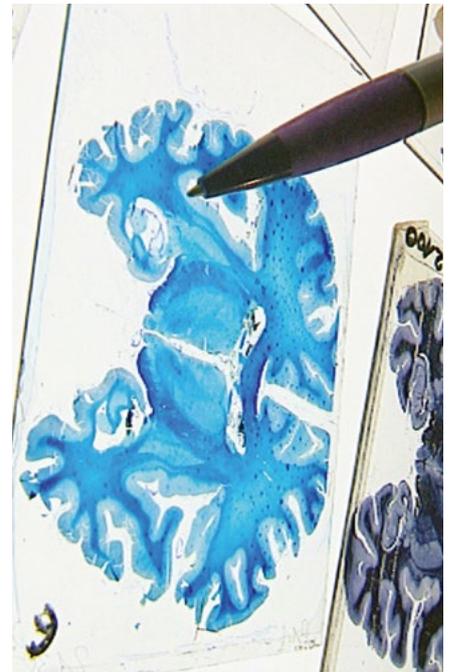


Depressionen können das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhen.

des Helmholtz Zentrums München, der Technischen Universität München (TUM) und des Deutschen Zentrums für Herz-Kreislauf-Forschung (DZHK) haben dazu Daten von 3428 Männern zwischen 45 und 74 über einen Zeitraum von zehn Jahren untersucht. Ihr Datensatz basiert auf der sogenannten KORA-Studie, einer prospektiven bevölkerungsbezogenen Kohortenuntersuchung für die Region Augsburg. Die Ergebnisse untermauern den starken Zusammenhang von Depressionen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen und das damit verbundene Sterberisiko. Durch den Abgleich der Daten mit Sterberegistern konnten die Forscher über 550 Probanden identifizieren, die an Herz-Kreislauf-Erkrankungen verstorben waren. Teilnehmer mit depressiven Verstimmungen wiesen dabei ein signifikant erhöhtes Sterberisiko auf. Sollte dieser Zusammenhang kausal sein, was die Studie allerdings nicht belegen kann, wären 15 % aller Herz-Kreislauf-Todesfälle in Deutschland auf Depressionen zurückzuführen.

NERVENZELLEN ZUR REGULIERUNG DER ANGSTREAKTION LOKALISIERT

Wissenschaftler des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie haben im erweiterten Amygdalakomplex Nervenzellen lokalisiert, die für die Regulierung



Wo sitzt die Angst im Kopf?

unserer Furcht- und Angstreaktionen verantwortlich sind. Sie griffen dabei auf die sogenannte Optogenetik zurück. Bei dieser Methode lassen sich Nervenzellen durch die Bestrahlung mit lichtleitenden Fasern an- und ausschalten. Im Experiment mit Mäusen, sahen die Forscher, dass die Tiere mit angeschalteten Neuronen weniger ängstlich waren, als diejenigen mit abgeschalteten. Um mehr zu erfahren, erhoben die Forscher die Kortisolwerte, da das Hormon für die Steuerung der

Stressreaktion zuständig ist. Die Mäuse mit angeschalteten Neuronen hatten niedrigere Gesamtwerte und es dauerte weniger lang, bis sich die Kortisolwerte nach einem Stressereignis normalisierten. Damit konnten die Forscher erstmals Lage und Funktion der Neuronen ermitteln, welche die Angstreaktion auf Stress innerhalb des erweiterten Amygdalakomplexes regulieren. Die exakte Lokalisierung der beteiligten Nervenzellen könnte von entscheidender Bedeutung sein, um neue Wirkstoffe zu entwickeln, mit denen sich Angsterkrankungen gezielter und effektiver behandeln lassen.



Nach einer Scheidung ertränken viele ihren Frust in Alkohol.

ALKOHOL: SCHEIDUNG ERHÖHT SUCHTGEFAHR

Nach einer Scheidung steigt das Risiko für Alkoholmissbrauch deutlich und anhaltend an. Das folgert ein Forscherteam von der Universität in Richmond aus der Analyse der Datensätze von fast einer Million Schweden. Sie griffen auf Registerdaten von Personen zurück, die zwischen 1960 und 1990 geheiratet hatten, 1990 noch zusammenlebten und vorher nicht durch Alkoholmiss-

brauch aufgefallen waren. Dabei konnten sie alkoholbezogene Diagnosen, entsprechende Arzneimittelverordnungen, Kriminalitätsstatistiken und Eheregister einsehen. Aus der untersuchten Kohorte haben sich bis zum Jahr 2008 16 % der Paare scheiden lassen. Unter Berücksichtigung bestimmter soziodemografischer Faktoren entwickelten Männer nach der Scheidung sechsmal häufiger Alkoholprobleme als solche, die verheiratet blieben. Bei Frauen stieg das Risiko für Alkoholismus um den Faktor 7. Auch nach Herausrechnen gewisser alkoholspezifischer (genetischer) Risikofaktoren blieb die Rate bei beiden Geschlechtern noch etwa dreieinhalbfach höher. Die Studie unterstreicht nach Angaben der Forscher den großen Einfluss, den zwischenmenschliche Beziehungen auf das Risiko für Alkoholismus haben können.

NEUE ERKENNTNISSE ZU NEUROBIOLOGISCHEN GRUNDLAGEN DER SCHIZOPHRENIE

Aktuellen Studien zufolge spielt der Botenstoff Glutamat bei Entstehung und Verlauf der Schizophrenie eine wichtige Rolle. Allerdings sind die neurobiologischen Mechanismen erst teilweise entschlüsselt. Forscher des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit und der Universität Philadelphia haben nun mittels funktioneller Magnetresonanztomographie untersucht, wie die Hirnregionen von Schizophrenen im Vergleich zu Gesunden während einer Arbeitsgedächtnisaufgabe miteinander „kommunizieren“ und Netzwerke bilden. Dabei zeigt sich, dass die Gehirne von Schizophrenen weniger stabile Netzwerke ausbilden. In die Untersuchung wurden auch Angehörige von Betroffenen einbezogen, die selbst nicht erkrankt sind, aber die im Schnitt die Hälfte der Risikogene geerbt haben. Interessanterweise zeigten deren Gehirne eine mittlere Stabilität zwischen den Gruppen von Gesunden und Erkrankten. In einem weiteren Experiment verwendeten die Forscher

die funktionelle Bildgebung unter Einfluss eines Wirkstoffes, der die glutamaterge Signalübertragung hemmt. Nun zeigten auch gesunde Probanden weniger stabile Netzwerke. Die Befunde bestärken den Hinweis auf einen begründeten Zusammenhang zwischen veränderter Glutamat-Signalübertragung und instabilen Netzwerken.



Die Gehirne von Schizophrenen bilden weniger stabile Netzwerke aus.

QUELLEN

1. Ladwig KH et al. (2017) Room for depressed and exhausted mood as a risk predictor for all-cause and cardiovascular mortality beyond the contribution of the classical somatic risk factors in men. *Atherosclerosis* doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2016.12.003
2. Henkens M et al. (2016) CRF receptor type 2 neurons in the posterior bed nucleus of the stria terminalis critically contribute to stress recovery. *Molecular Psychiatry* doi: 10.1038/mp.2016.133
3. Kendler KS et al. (2017) Divorce and the Onset of Alcohol Use Disorder: A Swedish Population-Based Longitudinal Cohort and Co-Relative Study. *Am J Psychiatry* doi: 10.1176/appi.ajp.2016.16050589
4. Braun U et al. (2016) Dynamic brain network reconfiguration as a potential schizophrenia genetic risk mechanism modulated by NMDA receptor function. *Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)* doi:10.1073/pnas.1608819113

NACHWUCHS

GENERATION PSY GIBT ADHS EINE BÜHNE

Zum Start des Sommersemesters bringt Generation PSY ein neues Kampagnenthema heraus: Diesmal dreht sich alles um eine psychische Erkrankung, durch die ständig Aufruhr herrscht: ADHS, die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Mit auffälligen Plakaten und Postkarten stellt die Nachwuchsinitiative der DGPPN klar, was sich hinter den vier Buchstaben verbirgt. Zusätzlich gibt es auf dem Portal www.generation-psy.de Hintergrundinformationen und Interviews mit Betroffenen und Experten.

DSDS, GNTM, TVoG – diese Abkürzungen stehen bei der jüngeren Generation für Castingshows wie *Deutschland sucht den Superstar*, *Germany's Next Topmodel* oder *The Voice of Germany* und gehören längst zum alltäglichen Sprachgebrauch. Generation PSY rückt im kommenden Semester eine ganz andere Buchstabenkombination in den Mittelpunkt und stellt klar: „ADHS ist keine Castingshow.“ Denn anders als die einschlägigen TV-Formate, die den Fernsehsendern seit Ende der 90er Jahre solide Einschaltquoten bescheren, handelt es sich bei ADHS um eine ernst zu nehmende psychische Erkrankung. Was Fachexperten wissen, ist in der Bevölkerung kaum bekannt. ADHSler können sich schlecht konzentrieren, werden leicht abgelenkt und stehen ständig unter Strom. Dadurch wirken sie hektisch, unorganisiert und manchmal sogar aggressiv. Häufig kommen auch Schlafstörungen hinzu – an Ruhe und Müßiggang ist kaum zu denken. Wird die Erkrankung nicht erkannt und behandelt, gelingt es den Betroffenen nur schwer, ihren schulischen oder beruflichen und privaten Alltag erfolgreich zu bewältigen. So rückt mancher Traum für all diejenigen in weite Ferne, die durch ihren ADHS-bedingten chaotischen Arbeitsstil den Anforderungen der Leistungsgesellschaft nicht



Bunt, laut und plakativ: Generation PSY ist mit einer neuen Kampagne am Start.

entsprechen können. Auch das Privatleben ist durch die Erkrankung stark beeinflusst: Zu Hause regiert das Chaos, Verabredungen werden vergessen, anderen aktiv zuzuhören, fällt durch die extreme Ungeduld schwer.

Generation PSY setzt – wie schon bei den beiden vorherigen Kampagnenschwerpunkten – genau dort an, wo Klischees sich hartnäckig halten und beleuchtet das komplexe Thema aus verschiedenen Perspektiven. Dass zu den Betroffenen nicht nur Kinder und Jugendliche, sondern ebenso Erwachsene gehören und bei ADHS ein Yoga-Kurs nicht hilft, um ruhiger zu werden, sind wichtige Punkte, auf welche die Kampagne aufmerksam macht. Ab April erstrahlt das Kampagnenmotiv als Poster von Uni- und Klinikwänden und liegt zusätzlich als Postkarte zum Mitnehmen aus. Auf www.generationpsy.de erzählt die Hamburger Bloggerin und Autorin Kathrin Weßling im Interview, wie sich ADHS anfühlt, wie sie mit der Krankheit lebt und was sich nach der Diagnose für sie geändert hat. Alexandra Philipsen, Direktorin der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Oldenburg, ordnet das Krankheitsbild aus Expertensicht ein und erklärt, was hinter der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung steckt, wie sie sich behandeln lässt und warum die Erkrankung bei Erwachsenen eher unterschätzt wird,

während die Diagnose bei Kindern und Jugendlichen viel häufiger gestellt wird.

WAS BISHER GESCHAH

Generation PSY hat sich zum Ziel gesetzt, junge Menschen für den Psychiaterberuf zu begeistern und gleichzeitig mit Klischees und Vorurteilen aufzuräumen. Seit dem Start im Juni 2016 ist ADHS das mittlerweile dritte Schwerpunktthema, dem sich die Nachwuchsinitiative widmet. Die beiden Vorgängertemen und Motive „Bipolar hat nichts mit Klimawandel zu tun.“ und „Borderline ist kein Fashionblog.“ sind auf positive Resonanz gestoßen. Das lässt sich zum einen an zahlreichen Zuschriften mit Fragen zum Beruf, lobenden Worten oder auch Nachbestellungen der Materialien ablesen, zum anderen an der stark gestiegenen Nachfrage nach den Starterpaketen der DGPPN für Medizinstudierende. Auch das Nachwuchsprogramm auf dem vergangenen DGPPN Kongress war ein großer Erfolg – vielleicht auch, weil sich die jungen Teilnehmer und Stipendiaten ein kleines Präsent abholen konnten: Der Generation PSY-Stoffbeutel ist nicht nur ein praktischer Begleiter im Alltag, sondern sorgt für Wiedererkennungswert. Übrigens: Er wurde auch schon außerhalb des Kongressgeländes gesichtet.

HELFEN SIE AKTIV MIT, DIE PSYCHIATER VON MORGEN ZU ERREICHEN.

Wie? Das ist ganz einfach:

- Bestellen Sie Poster und Postkarten per E-Mail an kontakt@generationpsy.de.
- Reden Sie mit jungen Menschen darüber und machen Sie auf das Internetportal www.generationpsy.de aufmerksam.
- Teilen und liken Sie die Facebookseite der Generation PSY: www.facebook.com/generationpsy.

ψ DGPPN
175 JAHRE



JETZT MITMACHEN UND TEIL DER JUBILÄUMS- GESCHICHTE WERDEN

2017 steht für die DGPPN ein großes Jubiläum an: In diesem Jahr feiert die Fachgesellschaft ihr 175-jähriges Bestehen. Diesen Anlass nutzt die Fachgesellschaft, um aufzuzeigen, wie facettenreich das Fachgebiet ist. Die DGPPN blickt zurück und voraus und erzählt im Verlauf des Jahres 175 Geschichten zur Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. Werden Sie jetzt Teil der großen Jubiläumskampagne: Was wünschen Sie der DGPPN zum Geburtstag? Was verbindet Sie mit der Fachgesellschaft? Warum ist das Fach so spannend? Was treibt Sie bei Ihrer Arbeit an? Warum sind Sie Psychiater geworden? Was würden Sie tun, wenn Sie für einen Tag Gesundheitsminister wären?

Schreiben Sie uns per E-Mail an pressestelle@dgppn.de einen kurzen Satz zu einer dieser Fragen – oder zu einem ganz anderen Aspekt. Die prägnantesten, witzigsten, interessantesten Antworten veröffentlichen wir in der Jubiläumsausgabe von *Psyche im Fokus*. Bitte geben Sie dabei Ihre vollständige Anschrift an und beachten Sie, dass sich die Redaktion Kürzungen vorbehält, die den Inhalt nicht berühren. Mit der Einreichung besteht kein Anspruch auf Veröffentlichung. Wir freuen uns auf zahlreiche Zuschriften.

REFERATE AKTUELL

KLINISCH ANGEWANDTE STIMULATIONSVERFAHREN

Fast alle psychischen Erkrankungen lassen sich heute so behandeln, dass es zu einer deutlichen Besserung kommt. Es gibt aber Patienten, die nicht ausreichend auf Medikamente und Psychotherapie ansprechen oder sehr schnelle Hilfe benötigen, weil sie ganz akut krank sind. Diesen Menschen kann in vielen Fällen mit einer Elektrokonvulsionstherapie (EKT) geholfen werden.

Das DGPPN-Referat „Klinisch angewandte Stimulationsverfahren in der Psychiatrie“ hat sich die EKT zum Schwerpunkt gemacht. Obwohl die Wirksamkeit seit vielen Jahren wissenschaftlich gut belegt ist, ranken sich noch viele Mythen und falsche Vorstellungen um diese Therapie. Dabei hat sie sich in den vergangenen Jahren in technischen, vor allem aber auch in nicht-technischen Aspekten erheblich weiterentwickelt. So gelten heute die gleichen juristischen Rahmenbedingungen wie bei somatischen Eingriffen. Die Anwendung versteht sich als Teil eines Gesamtbehandlungsplans und erfolgt obligat in Kurznarkose. Die EKT ist zu einem modernen medizinischen Behandlungsverfahren für schwere psychische Störungen geworden. Vor allem Patienten mit depressiven und psychotischen Beschwerden sprechen gut auf die Therapie an. Sie ist hochwirksam, sicher und im Verhältnis zur Schwere der behandelten Erkrankungen nebenwirkungsarm.

Das DGPPN-Referat arbeitet länderübergreifend: Neben Experten aus Deutschland bringen sich auch Spezialisten aus Österreich, aus der Schweiz und aus Südtirol ein. Diese beraten die nationalen Fachgesellschaften, aktualisieren die bestehenden Behandlungsleitlinien, koordinieren Forschungsvorhaben, engagieren sich in der Aus-, Fort- und Weiterbildung von EKT-Behandlern, organisieren freiwillige Peer Reviews in Kliniken, beantworten Anfragen und unterstützen Aktionen zum Abbau von Vorurteilen.

Im Jahr 2012 ist eine gemeinsame Stellungnahme der vier am Referat beteiligten Fachgesellschaften zur EKT erarbeitet worden. Unter Mitarbeit von zahlreichen Mitgliedern des Referats ist 2014 ein umfangreiches deutschsprachiges Lehrbuch zur EKT erschienen, das demnächst auch auf Italienisch veröffentlicht wird. Auf Antrag des Referats und mit Unterstützung der DGPPN hat das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und

Information (DIMDI) ab 2017 die Bezeichnung „Elektrokrampftherapie“ offiziell durch „Elektrokonvulsionstherapie“ ersetzt. Dadurch sollen Ängste vermieden werden, die durch die alte Bezeichnung bei vielen Patienten fälschlicherweise entstehen.

In Zusammenarbeit mit der EKT-Workshop-Group veranstaltet das Referat regelmäßig Symposien, die an unterschiedlichen Orten der vier Länder stattfinden. In Vorträgen und Diskussionen beleuchten die Experten alle Aspekte der EKT. Die Teilnehmerzahlen der Veranstaltungen steigen kontinuierlich an. Die Daten der nächsten Veranstaltungen werden jeweils auf www.dgppn.de veröffentlicht. Daneben beteiligt sich das Referat aktiv am jährlichen DGPPN Kongress mit weiteren Symposien und Workshops.

PROF. DR. MED. MICHAEL GRÖZINGER

Leiter des DGPPN-Referats „Klinisch angewandte Stimulationsverfahren in der Psychiatrie“

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Uniklinik RWTH Aachen

PROF. DR. MED. ANDREAS CONCA

Stellv. Leiter des DGPPN-Referats Servizio Psichiatrico del Comprensorio di Bolzano

ELEKTROKONVULSIONSTHERAPIE IN 24 FRAGEN

Der neue Ratgeber der DGPPN für Patienten und Angehörige – mit Antworten zu den wichtigsten Fragen rund um die EKT.

Jetzt erschienen auf www.dgppn.de. Der Ratgeber kann bei der DGPPN-Geschäftsstelle bestellt werden.



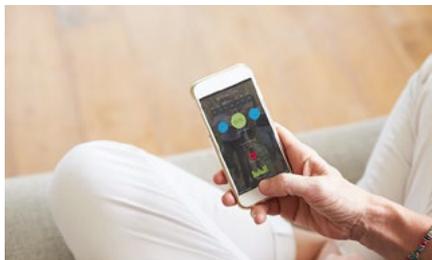


E-MENTAL-HEALTH

eMEN – EIN TRANSNATIONALES EU-PROJEKT

Psychische Belastungen und Erkrankungen stellen eine wachsende gesundheitliche, soziale und ökonomische Herausforderung in ganz Europa dar. E-Mental-Health-Angebote und -Programme mit einer hohen Qualität und innovativer Technologie könnten dazu beitragen, den Versorgungsdruck zu reduzieren und leicht zugängliche und effektive Unterstützung verfügbar zu machen.

Vor diesem Hintergrund engagieren sich die DGPPN und das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit im transnationalen Projekt eMEN. Der Name eMEN steht für „e-mental health innovation and transnational implementation center North-West Europe“. Das Projekt wird von Interreg gefördert und ist damit Teil der Struktur- und Investitionspolitik der Europäischen Union für die europäische territoriale Zusammenarbeit.



Apps: niederschwelliger Zugang zur Versorgung.

INTERNATIONALER AUSTAUSCH

Ein wichtiges Ziel von eMEN ist es, die Nutzungsrate von E-Mental-Health-Technologien zu erhöhen und damit den ungedeckten Bedarf in der Prävention und Behandlung von Menschen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen zu reduzieren. Zu diesem Zweck sollen innovative Produkte weiterentwickelt und pilotiert werden. Außerdem wirkt das Projekt mit Hilfe aller Partner darauf hin, die bislang sehr heterogene Gesetzgebung in den

EU-Mitgliedsstaaten anzugleichen. Um diese Meilensteine zu erreichen, bauen die privaten und öffentlichen Partner im Rahmen von eMEN zurzeit ein internationales E-Mental-Health-Experten-Netzwerk auf.

In das Projekt sind die Niederlande, Frankreich, Deutschland, Großbritannien, Belgien und Irland involviert. Noch bestehen beim Entwicklungsstand und Einsatz von E-Mental-Health-Produkten für Prävention und Therapie große regionale Unterschiede. Die Niederlande sind hierbei ein Vorreiter im Bereich Implementierung und Entwicklung. Mit 50 % ist dort die Bereitschaft der Ärzte und Therapeuten, Apps und andere digitale Unterstützung zu nutzen, recht hoch. In den Niederlanden setzen bereits etwa 10 bis 15 % aller Gesundheitsdienstleister im Bereich „Seelische Gesundheit“ E-Mental-Health-Angebote in der Behandlung ein. In Deutschland sind E-Mental-Health-Produkte und -Angebote noch nicht weit verbreitet, nur 10 % der potentiellen Nutzer ziehen diese Art der Behandlung bisher in Betracht. Auch in Großbritannien wird E-Mental-Health meist noch nicht als Behandlungsoption gesehen. Frankreich bildet im Vergleich der teilnehmenden Länder zurzeit das Schlusslicht. In Irland befindet sich die Implementierung von E-Health ebenfalls noch in einem frühen Stadium. In Belgien gibt es bereits einen Aufwärts-

trend, 20 % aller Gesundheitsdienstleister bieten E-Health-Optionen an.

eMEN will sowohl Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen und deren Bezugspersonen als auch Ärzte, Psychologen sowie Angehörige anderer Gesundheits- und Sozialberufe, kleine und mittlere Unternehmen und Entwickler von E-Mental-Health-Technologien und natürlich politische und andere gesellschaftliche Entscheidungsträger zusammenbringen. Das eMEN-Projekt ist damit eine vielversprechende Kombination aus E-Mental-Health-Aktivitäten in Wissenschaft, Produktentwicklung, Politikberatung und öffentlicher Kommunikation.

ANSPRECHPARTNERIN:

JULIA SANDER M. SC.

Wissenschaftlicher Dienst DGPPN

E-Mail: j.sander@dgppn.de

VERANSTALTUNGEN

13. Juni 2017, Paris (Frankreich)*

12. Oktober 2017, Berlin (Deutschland)*

Aktuelle Informationen zu diesen und weiteren eMEN-Veranstaltungen auf www.nweurope.eu/emem und auf twitter: @eMEN_EU



*Mit Simultanübersetzung

REZENSION

EXPLODIERENDE NEURONEN

Thomas Melle erzählt in Die Welt im Rücken von seiner bipolaren Störung. Das Buch seines zersplitterten Lebens ist eine kräftezehrende Lektüre und grandiose Literatur.

Von David Hugendick

Es passiert selten, dass man ein Buch mit komplexen Schamgefühlen liest. Man schämt sich für den Zwiespalt, der sich in einem selbst auftut, weil man sich überrannt fühlt oder niedergetrampelt, erstarrt und immer wieder unterhalten. Man schämt sich für seinen eigenen Voyeurismus und erkennt in sich plötzlich einen dieser Gefühlsshowmaster und Emotions-eventmanager, die die Welt pausenlos befragen, wie es ihr geht. Und man schämt sich, weil man sich sicher ist, dass dieses Buch große Literatur ist, aber es vielleicht gar nicht sein will, sondern möglicherweise eine Selbsterkundung, auf jeden Fall eine tragische, wahre Geschichte, die nur dem Autor gehört und nicht dem Leser und nicht dem Jubel der Rezensenten.

lers, eine Geschichte in drei manisch-depressiven Schüben. Sie erzählt von der Zerbrechlichkeit des Daseins, wie jemand zum Gespenst mit einem Körper wird, sie erzählt von flüchtigem Glück und sich handfest auftürmendem Unglück, von Jahren als „hirnversengter Clown“, dem die Tage wie aus Milchglas erscheinen und die Wochen wie Labyrinth. Schlimmer noch: Er ist dieser Clown und gleichzeitig ist er es nicht.

Die Krankheit erscheint in diesem Buch als etwas Katastrophisches und Unversöhnliches. Zugleich ist sie eine große Kränkung, die Kränkung, dass Melle eines Tages plötzlich nicht mehr Herr in seinem eigenen Haus ist. Er, der hochbegabte Studienstiftler und genialische Schriftsteller, Autor von Büchern wie *Sickster* und *Raumforderung*, Kind aus dem „Haribo-Slum“ schwieriger, nach Kohle riechender Verhältnisse, sieht sich als „Opfer des Weltgeistes“, dem die Neuronen im Kopf explodieren. Er, der sich im Kaufhaus plötzlich einen Baseballschläger kaufen will, um damit Berlin-Mitte zu zertrümmern (er kauft am Ende doch nur einen Basketball), der Zugscheiben einschlägt, weil er die permanenten Kollisionen zwischen sich und der Welt nicht erträgt, glaubt im narzisstischen Überschwang, die Toten der Literatur stünden vor ihm.

PICASSO IM BERGHAIN

Er sieht Foucault im Wirtshaus, Thomas Bernhard im McDonald's am Bahnhof in Wuppertal, und eines Nachts im Berghain trifft er den von

ihm so gehassten Picasso, dem er Rotwein auf die Hose kippt. Er glaubt, er habe Sex mit Madonna gehabt und Björk singe nur für ihn in der Bar nebenan. „Ich bin eine Tragödie aus Hulk und Hybris“, schreibt Melle. In seinen manischen Schüben und Psychosen ist er zur Welt selbst aufgebläht, alles steht in Bezug zu ihm, sodass er glaubt, „die Spatzen vom Dach piffen wirklich unsere Namen“. Eine Verschwörung der Zeichen: Der endlose Strom der Gesichter auf den Straßen, Artikel im Internet, die Nachrichten, Reden von Gerhard Schröder, 9/11, sogar tote Diktatoren – alles spricht zu ihm, lacht ihn aus, alles ist eine Botschaft an ihn, existiert nur seinetwegen: die Welt als semiotischer, synästhetischer Terror und zugleich als Disneyland, das anscheinend nur für ihn erbaut wurde.

So seien die Nächte und Tage verglommen, schreibt Melle: Rasen, Klauen, Schreien, Redeschwalle. Ständig läuft der Fernseher – bis er zum ersten Mal zwischen selbsternannten „Königen von Deutschland“ und „Engeln der Verdammten“ in der Psychiatrie landet, in einem zeichenlosen Gefängnis aus Blicken. Dort hilft ihm kein Panzer aus Ironie, keine Kulturtheorie mehr, die Melle als Student verschlungen hat. Hier hilft ihm kein Foucault, kein Derrida und auch nicht mehr die Musik von Trent Reznor, die immer wieder im Buch hervorbricht. Als die einzige Aussicht auf Heilung erscheint Melle die „verstreichende Zeit“, in der er allmählich lernt, dass ein „zerstörerischer Krieg“ in ihm tobt. Der Krieg zweier Ungeheuer: der Manie und der Depression.



BUCH: Thomas Melle:
Die Welt im Rücken.
Roman Rowohlt Berlin.
Berlin 2016, 352 Seiten.

Der Autor des Buchs ist Thomas Melle, sein Buch heißt *Die Welt im Rücken*, und es erzählt von einem viel größeren Zwiespalt und einer viel größeren Scham, als man als Leser vermutlich je empfinden könnte. Es ist die Chronik der bipolaren Störung des im Jahr 1975 geborenen Schriftstel-



Thomas Melle stand 2016 auf der Shortlist des Deutschen Buchpreises.

Es folgen Einweisungen, Entlassungen, „dickmachende Tabletten“, Namen von Menschen, die bleiben werden, und sehr viele, die wieder gehen. Melle sitzt irgendwann in seiner verfinsterten Isolation und informiert sich in Selbstmordforen über die angemessene Art, sich umzubringen. „Weg sein“ wünscht er sich sehr, „Matsch aber nicht“. Im Badezimmer steckt er seinen Kopf in eine Kabelschleife, denkt dabei an Stammheim und die RAF, dazu spielt sein Gehirn *Fernando* von Abba. Er übt den Ernstfall und hofft, sein Therapeut bemerkt später nicht die Abdrücke am Hals.

DAS „VERSPULTE UND DANEBENE“

Dass solche zermürenden Selbstauschüpfungen und Zeugnisse eine bisweilen zermürende Lektüre sind, liegt auch daran, mit welcher Konzentration und verdichteten Selbstwahrnehmung Thomas Melle über seine Krankheit schreibt, seinen „gescheiterten Bildungsroman“, wie er das Buch nennt. Sein Irrsinn, das „Verspulte und Danebene“, werden hier niemals

Gegenstand einer allegorischen, gemütsberuhigenden Überhöhung. Das Buch ist so ehrlich und gnadenlos, den vergeblichen Kampf des Autors mit der Krankheit nicht als heroischen Akt vorzuführen, nicht als pathetische, nachträgliche Mystifizierung des schwer gelebten Lebens, sondern als hässliche, einsame Angelegenheit. Die Radikalität dieses Buchs, seine Härte zu sich selbst, ist keine literarische Pose.

Die Sätze, die Melle seinem in Straßen, Nächten, auf Theaterproben, „Kulturfrühstücken“ und Psychiatriegemeinschaftsräumen verbrachten, irgendwann zum Existenzminimum und zur „Lachfigur“ zersplitterten Leben abringt, haben Beulen und Wunden, oft auch Krallen und Zähne. Seine Beschreibungen der neunziger Jahre, der MTV-Moderatoren mit den „radioaktiv-strahlenden Gesichtern“, der Supermarktzumutungen und der leergeräumten Augen der Trinker in Berlin sind von einer analytischen Schärfe, der man in der deutschen Literatur selten begegnet. In *Die Welt im Rücken* wird so gewissermaßen auch das Berlin der ausgehenden neunziger und der beginnenden nuller Jahre im Vorbeirasen und Vorbeirauschen miterzählt.

DIE LEITZORDNERSPRACHE DER WELT

Wenn Melle seine manischen Phasen schildert, reißt er seine Sprache bis an die Ränder der Selbstwahrnehmung auf, versucht seine „Empfindungshektik“ ebenso zu rekonstruieren wie die Erinnerungslücken, die die Manie hinterlassen hat. Und in diesem Sinn ist das Buch auch zu verstehen: Schreiben als Erinnern. Allerdings nicht im Gestus einer bewältigten Biografie, sondern als ein Schreiben, das den Momenten nachzittert, die der Autor – ironische Gnade der Krankheit – vergessen hatte, aber nun nicht mehr vergessen will. Seine Sprache ist wütend, verletzt, sie ist böse, dünnhäutig, hochdrehend und dabei beeindruckend kontrolliert.

Und man ahnt, dass sie von einer Angst getragen zu sein scheint, Halt zu finden in Wörtern und Formulierungen, die nicht nur die Krankheit einen Moment lang bannen mögen, sondern auch etwas Dauerhaftes zu schaffen suchen, etwas Gültiges im Chaos, das im nächsten Augenblick im Kopf wieder losbrechen könnte.

Und dann gibt es in diesem Buch viele Sätze, die nicht mehr stark genug sind, um sich aufzubauen gegen die Vereinsamung und die Traurigkeit, die Erschöpfung und die Zerstörungswut: „Ich sitze da und bin ein Gegenstand. Ich gehöre nicht mehr zu der Klasse der Menschen, sondern zu der der unbelebten Objekte.“ Am Ende seines dritten Schubs ist er ohne Wohnung, ohne Konto, umstellt von Bergen von Schulden und Akten, ein Objekt der Zudringlichkeit der Welt und der Leitzordersprache der Bürokratie, die so klingt wie ein schriller Monolog der Vernunft gegen den Wahnsinn: Stundungsangebote, Leistungserbringungsverträge, Fallmanagementberichte, Hilfebedarfsanmeldungen, Kostenübernahmeformulare. Stillstellungsmaßnahmen. Und immer so weiter.

Man könne sich kaum ein schambesetztes Leben vorstellen als das eines Manisch-Depressiven, schreibt Melle, und von Scham handelt dieses Buch, von Reue und von erdrückender Obdachlosigkeit, in der man weder wirklich drinnen ist noch draußen. „Die Krankheit hat mir meine Heimat genommen. Jetzt ist die Krankheit meine Heimat.“ Diese Krankheit ist Thomas Melles Lebenstragödie. Dass wir davon in diesem Buch auf diese Weise lesen können, ist ein kräftezehrendes, literarisches Ereignis.

DAVID HUGENDICK

Redakteur im Ressort Kultur von
ZEIT ONLINE

*Dieser Artikel erschien erstmals am
8. September 2016 auf ZEIT ONLINE

MEDIZINETHIK

IDENTITÄTSÄNDERNDE EINGRIFFE: WIE KÖNNEN WIR SIE MORALISCH RECHTFERTIGEN?

In Teilen der Medizinethik wird derzeit intensiv diskutiert, unter welchen Voraussetzungen identitätsändernde Behandlungen gerechtfertigt werden können. Es ist unbestritten, dass in solchen Fällen die informierte Einwilligung der Betroffenen einzuholen ist. Um Entscheidungsfehlern vorzubeugen, sollte deren Konzeption jedoch überdacht und präzisiert werden.

Von Karsten Witt

Der seit langem an Parkinson erkrankte Joseph Schmitz ist mit „Tiefer Hirnstimulation“ (THS) behandelt worden. Vor dem Eingriff gehörten Besonnenheit und Zurückhaltung zu seinen zentralen Eigenschaften. Ferner legte er großen Wert auf ein harmonisches Verhältnis zu seiner Ehefrau. Befragt nach seinen Befürchtungen im Hinblick auf die bevorstehende Operation antwortet er, dass er hoffe, er werde trotz THS „der Alte bleiben“. Er habe gehört, dass dies in manchen Fällen nicht so sei; ihm sei es aber wichtig, so zu bleiben, wie er sei. Trotz dieser Bedenken willigt er in die Operation ein. Vier Monate nach dem Eingriff haben sich seine motorischen Symptome signifikant verbessert. Zugleich hat er sich psychisch verändert: Er ist extravertiert, laut und stellt sich in Gesellschaft gerne in den Mittelpunkt. Zu Hause verbringt er viel Zeit im Internet und mit dem Erstellen umfangreicher Excel-Tabellen. Er ist leicht reizbar. Dass sich infolge dieser Wandlungen das Verhältnis zu seiner Frau verschlechtert, stört ihn nicht. Im Gegenteil, befragt nach seiner derzeitigen Lebensqualität antwortet er wiederholt, dass es ihm hervorragend gehe und er so bleiben wolle, wie er jetzt sei.

Was Herrn Schmitz widerfährt, wird von Medizinethikern häufig als „Identitätsänderung“ beschrieben. Identitätsändernde medizinische Eingriffe sind faszinierend und in manchen Fällen verstörend. Fest steht, dass sie eine ganze Reihe von Fragen aufwerfen. In diesem Beitrag greife ich eine davon auf: Wie lassen sich identitätsändernde Eingriffe moralisch rechtfertigen? Lassen Sie mich kurz erklären, was ich damit meine.

Unter der „Identität“ einer Person verstehe ich dabei das Bündel derjenigen Eigenschaften, die sie „ausmachen“ und sie „zu der Person machen, die sie ist“, und das insbesondere ihre zentralen Projekte, Pläne, Überzeugungen und Werte einschließt. Auch die aus der Persönlichkeitspsychologie bekann-

ten „großen Fünf“ Persönlichkeitseigenschaften können Teil der Identität einer Person sein. Diese Auffassung wird in der philosophischen Literatur breit geteilt [1, S. 77–83].

Als „identitätsändernd“ bezeichne ich Interventionen, welche die Identität der Patienten verändern *können*. Ein Eingriff kann also zur Klasse der identitätsändernden medizinischen Interventionen gehören, ohne dass er im konkreten Fall eine Identitätsänderung bewirkt. Zu solchen Interventionen wird in der medizinethischen Literatur nicht nur die THS gezählt. Auch Transplantationen von Organen, Gehirn- oder Gesichtsgewebe, Gehirn-Computer-Interfaces und psychopharmakologischen Eingriffen wird diese Eigenschaft zugeschrieben. Mein Beitrag konzentriert sich aber auf die THS und den skizzierten Beispielfall, da sich hier die Probleme, die bei der Rechtfertigung identitätsändernder Eingriffe auftreten können, besonders deutlich zeigen.

Um identitätsändernde Eingriffe *moralisch zu rechtfertigen*, stehen prinzipiell mehrere ethische Theorien bereit. Ich beschränke mich auf die Theorie, die vom medizinethischen Mainstream bevorzugt wird. Ihr zufolge müssen Patienten, die fähig und willens sind zu entscheiden, ob sie einen bestimmten Eingriff wünschen, ihre informierte Einwilligung zu diesem Eingriff geben, um ihn zu legitimieren [2, S. 121].

Mit diesen Bemerkungen sollte die Titelfrage hinreichend genau bestimmt sein. Meine Antwort werde ich in drei Schritten skizzieren. (Aus Platzgründen muss es bei einer Skizze bleiben. Eine ausführliche Ausarbeitung meiner Position findet sich in [3].) Im ersten Schritt werde ich die Antwort präsentieren, die in der einschlägigen Literatur gegenwärtig am häufigsten anzutreffen ist: die Standardkonzeption informierter Einwilligung in identitätsändernde medizinische Eingriffe. Im zweiten Schritt werde ich argumentieren, dass die Standardkonzeption zu Entscheidungsfehlern führen kann, die sie



Identitätsändernde medizinische Eingriffe werfen eine ganze Reihe von Fragen auf. (Hier „Die Erfindung des Lebens“ von René Magritte aus dem Jahr 1928).

für die Rechtfertigung identitätsändernder Eingriffe ungeeignet machen. Daraus ziehe ich im dritten Schritt den Schluss, sie zu verfeinern. Die Verfeinerung, die mir vorschwebt, nenne ich die „perspektivensensitive Konzeption informierter Einwilligung“.

DIE STANDARDKONZEPTION

Identitätsändernde medizinische Eingriffe haben in jüngerer Zeit die Aufmerksamkeit vieler Medizinethiker auf sich gezogen. Dabei wurden verschiedene Fragen betont, die diese Eingriffe erstmals oder jedenfalls mit besonderer Dringlichkeit aufwerfen: das richtige Verhältnis von „Authentizität“ und „Autonomie“ der Patienten, die Frage, worin eine gute oder schlechte Identitätsänderung besteht oder die Frage nach der richtigen Abwägung von Lebensqualität und Identität.

Wenig kontrovers diskutiert wurde bislang, wie identitätsändernde medizinische Eingriffe moralisch gerechtfertigt werden sollten. Hier scheint die Mehrheit der Beobachter zu glauben, sich auf die bisherigen Standards weitgehend verlassen zu können. Der Unterschied zur informierten Einwilligung in nicht-identitätsändernde Interventionen besteht ihrer

Ansicht nach lediglich darin, die Patientin nicht nur über die „normalen“ Effekte des Eingriffs, sondern auch über die Möglichkeit der Identitätsänderung aufzuklären [4, S. 381].

Ich nenne dies die „Standardkonzeption“ informierter Einwilligung in identitätsändernde medizinische Eingriffe. Ihr zufolge stellt uns die Legitimation dieser Eingriffe vor keine neuartigen Probleme. Identitätsänderungen sind so zu behandeln wie Konsequenzen nicht-identitätsändernder medizinischer Eingriffe: Die Patientin muss über sie aufgeklärt werden und im Lichte dieser Informationen entscheiden, ob der Eingriff durchgeführt werden soll oder nicht. Doch dies ist nicht genau genug, wie ich nun argumentieren werde.

DER OFFENSICHTLICHE UND DER SUBTILE FEHLER

Am Beginn meines Arguments steht die These, dass eine Identitätsänderung eine Veränderung der Perspektive zur Folge hat, aus der heraus eine Person sich und die Welt bewertet. (Ob eine Identitätsänderung immer oder nur typischerweise eine Änderung der Bewertungsperspektive zur Folge hat, ist eine Frage, die hier offen bleiben muss. Ich nehme aber an, dass es keine Veränderung der Bewertungsperspektive ohne eine Identitätsänderung geben kann.) Der Fall von Joseph

Schmitz ist dafür ein gutes Beispiel: Er wird nicht nur von einem besonnenen, zurückhaltenden Mann, der viel arbeitet und eine gute Ehe führt, zu einem extravertierten Egoisten, der kaum noch arbeitet und in häufige Ehekonflikte verwickelt ist. Er entwickelt sich von jemandem, dem Besonnenheit, Arbeit und eheliche Harmonie wichtig sind, zu einem Mann, der diesen Dingen gleichgültig oder sogar ablehnend gegenübersteht. Was sich also außer seinen zentralen Eigenschaften ändert, ist seine *Bewertung* dieser Eigenschaften und damit auch der Identitätsänderung selbst. Sein Urteil

Wie sollen die Lebensqualität vor und nach dem Eingriff sowie der Wert der Identitätsänderung gegeneinander abgewogen werden?

aus der Präinterventionsperspektive, sein „Präinterventionsurteil“, unterscheidet sich diesbezüglich deutlich von seinem Urteil aus der Postinterventionsperspektive, seinem „Postinterventionsurteil“.

Die Standardkonzeption versäumt, die konzeptuellen Ressourcen bereitzustellen, um diesen Perspektivenunterschied systematisch zu berücksichtigen. Zwei Fehler sind die Folge. Um sie zu erläutern, mache ich drei Annahmen:

1. Es ist möglich, die Konsequenzen einer identitätsändernden Intervention genau vorherzusagen.
2. Die Patienten sind bereits vor dem Eingriff in der Lage, sich ohne viel Mühe in ihre Postinterventionsperspektive hineinzuversetzen.
3. Der Gesundheitszustand der Patienten ist nicht so schlecht, dass es zu der identitätsändernden Intervention (aus ihrer Sicht) keine vernünftige Alternative gibt.

Besonders die erste Annahme, welche die Überlegungen der Patienten zu einer Entscheidung unter Sicherheit macht, dürfte von Praktikern zum Teil mit Recht kritisiert werden. Ich glaube aber, dass man alle drei Annahmen, soweit dies für meine Zwecke nötig ist, gut begründen kann [3, Abschnitt 4 sowie Fußnote 8].

Nun zu den Fehlern. Eine Patientin begeht den *offensichtlichen Fehler*, wenn sie einem identitätsändernden Eingriff auf Basis ihres Präinterventionsurteils zustimmt, dessen Konsequenzen sie später, aus der Postinterventionsperspektive, aber insgesamt negativ bewertet und daher ablehnt. Abhängig

davon, ob es sich um einen reversiblen oder irreversiblen Eingriff handelt, willigt sie so in einen Eingriff ein, der ihre Lebensqualität vorübergehend oder dauerhaft mindert. Dass wir es hier mit einer unklugen Entscheidung zu tun haben, ist offensichtlich; daher die Bezeichnung „offensichtlicher Fehler“.

Das Pendant zum offensichtlichen ist der *subtile Fehler*. Ihn begeht eine Patientin, die einen identitätsändernden Eingriff ablehnt, weil sie ihn aus der Präinterventionsperspektive insgesamt negativ bewertet, ohne dabei ihr Postinterventionsurteil zu berücksichtigen. Wenn sie so agiert, könnte sie ebenfalls eine unkluge Entscheidung treffen: eine Entscheidung nämlich, die sie, indem sie ihre Zufriedenheit nach dem Eingriff ausblendet, der Möglichkeit beraubt, ein alles in allem besseres Leben zu führen.

Da die Standardkonzeption nicht systematisch zwischen Prä- und Postinterventionsperspektive unterscheidet, können diese Fehler die Folge sein. Meiner Auffassung nach sollte eine überzeugende Konzeption informierter Einwilligung zu identitätsändernden Eingriffen solche Fehler aber gerade ausschließen. Daher ist die Standardkonzeption unbefriedigend. Sie sollte präzisiert und verfeinert werden.

DIE PERSPEKTIVENSENSITIVE KONZEPTION

Meinen Vorschlag für eine Präzisierung und Verfeinerung der Standardkonzeption nenne ich die „perspektivensensitive Konzeption“:

Die Einwilligung einer Patientin in einen identitätsändernden Eingriff ist nur dann eine informierte Einwilligung, wenn in den Überlegungen, die der Einwilligung vorausgehen,

- (1) die Lebensqualität vor dem Eingriff und der Wert der Identitätsänderung aus der Präinterventionsperspektive und
- (2) die Lebensqualität nach dem Eingriff aus der Postinterventionsperspektive bestimmt werden, und wenn dabei
- (3) die Lebensqualität vor und nach dem Eingriff gleich gewichtet wird, während das Gewicht, mit dem die Identitätsänderung in die Überlegungen eingeht, dasjenige ist, das die Patientin aus der Präinterventionsperspektive bevorzugt.

Die Bedingungen (1) bis (3) sollen die übrigen Bedingungen, die an eine informierte Einwilligung in medizinische Eingriffe zu stellen sind [2, S. 121–141], ergänzen. Ihr Ziel ist, die Überlegungen von Patienten, die ihre informierte Einwilligung zu einem identitätsändernden Eingriff geben wollen, so zu strukturieren, dass die Schwächen der Standardkonzeption und insbesondere der offensichtliche und der subtile Fehler vermieden werden.

Die ersten beiden Bedingungen regeln, aus welcher Perspektive Patienten ihre Lebensqualität vor und nach dem Eingriff sowie den Wert der Identitätsänderung bestimmen sollten. Betrachten wir zunächst die Lebensqualität. Bedingungen (1) und (2) fordern, dass die Lebensqualität vor dem Eingriff aus der Präinterventions- und die Lebensqualität nach dem

Eingriff aus der Postinterventionsperspektive bewertet werden. Der Grund hierfür wird deutlich, sobald wir uns vergegenwärtigen, dass der offensichtliche und der subtile Fehler eine gemeinsame Ursache haben: Beide treten auf, weil die Patienten die Lebensqualität *nach* dem Eingriff aus der *Prä*interventionsperspektive bestimmen. Im Falle des offensichtlichen Fehlers wird die Lebensqualität nach dem Eingriff überschätzt, im Falle des subtilen Fehlers wird sie unterschätzt. Fehler dieser Art werden vermieden, wenn die Lebensqualität, wie oben vorgeschlagen, aus der jeweils „passenden“ Perspektive bestimmt wird.

Während bei der Bestimmung der Lebensqualität beide Perspektiven eine Rolle spielen, sollte die Identitätsänderung allein aus der *Prä*interventionsperspektive bewertet werden. Der Grund ist, dass bei einer Beurteilung der Identitätsänderung aus der Postinterventionsperspektive nicht ausgeschlossen werden kann, dass wir es mit einem *heteronomen*, also fremdbestimmten Urteil zu tun haben. Ein heteronomes Urteil über die Identitätsänderung kann aber nicht Bestandteil einer informierten Einwilligung in einen identitätsändernden Eingriff sein: Die informierte Einwilligung ist die *autonome* Autorisierung eines medizinischen Eingriffs [2, S.121], und eine Einwilligung in eine identitätsändernde Intervention, in die ein heteronomes Urteil über die Identitätsänderung einfließt, ist nicht autonom.

Dass die Bewertung der Identitätsänderung aus der Postinterventionsperspektive heteronom sein könnte, illustriert der Fall von Joseph Schmitz. Seine positive Bewertung der Identitätsänderung nach dem Eingriff („Ich will so bleiben, wie ich jetzt bin“) scheint auf Werten zu beruhen, die Teil seiner veränderten Identität sind und die er, wie wir wissen, zuvor abgelehnt hat. In gewissem Sinne hat die tiefe Hirnstimulation somit selbst für die positive Bewertung ihrer Konsequenzen gesorgt. Die veränderte Bewertung wurde von Schmitz nicht rational kontrolliert. In einem relevanten Sinn ist sie daher nicht seine „eigene“ Bewertung. Sie ist heteronom [6, S.171]. Für eine autonome Bewertung der Identitätsänderung ist in seinem Fall allein die *Prä*interventionsperspektive geeignet.

Mit einer gewissen Vorsicht neige ich zu der Auffassung, dass wir diese Einsicht verallgemeinern können, so dass die Identitätsänderung, wie in Bedingung (1) gefordert, *generell* aus der *Prä*interventionsperspektive bewertet werden sollte. (Die Vorsicht ergibt sich daraus, dass bei bestimmten Patienten Urteile aus der *Prä*interventionsperspektive weniger autonom sein könnten als Urteile aus der Postinterventionsperspektive. Wie in solchen Fällen zu verfahren ist und ob sie die Reichweite des perspektivensensitiven Ansatzes auf Patienten mit einer hinreichend autonomen *Prä*interventionsperspektive beschränken, sollte Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.)

Auch wenn wir wissen, aus welchen Perspektiven Lebensqualität und Wert der Identitätsänderung bestimmt werden

sollten, wissen wir noch nicht, wie die Patientin zu einem vernünftigen *Gesamturteil* gelangen kann. Wie sollen die Lebensqualität vor und nach dem Eingriff sowie der Wert der Identitätsänderung gegeneinander abgewogen werden? Bedingung (3) des perspektivensensitiven Ansatzes beantwortet diese Frage. Sie fordert, die Lebensqualität vor und nach dem Eingriff gleich zu gewichten, während das Gewicht, mit dem die Identitätsänderung in die Überlegungen einfließt, aus der *Prä*interventionsperspektive zu bestimmen ist.

AUSGEZEICHNET!

Für seine ethischen Überlegungen zu identitätsverändernden Eingriffen in der Medizin hat Karsten Witt 2016 den DGPPN-Preis für Philosophie und Ethik gewonnen.

Die Begründung dieser Abwägungsbedingung ist zu einem gewissen Grad intuitiv: Insbesondere die Bestimmung, dass für die Abwägung von Identitätsänderung und Lebensqualität die *Prä*interventionsperspektive entscheidend ist, dürfte nach den Ausführungen zu Identität und Heteronomie keine Überraschung mehr sein. Wenn aber dem Einfluss der Identitätsänderung auf das Gesamturteil auf diese Weise Rechnung getragen worden ist, kann die Lebensqualität, welche die Patienten vor und insbesondere nach dem Eingriff erfahren, mit gleichem Gewicht in ihre Überlegungen eingehen.

Dies beendet meine Skizze der perspektivensensitiven Konzeption. Zugegeben, das Bild ist noch nicht komplett. Meiner Ansicht nach muss vor allem zur klinischen Umsetzung meines Ansatzes weiter geforscht werden.

DR. PHIL. KARSTEN WITT

Universität Duisburg-Essen

Fakultät für Geisteswissenschaften

Institut für Philosophie

LITERATUR

1. DeGrazia D (2005) *Human identity and bioethics*. Cambridge University Press
2. Beauchamp TL, Childress JF (2013) *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press
3. Witt K (im Erscheinen) *Identity change and informed consent*. *J Med Ethics*, DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/medethics-2016-103684>
4. Lipsman N, Zener R, Bernstein M (2009) *Personal identity, enhancement and neurosurgery: a qualitative study in applied neuroethics*. *Bioethics* 23:375–383
5. Mathews DJH (2011) *Deep brain stimulation, personal identity and policy*. *Int Rev Psychiatry* 23:486–492
6. Mele AR (1995) *Autonomous Agents. From Self-Control to Autonomy*. Oxford University Press

MEDIZINGESCHICHTE

KÖRPER UND SEELE IN DEN HIPPOKRATISCHEN SCHRIFTEN

Das berühmte Dictum Homers „Ein Arzt wiegt viele andere Männer auf“ (Ilias XI 514) meint konkret, dass der Arzt in der Lage ist, als Einzelner viele andere Menschen zu heilen und wieder funktionsfähig zu machen. Gleichzeitig zeigt es aber auch ganz allgemein das Prestige und Ansehen, das den Arzt von alters her auszeichnet.

Von Hellmut Flashar

Er ist zunächst vor allem Wundarzt. Verletzungen und Verwundungen aller Art konnte er erkennen und behandeln – nicht aber innere Erkrankungen, die sich teilweise auch nach außen hin bemerkbar machten: Deren Symptome konnte er nicht erklären – sie galten vielfach als gottgesandt. Ein besonderes Beispiel dafür ist die Epilepsie, die bis in die Zeit des Hippokrates (ca. 460–380 v.Chr.) als „heilige Krankheit“ galt. Mit Hippokrates ändert sich das Verständnis des Arztbegriffes. Er sucht und findet eine natürliche Erklärung und ersetzt damit Aberglauben durch Wissenschaft. Dabei muss er sich zu seiner Zeit noch vehement mit unseriösen Heilkünstlern auseinandersetzen: „Mir aber scheinen die ersten, die diese Krankheit für heilig erklärt haben, nämlich Magier, Sühnepriester, Bettler und Schwindler, die für sich in Anspruch nehmen, besonders gottergeben zu sein und mehr zu wissen. Sie nehmen das Göttliche als Deckmantel und Vorwand für ihre Unfähigkeit.“ Indem Hippokrates am Beispiel der Epilepsie alle Krankheiten auf natürliche Ursachen zurückführt, kann der Arzt für die Heilung aller Krankheiten verantwortlich gemacht werden. Diese Verantwortung wahrzunehmen und einer Öffentlichkeit gegenüber in Schriften zu vertreten, ist die Leistung des Hippokrates. Hippokrates war der erste praktische Arzt (der er war), der in

Schriften auf drängende Fragen vieler Menschen Antwort gegeben hat. Damit kann sich die Medizin überhaupt erst verantworten, denn Verantwortung ist mit Rechenschaft verbunden.

DIE MEDIZIN ALS WISSENSCHAFT

Das gilt für alle ca. 60 Schriften, die unter dem Namen des Hippokrates überliefert sind, von denen nur eine (nach Stil und Wissensstand ermittelbare) älteste Schicht von Hippokrates selber stammen kann, die dann allmählich durch Schriften anderer Ärzte zu einem Corpus Hippocraticum erweitert worden ist. Als „hippokratisch“ ist in nahezu allen diesen Schriften das Bemühen erkennbar, die Behandlung der Kranken allein bezüglich der auftre-



Mit Hippokrates ändert sich das Verständnis vom Arzt.

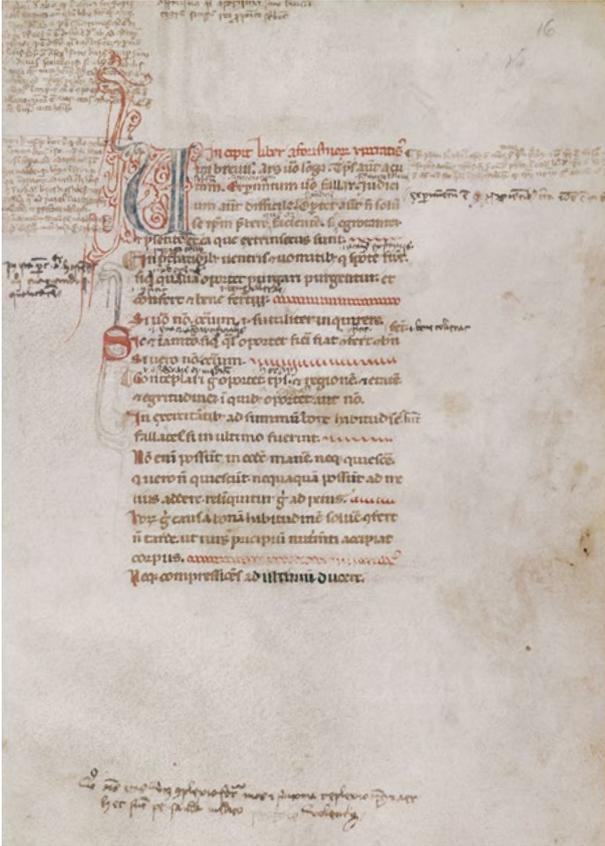
tenden und sichtbaren Symptome zu überwinden, zugunsten einer Betrachtungsweise, die den Menschen als ein Ganzes sieht, und zwar ausdrücklich auch im Hinblick auf die Umweltbedingungen, unter denen er lebt.

Mit dieser ganzheitlichen Betrachtungsweise korrespondiert eine ärztliche Ethik, die in der Achtung vor dem Leben des Menschen gipfelt, gleich welchen Standes und Geschlechtes.

In einem solchen Konzept hat auch eine isolierte Betrachtung von Körper und Seele keinen Platz. Vielmehr wird der psycho-somatische Habitus eines Menschen als eine Einheit angesehen. Das hängt auch damit zusammen, dass die Seele durchaus noch materiell – als Feuer, als Lebenswärme – gedacht ist, noch nicht in der durch die Philosophie Platons begründeten Trennung von Körper und Seele, die dann als immateriell verstanden ist.

DIE BEDEUTUNG DER PSYCHE

Das Wort Psyche (ψυχή) kommt in den hippokratischen Schriften mehrfach vor. Es heißt: „Die Psyche hat eine Struktur. Sie kann wachsen, aber nur in einem Körper.“ (*Über die Diät* I 6). Und weiter: „Die Psyche schleicht sich in jedes Lebewesen ein, das atmet, so auch in alle Menschen.“ (*Aphorismen* VIII 18). Das Zusammenwirken von Seele und Körper wird so gesehen,



Unter dem Namen Hippokrates sind rund 60 Schriften überliefert. Allerdings stammt davon nur ein Teil von Hippokrates selbst. Nach und nach kamen Schriften von anderen Ärzten hinzu. Hier: Auszug aus dem *Corpus Hippocraticum*.

dass die als Lebenshauch verstandene Psyche immerfort neu erzeugt wird bis ans Lebensende. „Sie sucht und vermittelt ohne jede Überlegung, Planung, Erziehung oder Schule die spontanen Reaktionen wie das Blinzeln der Augenlider, Tränen, Nasenabsonderung, Niesen, Ohrenschmalz, Mundspeichel, Aufstoßen, Atmen, Gähnen, Husten, Schlucken, Abgang des Harns, Schweiß, Jucken und Gähnen“ (*Epidemien* VI 5).

An anderer Stelle wird der Körper als „das Zelt der Seele“ bezeichnet. Die wohl als empfindlich erlebte Seele erhält eine Behausung, der sie Lebenswärme gibt. Wenn es dann weiter heißt, „Wenn die Seele das Zelt des Körpers verlässt, gibt das sterbliche Einzelwesen das Kalte und das Warme zugleich mit Galle, Schleim und Fleisch (der Natur) zurück“, so zeigt sich, wie die Vorstellung von der Seele mit der hippokratischen Lehre von den Säften und Elementen verbunden ist. Der

Mensch ist von den gleichen Kräften und Säften durchdrungen wie der Kosmos. Er ist ein „Mikrokosmos“ und seine psychische Beschaffenheit hängt von der Eigenart und Mischung der Kräfte ab, die auch den Kosmos durchwalten.

EINGEBUNDEN IN DAS SYSTEM DER SÄFTE

Damit hängt es zusammen, dass Hippokrates unterschiedslos die körperliche und psychische Konstitution des Menschen auch abhängig von seiner Umwelt betrachtet. So sieht er die Konstitution auch des gesunden Menschen in Korrespondenz zur Art des Klimas (kalt, warm, feucht, trocken) und der geologischen Gegebenheiten (Berge, Wald, Ebenen, Wiesen). Er gelangt dabei schon zu Vorformen von Konstitutionstypen (Phlegmatiker, Melancholiker, Choliker, Sanguiniker), allerdings in strenger

Abhängigkeit von der Säfte- und Elementenlehre, und dabei so, dass der Mensch in Krankheit und Gesundheit als beeinflusst von einer klimatisch strukturierten Umwelt angesehen wird. In der hippokratischen Schrift *Über Luft, Wasser, Ortslagen* wird dies ausführlich dargestellt. Dort heißt es beispielsweise, dass Menschen, die in tiefer gelegenen, wiesenreichen und drückend heißen Gegenden wohnen, von Natur aus „in ihrer Psyche“ nur wenig Mut und Widerstandskraft haben, während die Bewohner von kahlem, wasserarmem Land stolz und selbstbewusst sind (*De aere, aquis, locis* 24). In einer Gegenüberstellung von Asiaten und Europäern leitet Hippokrates ausdrücklich psychische Eigenschaften aus klimatischen Bedingungen ab. Aus großen jahreszeitlichen Schwankungen ergibt sich eine charakterliche und geistige Beweglichkeit der Menschen: „Darum sind die Bewohner Europas beherzter als die Asiens, denn im immer Gleichmäßigen macht sich Schläffheit breit, in einer Atmosphäre ständiger Veränderungen aber die Bereitschaft, Anstrengungen auf sich zu nehmen für Körper und Seele. Aus Ruhe und Schläffheit erwächst Feigheit, aus der Bereitschaft, Mühen auf sich zu nehmen, Tapferkeit“ (*De aere, aquis, locis* 23). Die für den Menschen typischen psychischen Befindlichkeiten werden dann sogar aus der Art des politischen Systems abgeleitet: „Unter einer Königsherrschaft sind die Menschen notwendigerweise am feigsten: Die Seelen sind dann nämlich versklavt. [...] Diejenigen aber, die politisch unabhängig sind, zeigen freiwillig ihren Mut und begeben sich in Gefahr. So bewirken Gesetze nicht am wenigsten eine gute seelische Verfassung.“

Insgesamt ist es in den hippokratischen Schriften so, dass somatische Erkrankungen sich auf die Psyche auswirken – weniger der uns geläufige Vorgang, wonach psychische Beeinträchtigungen „auf den Magen schlagen“, wie es sprichwörtlich heißt.

DER ZUSAMMENHANG VON TRAUM UND PSYCHE

Bezeichnend für die Eigenart der hippokratischen Medizin ist auch die erstmals wissenschaftliche Analyse des Traumes im Allgemeinen und dann in der Unterscheidung von verschiedenen Typen von Träumen (*Über Diät* IV 1). Da muss sich der Verfasser der hippokratischen Schrift *Über die Diät* (es ist wohl nicht Hippokrates selber) gegen unseriöse Traumdeuter wenden, die es zu allen Zeiten gab und gibt, indem er seine Erklärung der Träume ausdrücklich als „Wissenschaft“ erklärt. Danach „verwaltet“ die Psyche den Körper, wenn er schläft. Denn der Körper gibt im Schlaf seine Funktionen an die Psyche ab. Der Körper hat im Schlaf keine Wahrnehmungen, aber die Psyche. Und so heißt es: „Sie erkennt alles, sie sieht das Sichtbare und hört das Hörbare, sie wandelt, fühlt, empfindet Lust und Unlust, sie überlegt.“ Auf dieser Basis wird eine regelrechte wissenschaftliche Traumdeutung entwickelt, im Hinblick auf den gesunden und den kranken Zustand des Menschen, eben auch in seiner psychischen Befindlichkeit, so wenn etwa Träume von herumirrenden Sternen auf Sorgen deuten

oder Träume von Feinden, Schwerbewaffneten und Ungeheuern auf krankhafte Geistesstörungen.

Eine große Rolle spielt die psychische Dimension in den hippokratischen Schriften zur Gynäkologie. Bei allen Diagnosen und Behandlungen wird immer wieder auf die psychische Befindlichkeit der Frau geachtet. Ein Beispiel: Als typisch vor allem für ältere Frauen, die keinen Geschlechtsverkehr mehr haben, wird ein „hysterischer Anfall“ bezeichnet und mit einer Drehung der leichter gewordenen Gebärmutter erklärt, wodurch das normale Durchatmen erschwert sei. Die Geschichte der Hysterie nimmt hier ihren Anfang, denn das Wort „Hysterie“ (ὑστερίη) heißt ursprünglich „Gebärmutter“, wörtlich „die Unterste“, nämlich das unterste Organ. Und so wird der hysterische Zustand beschrieben: „Das Weiße der Augen verschiebt sich nach oben und die Frau wird kalt. Manche Frauen nehmen auch schon eine bläuliche Farbe an. Die Frau knirscht mit den Zähnen und Schaum fließt aus dem Mund. Sie gleichen denen, die von der Herakleischen Krankheit (Epilepsie) befallen werden“ (*Über die Frauenkrankheiten* I 7). An anderer Stelle heißt es, bei Frauen im heirats-

fähigen Alter bestehe die Gefahr, dass das Blut bei den Monatsblutungen den Muttermund nicht passieren kann und dann gewaltsam nach dem Herzen und weiter bis zum Gehirn drängt und dadurch eine Erstarrung und Störung des Verstandes bewirkt (*Die Krankheiten der Jungfrau* 1).

In allen Schriften des Corpus Hippocraticum stehen psychische Leiden nicht isoliert. Sie haben durchweg eine somatische Ursache und sind eingebunden in ein System der Säfte (Galle, Schleim, Blut) und Kräfte (warm, kalt, trocken, feucht), die auch die Umwelt des Menschen durchwalten. Dabei ist durchweg die „Psyche im Fokus“.

PROFESSOR DR. HELLMUT FLASHAR
em. o. Professor für Klassische Philologie
an der Ludwig-Maximilians-Universität
München

JETZT ERSCIENEN: HIPPOKRATES – MEISTER DER HEILKUNST. LEBEN UND WERK.

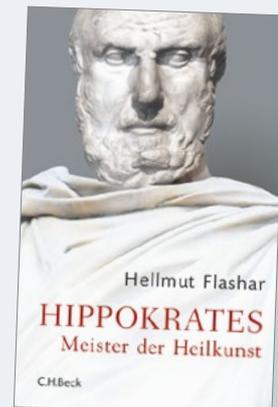
Was wussten Hippokrates, die Ärzte seiner Zeit und jene der folgenden Jahrhunderte wirklich über den Menschen? Was für eine Vorstellung hatten sie vom menschlichen Körper und den Zusammenhängen, die ursächlich sind für die Entstehung von Krankheiten? Welche Auslöser vermuteten sie beispielsweise hinter Epidemien, hinter einem epileptischen Anfall oder hinter bestimmten Frauenkrankheiten?

All diesen Fragen geht der Altertumswissenschaftler Hellmut Flashar nach

und legt eine anregende Einführung in die antike Heilkunst vor – aber auch einen profunden Überblick über die Wirkmächtigkeit des Hippokrates während der letzten 2000 Jahre.

Hellmut Flashar:
Hippokrates – Meister der Heilkunst. Leben und Werk. Verlag C. H. Beck, München 2016.
298 Seiten, 10 Abbildungen.

Jetzt überall im Buchhandel erhältlich.



AUSSCHREIBUNG

DGPPN-PREISE 2017

Auch in diesem Jahr vergibt die DGPPN insgesamt acht Preise, um innovative und herausragende Arbeiten und Projekte auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie zu würdigen. Das Spektrum ist breit und umfasst sowohl Schwerpunkte aus Wissenschaft und Versorgung wie auch gesellschaftliche Themenfelder. Die DGPPN-Preise sind insgesamt mit 95.000 Euro dotiert.

Wissenschaft

- Erforschung von psychischen Erkrankungen
- Prädiktive, präventive und personalisierte Medizin in Psychiatrie und Neurologie
- Promotionspreis – Hans-Heimann-Preis

Gesellschaft

- Antistigma
- Philosophie und Ethik
- Wissenschaftsjournalismus

Versorgung

- Versorgungsforschung in Psychiatrie und Psychotherapie
- Pflege- und Gesundheitsfachberufe

JETZT MITMACHEN

Nutzen Sie Ihre Chance und bewerben Sie sich jetzt für einen der DGPPN-Preise 2017. Die Teilnahmebedingungen, Regularien und Termine finden Sie auf www.dgppn.de.

DIE WELT DER PSYCHIATRIE ZU GAST IN BERLIN: WPA XVII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY

8.–12. OKTOBER 2017 | MESSE BERLIN

MIT DEUTSCHEM PROGRAMM
UND VIELEN HIGHLIGHTS

JETZT ANMELDEN

www.dgppnkongress.de
www.wpaberlin2017.com



DGPPN

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

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

WWW.DGPPN.DE