

PSYCHE IM FOKUS

DAS MAGAZIN DER DGPPN



Der Mensch im Mittelpunkt



Bundesbehindertenbeauftragte Verena Bentele im Gespräch

→ Seite 16

DGPPN Kongress 2015: alle Highlights auf einen Blick

→ Seite 22

Religiosität: Glaube kann schützen, aber auch schaden

→ Seite 38

DIE THEMEN DIESER AUSGABE



8

**BERUFLICHE TEILHABE:
MITTENDRIN STATT AUSSEN VOR**

16

**UNTER VIER AUGEN
BUNDESBEHINDERTENBEAUFTRAGTE
VERENA BENTELE IM GESPRÄCH**



22

**DGPPN KONGRESS 2015:
ALLE HIGHLIGHTS AUF EINEN BLICK**



34

**BEGRIFFSGESCHICHTE:
DIE AUTONOME PERSON**

EDITORIAL

GESUNDHEITSPOLITIK

Versorgungsdefizite bei Flüchtlingen	2
Psychopharmaka: Vorbehalte ernst nehmen	3
Entgeltsystem: alternatives Konzept vorgelegt	4
Suizidbeihilfe: Position der DGPPN	6
Maßregelvollzug: niedrige Rückfallquoten sicherstellen	7

PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT

Berufliche Teilhabe: mittendrin statt außen vor	8
Stigmatisierung: psychisch krank und gewalttätig?	12

UNTER VIER AUGEN

Bundesbehindertenbeauftragte Verena Bentele im Gespräch	16
---	----

DGPPN KONGRESS

Willkommen in Berlin	22
----------------------	----

ZUKUNFT

Wo der Nachwuchs sich trifft	26
------------------------------	----

WISSENSCHAFT

Neue Behandlungsleitlinien zu Depression und Demenz	27
---	----

INSIDE DGPPN

Psychische Störungen in der hausärztlichen Praxis	30
---	----

PSYCHE IN MEDIEN

Rezension: Psychiatrie-Enquete – 40 Jahre danach	31
Psychische Störungen im deutschen Krimi	32

VON GESTERN FÜR HEUTE

Begriffsgeschichte: die autonome Person	34
---	----

PSYCHIATRIE UND PHILOSOPHIE

Glaube kann schützen, aber auch schaden	38
---	----

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

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

Reinhardtstraße 27 B
D-10117 Berlin

Tel.: 030.2404 772-0

Fax: 030.2404 772-29

E-Mail: pressestelle@dgppn.de

Präsidentin

Dr. med. Iris Hauth

(Vi.S.d.P.)

Registergericht:

VR 26854 B, Amtsgericht Berlin

Charlottenburg

REDAKTION

J. Beutler, lic. phil.

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

AUFLAGE

9100 Exemplare

ERSCHEINUNGSDATUM

November 2015

LAYOUT UND SATZ

Timm Knoerr

SCHLUSSKORREKTUR

Heidefrey Lektorat | Berlin

DRUCK

Buch- und Offsetdruckerei

H. HEENEMANN GmbH & Co. KG,
Berlin

ABBILDUNGEN

AKG-IMAGES: S. 35; CLAUDIA BURGER: S. 3-5, S. 16-21, S. 24 links, S. 27-28; FOTOLIA: U3 (Marco2811); HOLGER GROSS: S. 22-23; S. 24 unten; ISTOCK: S. 6 (kupicoo), S. 13 (Macie Noskowski), S. 40 (nullplus); NDR/WDR: S. 33 (Willi Weber); PHOTOCASE: S. 39 (madochab); PICTURE ALLIANCE: S. 2 und S. 7 (dpa), S. 36 links (akg-images), rechts (Heritage-Images), S. 37 (United Archives/TopFoto); PLAINPICTURE: Titelseite (Stefanie Neuman); THINKSTOCK: S. 8-9 (istock, Portra), S. 30 (Alina Goncharova), S. 31 (Ingram Publishing), VISITBERLIN: S. 26+U4 (Wolfgang Scholvien)

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

Vom 25. bis 28. November 2015 steht Berlin ganz im Zeichen der psychischen Gesundheit: Auf dem DGPPN Kongress werden sich tausende Ärzte, Wissenschaftler und Therapeuten mit den neuesten Erkenntnissen in der Prävention, Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen auseinandersetzen – und dabei unter dem Motto „Der Mensch im Mittelpunkt: Versorgung neu denken“ ein zukunftsweisendes Thema in den Mittelpunkt rücken.

Oft steht heute bei der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen die kurzfristige Symptomreduktion im Vordergrund, oft ist diese Hilfe von Kostenvorbehalten getrieben und zu selten spielt die Lebensqualität der Betroffenen eine angemessene Rolle. Doch was brauchen wir, damit die Betroffenen heute und auch morgen qualitativ hochwertige medizinische, psychologische und soziale Hilfe erhalten, die ihnen die gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglicht? Darüber werden wir auf dem DGPPN Kongress mit nationalen und internationalen Experten diskutieren.

Einen ersten Überblick über die vielen Themen des Kongresses bietet Ihnen die aktuelle Ausgabe von *Psyche im Fokus*. Die Bundesbehindertenbeauftragte Verena Bentele unterstreicht in einem ausführlichen Gespräch, welche enorme Bedeutung der chancengleichen Teilhabe an allen Bereichen des sozialen Lebens zukommt. →

Seite 16

Doch gerade auf dem Arbeitsmarkt geraten Menschen mit psychischen Erkrankungen überdurchschnittlich oft ins Hintertreffen, wie eine aktuelle Expertise der DGPPN darlegt. → Seite 8

Nach schweren Gewalttaten stehen psychisch erkrankte Menschen oft unter Generalverdacht. Dabei zeigt ein Blick auf aktuelle Studien, dass von ihnen kein generell erhöhtes Gewaltisiko ausgeht. → Seite 12

Viele im psychiatrischen Kontext gebräuchliche Begriffe erscheinen nur auf den ersten Blick selbsterklärend, in Wahrheit eröffnen sie aber markante konzeptuelle Spannungsfelder, wie der historische Beitrag zum Begriff der autonomen Person ausführt. → Seite 34

Spannend ist auch der Artikel zum Thema Religiosität und Spiritualität. Denn Glaube, Religion und Spiritualität können sowohl Risiko- als auch Resilienzfaktor sein. → Seite 38

Viel Freude bei der Lektüre der aktuellen Ausgabe von *Psyche im Fokus* wünscht Ihnen Ihre

Iris Haut

Dr. med. Iris Haut
Präsidentin DGPPN



ASYL UND EINWANDERUNG

UNTERVERSORGT: PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN BEI FLÜCHTLINGEN

In diesem Jahr suchen mehr Menschen als jemals zuvor Zuflucht und Sicherheit in Deutschland. Viele der ankommenden Flüchtlinge sind durch Krieg und Flucht traumatisiert und leiden an posttraumatischen Belastungsstörungen, Depressionen oder Angsterkrankungen. Trotz der großen Not ist die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden mit psychischen Erkrankungen in Deutschland unzureichend.

Zehntausende Frauen, Männer und Kinder nehmen zurzeit unsägliche Strapazen und Gefahren auf sich, um Krieg, Gewalt und Verfolgung zu entfliehen. Die Erfahrungen in den Krisengebieten und auf der Flucht können sich schwerwiegend auf die Psyche auswirken. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ist die Rate für Posttraumatische Belastungsstörungen um das Zehnfache erhöht, gleichzeitig treten oftmals weitere psychische Erkrankungen wie Depressionen oder Angststörungen auf. Diese schweren Erkrankungen können ohne ausreichende Behandlung mit einem erhöhten Suizidrisiko verbunden sein. Langfristig erschweren sie eine gelungene Integration. Die betroffenen Flüchtlinge benötigen deshalb dringend psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfe.

ZUGANGSBARRIEREN AUF ALLEN EBENEN

Trotzdem wird in Deutschland die EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33 nicht umgesetzt. Die Richtlinie verlangt, dass eine besondere Schutzbedürftigkeit von Antrag stellenden Asylbewerbern erkannt wird, dazu zählt auch das Diagnostizieren psychischer Erkrankungen. Flüchtlinge und Asylbewerber stoßen im medizinischen Versorgungssystem jedoch auf erhebliche sprachliche, kulturelle und administrative Zugangsbarrieren. Im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes ist eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung nur bei akuten Erkrankungen möglich. Hinzu kommt, dass die Betroffenen nach ihrer Ankunft in Deutschland weiteren Stressfaktoren ausgesetzt sind. Die unvertrau-



Flüchtlinge stoßen im medizinischen Versorgungssystem auf erhebliche Zugangsbarrieren.

ten Lebensumstände, die neue Wohnsituation und der unsichere Aufenthaltsstatus können die psychische Gesundheit weiter beeinträchtigen.

ZUGANG ZUM GESUNDHEITSSYSTEM SICHERSTELLEN

Aus Sicht der DGPPN besteht deshalb dringender Handlungsbedarf: Die Politik muss Flüchtlingen und Asylsuchenden umgehend adäquaten Zugang zum Gesundheitssystem verschaffen und die EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33 rasch umsetzen. Einen wichtigen Schritt stellt dabei die Etablierung von regionalen und lokalen Netzwerken dar, die alle an der Versorgung der Betroffenen beteiligten Gruppen einbinden: Notärzte, Akutkrankenhäuser, niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten und Behörden (Sozialämter). Gleichzeitig sind klare, leicht umsetzba-

re und unbürokratische Standards zur medizinischen und psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung gefragt. Darüber hinaus ist der regelhafte Einsatz von Sprach- und Kulturmittlern sicherzustellen, um die Zugangsbarrieren zu senken. Aus Sicht der Fachgesellschaft lässt sich eine nachhaltige und alltagstaugliche Verbesserung der Versorgung der Flüchtlinge im ambulanten und stationären Bereich nur gewährleisten, wenn die Gesundheitsinstitutionen verbindliche Aktivitäten zur interkulturellen Öffnung entwickeln. Das Konzept der interkulturellen Öffnung muss dabei direkt in die Organisations-, Personal- und Qualitätsentwicklung einfließen.

DGPPN KONGRESS 2015
Hauptsymposium | Refugees and asylum seekers in Europe
25.11.2015 | 17:15 bis 18:45 Uhr



PSYCHOPHARMAKA

VORBEHALTE DER PATIENTEN ERNST NEHMEN

Während medikamentöse Therapien bei körperlichen Erkrankungen relativ hohe Akzeptanz finden, ist die Haltung gegenüber Psychopharmaka deutlich kritischer. Dabei bilden Medikamente bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen neben Psychotherapie und psychosozialen Interventionen einen wichtigen Baustein im Gesamtbehandlungsplan. Auf ihrem Hauptstadtsymposium betonte die DGPPN deshalb Anfang September die Wichtigkeit einer umfassenden Aufklärung und Information.

Psychopharmaka sind umstritten, viele Menschen begegnen ihnen mit Skepsis: Abhängig sollen sie machen, laute Patienten ruhigstellen und die Persönlichkeit verändern. Doch die Medikamente haben zu Unrecht einen schlechten Ruf, wie renommierte Experten auf dem 21. Hauptstadtsymposium der DGPPN zeigten. Die wissenschaftlichen Leitlinien empfehlen eine Behandlung mit Medikamenten insbesondere bei schweren psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Schizophrenie oder bipolaren Störungen. Bestimmte Krankheitsbilder werden durch Psychopharmaka erst behandelbar, indem sie eine Basis für eine psychotherapeutische Behandlung und weitere Behandlungen wie Soziotherapie schaffen. Viele Betroffene profitieren von der Pharmakotherapie und können wieder am gesellschaftlichen Leben teilhaben.

NUR NACH STRENGER INDIKATIONSSTELLUNG VERORDNEN

Wie alle Medikamente, haben auch Psychopharmaka Nebenwirkungen und Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln. Gerade zu Beginn einer Behandlung überwiegen oft die Nebenwirkungen. Deshalb sollten Psychopharmaka nur unter strenger, ärztlicher Kontrolle eingesetzt – und gegebenenfalls abgesetzt – werden. Eine entscheidende Rolle spielt dabei die Arzt-Patienten-Kommunikation. Ärzte müssen ihre Patienten sorgfältig und transparent über den Nutzen eines Wirkstoffs, aber auch über dessen Nebenwirkungen und Wechselwirkungen aufklären. Zudem



Viele Patienten profitieren von der Pharmakotherapie und können wieder am gesellschaftlichen Leben teilhaben.

darf nicht einseitig auf eine medikamentöse Therapie gesetzt werden: Entscheidend ist vielmehr, dass diese Teil eines Gesamtbehandlungsplans bildet, der auch psychotherapeutische und weitere therapeutische Schritte beinhaltet. Besonders wichtig ist es, die Vorbehalte der Patienten gegenüber Psychopharmaka ernst zu nehmen und diese nur nach strenger Indikationsstellung in wirksamen, aber möglichst niedrigen Dosen zu

verordnen. Dazu sind aber die entsprechenden Behandlungssettings mit genügend Zeit und Raum für eine ganzheitliche Therapie notwendig.

VÖLLIG UNTERSCHIEDLICHE MEDIKAMENTENTYPEN

Die Experten warnten davor, sämtliche Psychopharmaka in einen Topf zu werfen. Es handle sich dabei um einen Sammelbegriff für Medikamente mit völlig unterschiedlichen Wirkungsprofilen, z. B. Antidepressiva, Stimmungsstabilisierer, Antipsychotika oder Antidementiva. Daneben gebe es eine Reihe von Arzneimitteln, die sich keiner Gruppe zuordnen lassen, z. B. Medikamente zur Behandlung bestimmter Aspekte von Suchterkrankungen. Das Wissen um Wirkungsweisen, Nebenwirkungen, Kontraindikationen und Interaktionen von Psychopharmaka wächst rasant. Aus Sicht der DGPPN muss dieses Wissen noch viel breiter in der Versorgung ankommen. Psychopharmaka gehören in Deutschland mittlerweile zu den am häufigsten verordneten Medikamenten, ein Drittel wird von Hausärzten verschrieben. Deshalb ist eine kontinuierliche, unabhängige und transparente wissenschaftliche Information über Psychopharmaka notwendig.



ENTGELTSYSTEM PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK

FACHGESELLSCHAFTEN UND VERBÄNDE LEGEN ALTERNATIVKONZEPT VOR

Das geplante Entgeltsystem PEPP für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen durch das Krankenhaus ist heftig umstritten. Im vergangenen Jahr haben die Koalitionspartner deshalb beschlossen, die Optionsphase für die neue Vergütungssystematik um zwei Jahre zu verlängern. Die gewonnene Zeit soll als Denkpause genutzt werden, um diese grundsätzlich zu prüfen. In diesem Herbst hat die DGPPN nun gemeinsam mit 15 wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbänden ein zukunftsfähiges Alternativkonzept vorgelegt.

Das Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) steht bei Patienten, Ärzten, Pflegekräften und Ökonomen seit vielen Monaten in der Kritik: Denn Menschen mit psychischen Erkrankungen bedürfen besonders dann, wenn sie wegen einer akuten und schweren Erkrankung auf die Behandlung im Krankenhaus angewiesen sind, des besonderen Schutzes unserer Gesellschaft. Doch gerade diese grundlegende normative Aufgabe vermag das PEPP-System nicht zu leisten, da es einseitig Preis und Wettbewerb fokussiert und die Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen zu wenig berücksichtigt.

BUDGETBASIERTES ENTGELTSYSTEM

Deshalb hat nun die DGPPN gemeinsam mit weiteren Fachgesellschaften, Klinikleitungen, Ärzte-, Pflege- und Angehörigenverbänden sowie Ökonomen einen Alternativvorschlag – das Budgetbasierte Entgeltsystem – entwickelt und dem Bundesgesundheitsministerium übergeben. Grundlegendes Prinzip ist die Trennung von krankenhaushausindividueller Budgetfindung auf der Basis von evidenzbasierten merkmalsbezogenen Modulen einerseits und der Abrechnung in Form von Abschlagszahlungen auf das vereinbarte Budget andererseits. Damit stellt das Konzept die Erfüllung der notwendigen Aufgaben in der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung in den Vordergrund und nicht die am Preis und

Wettbewerb orientierte Einzelleistung.

Das Budgetbasierte Entgeltsystem umfasst alle durch Krankenhäuser zu erbringenden Leistungen in den Gebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Es verfolgt den Anspruch, die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen entsprechend deren besonderen Bedürfnissen sicherzustellen und die Versorgung gleichzeitig sachgerecht und qualitätsorientiert weiterzuentwickeln. Der Vorschlag entspricht den Zielen, die im Krankenhausfinanzierungsgesetz formuliert sind, und überführt das PEPP-System in ein leistungsorientiertes transparentes Budgetsystem.

KRANKENHAUSHAUSINDIVIDUELLE BUDGETS

Denn die bisherigen Erfahrungen mit dem PEPP haben gezeigt, dass sich eine reine Durchschnittspreisorientierung für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen durch das Krankenhaus nicht eignet. Die Finanzierung muss sich verstärkt auf die tatsächlichen Versorgungs- und Leistungsstrukturen und damit auch auf regionale und krankenhaushausindividuelle Aufgaben ausrichten. Deshalb sieht das Budgetbasierte Entgeltsystem vor, durch Verhandlungspartner krankenhaushausindividuelle Budgets auf lokaler Ebene zu vereinbaren – auf Grundlage bundeseinheitlich definierter, struktureller Kriterien: per-

sonelle Ausstattung, milieutherapeutische Erfordernisse, besondere krankenhaushausindividuelle Strukturkriterien für Basiskosten, besondere Aufgaben und Pflichtversorgung. Die Ermittlung der erforderlichen personellen Ausstattung erfolgt, wo möglich, evidenzbasiert quantitativ – bezogen auf den Zeitaufwand der Behandlung – sowie qualitativ in Bezug auf die erforderlichen Kompetenzen der Therapeuten. Hierzu wird der Patienten- und Qualitätsorientierte Personalbedarf (PQP) ermittelt. Die Krankenhäuser ordnen die Patienten auf der Basis von klinisch orientierten Fallbeschreibungen und nach aufwandsbezogenen Modulen zu. Im Unterschied zum PEPP-System steht dabei die Diagnose nicht im Vordergrund und die zu bildenden merkmalsbezogenen Module spiegeln die unterschiedlichen Schwerpunk-

BREIT ABGESTÜTZT

Die 16 wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände, die das Budgetbasierte Entgeltsystem entwickelt haben, repräsentieren gemeinsam den gesamten Bereich der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie der Kinder- und Jugendpsychiatrie und psychotherapie mit über 8000 stationär tätigen Ärzten und über einer Million Behandlungsfällen pro Jahr.

*Weitere Informationen zum Konzept:
www.dgppn.de > Schwerpunkte > Entgelt*

te in der Diagnostik und Behandlung während eines Behandlungsverlaufs wider. Die Zuordnung der Patienten zu den Modulen erfolgt tagesbezogen. Dabei soll eine unabhängige Expertenkommission den Personalbedarf für die einzelnen Module bestimmen und in regelmäßigen Abständen überprüfen.

Auf Basis eines prospektiv vereinbarten Mengengerüsts der unterschiedlichen Behandlungsmodule und der krankenhausindividuellen Strukturkomponenten vereinbaren die Verhandlungspartner das krankenhausindividuelle Budget, welches das gesamte Leistungsspektrum des Krankenhauses in allen Behandlungssettings adäquat abbildet. Dieses bildet die Grundlage für die leistungsbezogene Abrechnung in Form von Tagesentgelten, welche sich aus der Multiplikation von Bewertungsrelationen und dem klinikindividuell verhandelten Basisentgeltwert ergeben.

MEHR TRANSPARENZ

Die Kliniken verpflichten sich zu einer sach- und leistungsgerechten Darstellung der erbrachten Leistungen, der Behandlungssituation und der klinikbezogenen Strukturkomponenten. Die tagesbezogene Zuordnung der Patienten zu merkmalsbezogenen Behandlungsmodulen trägt der geforderten Transparenz Rechnung und verbessert die Vergleichbarkeit der Einrichtungen im Vergleich zum derzeit noch gültigen System mit Basis- und Abteilungspflegesätzen. Die strukturellen und leistungsbezogenen Unterschiede zwischen den Krankenhäusern werden transparent und bilden die Basis für den erwünschten Qualitätswettbewerb.

Unter diesen Rahmenbedingungen muss sich ein bundeseinheitlicher Entgeltkatalog nicht nur auf eine möglichst detailgenaue „Durchschnittskostenabbildung“ ausrichten, sondern kann die patientenbezogenen Behandlungsmerkmale und eine sinnvolle Leistungstransparenz in den Vordergrund rücken. Positiver Nebeneffekt: Der bürokratische



Das Budgetbasierte Entgeltsystem verfolgt den Anspruch, die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen entsprechend deren besonderen Bedürfnissen sicherzustellen.

Aufwand durch Dokumentationspflichten und der Misstrauensaufwand durch Rechnungsprüfungen lässt sich auf ein für Abschlagszahlungen notwendiges Maß begrenzen.

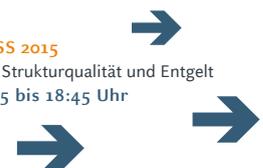
SCHRITTWEISE UMSETZUNG

Zur Sicherstellung und zielgerichteten Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung hin zu einer sachgerechten Versorgung der Patienten und somit zur Vermeidung ökonomischer Fehlanreize sind konkrete ordnungspolitische Rahmenbedingungen zu schaffen. Regelungen zur Dynamisierung des Budgets bei veränderten Rahmenbedingungen sollen wieder bedarfs- und leistungsgerecht eingeführt werden. Die Kliniken haben einen Anspruch auf eine Finanzierung der für eine qualitätsorientierte und patientenbezogene Versorgung der Patienten notwendigen Ressourcen.

Die Umsetzung des Budgetbasierten Entgeltsystems sollte schrittweise erfolgen. Dabei werden in einem ersten Schritt die merkmalsbezogenen Module sowie der Patienten- und Qualitätsorientierte Personalbedarf (PQP) je-

weils fachspezifisch in Abstimmung mit den unabhängigen Expertenkommissionen definiert und zwischen den Partnern der Selbstverwaltung vereinbart. Auf Basis der merkmalsbezogenen Module und der krankenhausindividuellen Strukturkomponenten werden dann krankenhausindividuelle Budgets vereinbart. Ausgangsbasis der zu verhandelnden Budgets ist das zum Zeitpunkt der Einführung des Budgetbasierten Entgeltsystems bestehende Krankenhausbudget. Nun hofft die breite Koalition aus wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbänden, dass der Bundesgesundheitsminister die Vorschläge aufgreift und sie Eingang in ein Gesetz finden. In der Zwischenzeit soll das Konzept weiter präzisiert und mit konkreten Empfehlungen für Gesetzesänderungen verknüpft werden.

DGPPN KONGRESS 2015
Mitgliederforum | Strukturqualität und Entgelt
26.11.2015 | 17:15 bis 18:45 Uhr



SUIZIDBEIHILFE

HILFE ZUM LEBEN

In der Frage, ob und wie eine Beihilfe zum Suizid in Deutschland geregelt werden soll, gehen die Meinungen weit auseinander. Während Politik und Gesellschaft nach Antworten und Lösungen suchen, fordert die DGPPN dazu auf, die besondere Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu berücksichtigen und die lebensbejahende Arbeit von Ärzten anzuerkennen.

Die aktuelle gesellschaftliche Debatte zur „Sterbehilfe“ – gemeint ist damit vor allem die ärztliche Beihilfe zum Suizid – betrifft die Psychiatrie in besonderer Weise. Selbsttötungsgedanken (oder -versuche) und Suizidrisiko sind häufige Begleitphänomene fast aller schweren psychischen Erkrankungen. Die Mehrheit der derzeit jährlich etwa 10.000 Suizide in Deutschland wird von Menschen mit psychischen Erkrankungen vollzogen.

In der öffentlichen Diskussion heißt es oft, dass Menschen mit schweren somatischen Erkrankungen, die um Beihilfe zum Suizid bitten, sich grundsätzlich von suizidalen Menschen mit psychischen Erkrankungen unterscheiden würden. Auch in der politischen Diskussion werden vorzugsweise Beispiele von ausschließlich durch körperliche Krankheit verursachte Leiden mit terminaler Prognose angeführt. Diese Polarisierung verkennt die Realität: Oft gehen das Leid bei körperlicher Krankheit und das psychische Leid untrennbar ineinander über.

Die Erfahrung von Psychiatern und Psychotherapeuten ist es, dass ursprünglich aus der Erfahrung körperlicher Krankheit entstandene Leidenszustände oft von einer verzweifelten und depressiven Verstimmung mitbestimmt



Oft gehen das Leid bei körperlicher Krankheit und das psychische Leid untrennbar ineinander über.

werden. Daraus kann das Erleben von völliger Ausweg- und Hoffnungslosigkeit erwachsen, welches die Sterbewünsche und das Suizidbegehren hervorbringt. Solche psychischen Zustände, die oft als begleitende, krankheitswertige Depressionen in Erscheinung treten, sind vor allem anderen Anlass für Hilfe zum Leben. Fürsorgliche Zuwendung, Empathie und Therapie können bei vielen Betroffenen zu einer veränderten Einstellung zu ihrem Leiden beitragen und den Lebenswillen unterstützen.

dem Leben zugewandt: Es ist ihre zentrale Aufgabe, Menschen mit Suizidabsichten im vertrauensvollen Gespräch Mut und Hilfe zum Leben zu vermitteln.

Die Kultur der Achtung und bedarfsgerechten Unterstützung körperlich und seelisch kranker Menschen existiert in Deutschland allerdings erst in unzureichendem Maße. Ein qualitätsorientierter Ausbau der auf Schmerzbekämpfung ausgerichteten Palliativmedizin ist notwendig, reicht aber nicht aus. Dies muss durch einen deutlichen Ausbau der psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit erreicht werden.

STELLUNGNAHME DER DGPPN

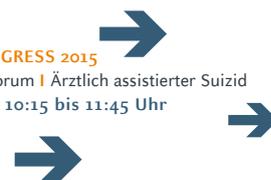
BEIHILFE ZUR SELBSTTÖTUNG IST KEINE ÄRZTLICHE AUFGABE

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

MUT UND HILFE VERMITTELN

Psychiatrie und Psychotherapie haben im Umgang mit suizidgefährdeten Menschen mit psychischen Erkrankungen Hilfsangebote und Behandlungsprinzipien entwickelt, die für die aktuelle Diskussion bedeutsam sind. Die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind

DGPPN KONGRESS 2015
Diskussionsforum | Ärztlich assistierter Suizid
28.11.2015 | 10:15 bis 11:45 Uhr



MASSREGELVOLLZUG

NIEDRIGE RÜCKFALLQUOTEN AUCH IN ZUKUNFT SICHERSTELLEN

In den letzten Jahren hat die Zahl der Patienten, die in Deutschland in einer Klinik des Maßregelvollzugs untergebracht sind, stark zugenommen. Gleichzeitig ist auch die Verweildauer erheblich gestiegen. Nun arbeitet das Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV) an einer Novellierung des Rechts der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gemäß § 63 des Strafgesetzbuches. Die DGPPN hat zu einem ersten Referentenentwurf des Gesetzes Stellung genommen.



Differenzierte Behandlungsangebote, z. B. Gruppentherapien, sollen den Patienten zu einem straffreien Leben verhelfen.

Das Fach Psychiatrie und Psychotherapie übernimmt neben seinem Heilauftrag für die Gesellschaft auch eine ordnungspolitische Aufgabe. Auf Grundlage von § 63 des Strafgesetzbuches (StGB) werden in den Kliniken des Maßregelvollzugs bundesweit gegenwärtig rund 6500 Patienten behandelt, weitere 3300 Patienten in einer Entziehungsanstalt auf Grundlage von § 64 StGB. Es handelt sich um Täter, die von Gerichten aufgrund ihrer Erkrankung als nicht oder vermindert schuldfähig erklärt und freigesprochen wurden. Der Auftrag der Forensischen Psychiatrie liegt darin, die Patienten durch differenzierte Behandlungsangebote wieder zu einem straffreien eigenverantwortlichen Leben in Freiheit zu verhelfen.

Die Forensische Psychiatrie erfüllt diesen Auftrag ausgesprochen gut. Nur 5 von 100 behandelten und entlassenen schizophrenen Patienten – der größten Patientengruppe im Maßregelvollzug werden wieder straffällig. Auch die Rückfallquote der Sexualstraftäter hat sich in den vergangenen Jahren dank spezialisierter Behandlungs- und Nachsorgeangebote deutlich reduziert.

DRINGENDER REFORMBEDARF

Trotz dieser positiven Entwicklungen besteht seit vielen Jahren dringender Reformbedarf des Rechts der Unterbringung in ein psychiatrisches Krankenhaus. Die DGPPN begrüßt daher ausdrücklich, dass das BMJV nun an einer

Novellierung arbeitet und bereits einen Referentenentwurf für ein überarbeitetes Gesetz vorgelegt hat. Die Stoßrichtung bewertet die Fachgesellschaft ausdrücklich positiv. So soll die Einweisung eines psychisch kranken Straftäters in die Forensische Psychiatrie auf schwere Straftaten beschränkt werden. Auch die im Gesetzesentwurf vorgesehene Verweildauerbegrenzung und -verkürzung sowie die Vereinheitlichung der Gutachterfrequenzen wird unterstützt.

Dennoch gehen die Reformvorschläge aus Sicht der DGPPN nicht weit genug. So ist dringend eine bundesweit einheitliche Gestaltung des Maßregelvollzugs zu schaffen. Die im bundesweiten Vergleich sehr unterschiedliche Personalausstattung ist anzugleichen und komplementäre Behandlungseinrichtungen, die eine Betreuung psychisch kranker Patienten niederschwellig erlauben, und Nachsorgeambulanzen müssen gestärkt werden. Weiteren Reformbedarf sieht die DGPPN insbesondere in der Überarbeitung der stigmatisierenden und gänzlich überholten Begriffe des „Schwachsinn“ und der „schweren anderen seelischen Abartigkeit“. Gleichzeitig empfiehlt die Fachgesellschaft nach der Verabschiedung der Novellierung des § 63 StGB dringlich eine grundlegende Reform der Unterbringung gemäß § 64 StGB.



DGPPN KONGRESS 2015

Symposium I Behandlungsstandards in der Forensischen Psychiatrie
26.11.2015 | 08:30 bis 11:00 Uhr



BERUFLICHE TEILHABE

MITTENDRIN STATT AUSSEN VOR

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind in Deutschland überdurchschnittlich häufig von Arbeitslosigkeit betroffen. Dabei würde sich eine regelmäßige Berufstätigkeit positiv auf den Krankheitsverlauf und die Lebenszufriedenheit auswirken. Doch eine aktuelle Studie der DGPPN und Gesundheitsstadt Berlin zeigt, dass ein großer Teil der breiten Angebote zur beruflichen Rehabilitation noch nicht ausreichend bei den Betroffenen ankommt.

Autorinnen: Uta Gühne, Steffi G. Riedel-Heller

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen stellen mit ihrem komplexen Hilfebedarf eine Kerngruppe der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung dar. Oftmals sind sie in ihren verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen stark eingeschränkt und nehmen medizinische und psychosoziale Hilfen intensiv in Anspruch. Die internationale Datenlage zur Häufigkeit schwerer und anhaltender psychischer Erkrankungen ist jedoch spärlich. Darüber hinaus kommen die vorhandenen Studien zu teils unterschiedlichen Ergebnissen, in Abhängigkeit davon, wie schwere psychische Krankheit darin definiert werden und wo die Studien stattfinden. Anhaltspunkte zur Häufigkeit liefern aber auch ausgewählte Behandlungs- und Versorgungszahlen. Auf der Grundlage der bisher existierenden Befunde wird die Zahl der Betroffenen mit einer schweren psychischen Erkrankung vorsichtig auf 1 bis 2 % der Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren geschätzt. Demnach sind in Deutschland ca. 500.000 bis zu 1 Million Menschen in diesem Alterssegment schwer psychisch krank. Obgleich die vorgelegte Schätzung einen ersten Orientierungsrahmen bildet, ist weitere Forschung zur Häufigkeit schwerer psychischer Erkrankungen dringend erforderlich, um eine substanziierte Versorgungsplanung für schwer psychisch kranke Menschen in Deutschland zu erreichen.

STUDIE



Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland

*Im Auftrag von Gesundheitsstadt Berlin e. V. und der DGPPN e. V.
Weitere Informationen auf www.dgppn.de > Schwerpunkte > Weitere Themen*

BERUFLICHE EXKLUSION STATT INKLUSION

Das Vorliegen einer schweren psychischen Erkrankung ist mit erheblichen negativen Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbssituation sowie einer sozialrechtlichen Benachteiligung verbunden. Obwohl die meisten Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen arbeiten wollen, ist die Arbeitslosigkeit in dieser Bevölkerungsgruppe überdurchschnittlich hoch. So liegen die Arbeitsraten für Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis europaweit lediglich bei ca. 10 bis 20 % [1]. Ein beträchtlicher Teil arbeitet unter geschützten Bedingungen.

In Deutschland lassen sich inzwischen knapp 43 % aller gesundheitsbedingten Frühberentungen auf eine psychische Erkrankung zurückführen. Dabei nimmt die Zahl an Neuberentungen wegen psychischer Erkrankungen deutlich zu. Die sozialrechtliche Benachteiligung der Betroffenen zeigt sich auch in dem vergleichsweise geringen Anteil an Rehabilitationsleistungen. Nur etwas mehr als die Hälfte der Betroffenen hat in den Jahren zuvor eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen. Vermutet wird, dass die Antragstellung oft erst in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung erfolgt, wenn der Integrationserfolg in den Antragsverfahren kaum mehr ersichtlich ist. Generell ist davon auszugehen, dass Zuständigkeits- und Schnittstellenprobleme im Sozialversicherungssystem eine adäquate Behandlung und Rehabilitation erschweren.

DER EINFLUSS VON ARBEIT AUF DEN KRANKHEITSVERLAUF

Arbeit bildet ein bedeutendes Kriterium für Genesung von Krankheit. Sie vermittelt den Betroffenen nicht nur Struktur, soziale Kontakte und eine Entlohnung sondern auch sozialen Status, Anerkennung und Bestätigung durch die Erfüllung von Rollenanforderungen. Die positiven Effekte von Arbeit auf zahlreiche nicht-arbeitsbezogene Größen lassen sich auch für Men-



Einem Großteil der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bleibt in Deutschland der Zugang zur Arbeitswelt verwehrt.

schen mit schweren psychischen Erkrankungen nachweisen. Dabei zeichnet sich im Vergleich zu anderen Formen von Arbeit und Beschäftigung eine besondere Stellung kompetitiver Beschäftigung ab [2]. Wissenschaftliche Studien konnten ganz klar aufzeigen, dass die Aufnahme einer Beschäftigung mit einer Reduktion psychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit sowie einer Verbesserung der Symptomschwere, der Lebenszufriedenheit und des Selbstwertgefühls bei Patienten mit einer Störung aus dem schizophrener Formenkreis verbunden ist [3].

ANSÄTZE BERUFLICHER REHABILITATION – WAS IST EFFEKTIV?

Konzeptionell lassen sich zwei Strategien beruflicher Rehabilitation unterscheiden. Bei beruflichen Wiedereingliederungsprogrammen, die auf dem traditionellen *First-train-then-place*-Ansatz basieren, erfolgt zunächst ein Arbeitstraining in einem beschützten Rahmen, bevor die Platzierung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt angestrebt wird (engl. *Pre-vocational Training*). Dieser Ansatz beinhaltet ein schrittweises Vorgehen mit den Bestandteilen: (1) Arbeit an krankheitsbezogenen Defiziten, (2) Training arbeitsbezogener Fertigkeiten in speziellen Einrichtungen, (3) berufliches Praktikum und im Anschluss die (4) Integration am Arbeitsmarkt. Das *First-place-then-train*-Prinzip folgt dagegen einem anderen Vorgehen: Hierbei wird der Rehabilitand rasch auf einem Arbeitsplatz des ersten Ar-

beitsmarkts platziert und dann in der Tätigkeit trainiert. Dabei erfolgt eine zeitlich nicht limitierte Unterstützung durch einen spezialisierten Job-Coach (engl. *Supported Employment*).

Die Ergebnisse einer systematischen Recherche im Rahmen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ [4] zeigte nahezu stringent die Effektivität bzw. Überlegenheit von *Supported Employment* bezüglich arbeitsbezogener Zielgrößen auf. Insbesondere gilt dies, wenn die Methode in der manualisierten Form durchgeführt wird, d. h. mit *Individual Placement and Support (IPS)*. Patienten kommen durch *Supported Employment* im Vergleich zu traditionellen beruflichen Rehabilitationsansätzen mindestens doppelt so häufig in Beschäftigung. Die Evidenz zur Wirksamkeit von *Supported Employment* bei erwachsenen Menschen mit psychischen Erkrankungen stützt sich mittlerweile auf 12 systematische Reviews und 17 randomisierte kontrollierte Studien [5].

Von besonderem Interesse ist in diesem Zusammenhang eine aktuelle randomisierte kontrollierte Studie aus der Schweiz, da hier *Supported Employment* gegenüber traditionellen arbeitsrehabilitativen Interventionen unter vergleichbaren Rahmenbedingungen wie in Deutschland untersucht wurde und sich als eindeutig überlegen erwies. Die positiven Effekte hinsichtlich der Arbeitssituation bei den Teilnehmern blieben auch nach fünf Jahren bestehen, wobei die Überlegenheit des *Supported Employment* gegenüber traditionellen Wiedereinglieder-

rungsmaßnahmen sogar noch deutlicher wurde. Zudem wurden auch positive Effekte auf nicht-arbeitsbezogene Zielvariablen, wie Lebensqualität, (teil-)stationäre Behandlungsnotwendigkeit und Empowerment beschrieben [6].

Gegenüber der überwältigenden Evidenz zu *Supported Employment* ist die wissenschaftliche Evidenz zu traditioneller Arbeitsrehabilitation äußerst begrenzt [7]. Zudem weisen die Ansätze des *First-train-then-place* einige Mängel auf: (1) Die Maßnahmen sind sehr teuer, (2) sie weisen trotz hoher Eintrittsselektion geringe Integrationserfolge von meist unter 30 % auf, (3) sie finden mehrheitlich im geschützten Rahmen statt und (4) sie sind zeitlich befristet [8].

ARBEITSREHABILITATION IN DEUTSCHLAND

Wenngleich Deutschland über ein sehr vielseitiges Angebot beruflicher Rehabilitationsmöglichkeiten verfügt, gelingt eine wirkliche Teilhabe am Arbeitsleben selten. Oft arbeiten schwer und chronisch psychisch Kranke auf einer Stelle des besonderen Arbeitsmarktes; die Wahrscheinlichkeit eines Wechsels auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ist äußerst gering. Zum geschützten Arbeitsmarkt zählen insbesondere die Beschäftigungsmöglichkeiten ausgelagerter Arbeitstherapieplätze sowie die Arbeits- und Beschäftigungsangebote in Tagesstätten und Tagesförderstätten, der Berufsbildungs- und Arbeitsbereich der Werkstätten für behinderte Menschen sowie Zuverdienstangebote, wie sie sich beispielsweise unter dem Dach gemeindepsychiatrischer Versorgungseinrichtungen finden las-

sen (Abb. 1). Möglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt bestehen in temporären Strukturen wie beispielsweise die der Einrichtungen Beruflicher Trainingszentren oder Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke sowie in langfristig angelegten Strukturen, wie sie Arbeitsplätze der freien Wirtschaft und Integrationsfirmen bieten. Auch wenn sich die Wahl der einzelnen Angebote und Einrichtungen am Leistungsvermögen bzw. der Stabilität der psychisch erkrankten Menschen orientiert, wird sie stark durch die regionalen Gegebenheiten des Arbeitsmarktes sowie der vorherrschenden Rehabilitationslandschaft bestimmt. Hinzu kommen sozialrechtliche Barrieren, die ein Zusammenpassen zwischen der beruflichen Teilhabemöglichkeit und den Voraussetzungen des Rehabilitanden erschweren. Die Mehrheit der in Deutschland vorgehaltenen Rehabilitationsangebote stehen mehr oder weniger in der Tradition *First-train-then-place*.

Mit dem Ziel einer stärkeren Umsetzung des Ansatzes *First-place-then-train* wurde Anfang 2009 die Maßnahme „Unterstützte Beschäftigung“ (UB) im Sozialgesetzbuch verankert. Ziel ist es, behinderten Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf eine angemessene, geeignete und sozialversicherungspflichtige Beschäftigung jenseits der Werkstatt für behinderte Menschen zu ermöglichen und zu erhalten. Die „Unterstützte Beschäftigung“ umfasst in der ersten Phase eine individuelle betriebliche Qualifizierung und bei Bedarf in der zweiten Phase eine Berufsbegleitung. Die Maßnahme wird vom zuständigen Rehabilitationsträger in der Regel für bis zu zwei Jahre erbracht. Inhaltlich ist die „Unterstützte Beschäftigung“ nicht



Abb. 1: Struktur von Angeboten beruflicher Teilhabe in Deutschland in Abhängigkeit von der Belastbarkeit der Rehabilitanden

mit dem international evaluierten Ansatz des *Supported Employment* gleichzusetzen, da er in den wesentlichen und erfolgversprechenden Forderungen abweicht – z. B. in der unbefristeten Begleitung durch einen Job-Coach. Die große Bedeutung der Programmtreue bei der Umsetzung von *Supported Employment* unterstrich jüngst eine retrospektive Untersuchung im „freien Feld“: Dabei wurden die Ergebnisse von 21 zwischen 1997 und 2006 implementierten *Supported-Employment*-Programmen beruflicher Rehabilitation in Massachusetts (USA) analysiert. Die Untersuchung berücksichtigte Daten von 3.474 Rehabilitanden im Alter zwischen 16 und 69 Jahren mit verschiedenen psychiatrischen Krankheitsbildern, von denen 51 % innerhalb eines Jahres eine Beschäftigung aufgenommen hatten. Die Wahrscheinlichkeit, eine Beschäftigung zu erhalten bzw. mindestens 20 Stunden pro Woche zu arbeiten, war bei größerer Programmtreue um 45 % bzw. um 52 % erhöht. Unbenommen blieb dabei die Höhe des Einkommens. Eine gute Programmtreue führt demnach zu höheren Eingliederungsraten in die freie Wirtschaft. Hiermit ist eine entscheidende Forderung bei der Implementierung von *Supported Employment* verbunden, die nur dann wie erwartet gelingen kann, wenn die Kriterien des Konzepts tatsächlich berücksichtigt werden.

ARBEIT – EIN EXISTENZIELLES BEDÜRFNIS

Im Zuge der Diskussion zu den Chancen des zukünftigen Bundesteilhabegesetzes muss das Thema Arbeit für psychisch Kranke einen wichtigen Stellenwert einnehmen. Die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit ist existenzielles Bedürfnis und ein Recht aller Menschen, auch der Menschen mit psychischen Erkrankungen – was die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die 2009 in Deutschland in Kraft getreten ist, unmissverständlich regelt: „... das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen auf Arbeit; dies beinhaltet das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird...“ Veränderungen im Sinne einer verbesserten beruflichen Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen sind auf unterschiedlichen Ebenen erforderlich. So muss die berufliche Teilhabe als eine feste Zielvariable im Behandlungsprozess etabliert werden. „Arbeit und Beschäftigung“ müssen im Behandlungsverlauf frühzeitig thematisiert und die Selbstbestimmung der Betroffenen bei der Inanspruchnahme von rehabilitativen Leistungen und Beschäftigungsmöglichkeiten berücksichtigt werden. Eine stärkere Individualisierung und Flexibilisierung kompetitiver und beschützter Arbeitsplätze in den Betrieben sowie eine gezielte Anreizsetzung und Unterstützung der Arbeitgeber, um hier eine größere Sensibilität und Bereitschaft zur Schaffung geeigneter Arbeitsplätze auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu erreichen, ist notwendig. Schließlich ist eine

Überwindung der Barrieren auf sozialrechtlicher Ebene unumgänglich, um der Fragmentierung hinsichtlich der Leistungsträger und -anbieter zu begegnen und eine ganzheitliche und evidenzbasierte Versorgung für alle Menschen mit (schwerer) psychischer Erkrankung und entsprechendem Unterstützungsbedarf zu gewährleisten.

DR. RER. MED. UTA GÜHNE, DIPL.-PSYCH.

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

PROF. DR. MED. STEFFI G. RIEDEL-HELLER, MPH

DGPPN-Vorstandsmitglied, Direktorin des Instituts für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), Medizinische Fakultät der Universität Leipzig

LITERATUR

1. Marwaha S, Johnson S (2004) Schizophrenia and employment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39(5):337–349
2. Bond GR, Resnick SG, Drake RE et al (2009) Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *J Consult Clin Psychol*. 69(3):489–501
3. Luciano A, Bond GR, Drake RE (2014) Does employment alter the course and outcome of schizophrenia and other severe mental illnesses? A systematic review of longitudinal research. *Schizophr Res* 159:312–321
4. DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2013) S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Springer, Berlin
5. Marshall T, Goldberg RW, Braude L et al (2014) Supported employment: assessing the evidence. *Psychiatr Serv* 65(1):16–23
6. Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S et al (2014) Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 171(11):1183–90
7. Crowther R, Marshall M, Bond G et al (2001) Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2:CD003080
8. Hoffmann H (2013) Was macht Supported Employment so überlegen? *Psychiatrie* 10:95–101
9. Henry AD, Hashemi L, Zhang J (2014) Evaluation of a statewide implementation of supported employment in Massachusetts. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 37(4):284–288



STIGMATISIERUNG

PSYCHISCH KRANK UND GEWALTTÄTIG?

*Nach dem Absturz der Germanwings-Maschine am 24.03.2015 entbrannte in der Öffentlichkeit eine Debatte über den Zusammenhang von schweren Gewalttaten und psychischen Erkrankungen. Ein Blick auf aktuelle Studien zeigt, dass von psychisch erkrankten Menschen kein generell erhöhtes Gewaltrisiko ausgeht. Bei bestimmten Erkrankungen wird das Gewaltrisiko dann erhöht, wenn die Betroffenen an Wahnvorstellungen leiden, Alkohol oder Drogen konsumieren oder keine ausreichende Behandlung erhalten.**

Autoren: Wolfgang Maier, Iris Hauth, Mathias Berger, Henning Saß

Das Gewaltrisiko bei Menschen mit psychischen Erkrankungen ist in den vergangenen Jahrzehnten zunehmend in den Fokus der psychiatrischen und epidemiologischen Forschung gerückt. Umfangreiche epidemiologische Studien haben frühere, eher kasuistische oder an kleinen klinischen Stichproben orientierte Untersuchungen ergänzt. Zentrales Motiv für diese Entwicklung sind Amokläufe psychisch vulnerabler Menschen in den USA. Die breite Berichterstattung und öffentliche Diskussion über Mehrfachtötungen und Amokläufe durch – oftmals vorschnell – als psychisch krank etikettierte Menschen vermittelte in weiten Kreisen der Bevölkerung den Eindruck, dass von psychisch Kranken Gefahr ausgeht. Das Bild des „unberechenbaren“ und „gefährlichen“ psychisch Kranken ist vor allem unter Menschen verbreitet, die selbst keinen persönlichen oder beruflichen Kontakt mit den Betroffenen haben [1]. Diese negative Einstellung trägt wesentlich zur Stigmatisierung psychisch Kranker bei [2].

WANN SIND DIE RISIKEN ERHÖHT?

Dabei zeigen die Untersuchungen kein konsistentes Bild: Ein generell erhöhtes Risikoprofil für die Gesamtheit aller psychischen Störungsbilder lässt sich nicht nachweisen. Allerdings können bestimmte psychische Erkrankungen unter bestimmten Umständen mit einem erhöhten Gewaltrisiko gegenüber anderen verbunden sein. Die Ausprägung des Risikos variiert stark über die verschiedenen Diagnosen: Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis gehen mit dem höchsten Risiko einher, während das Risiko bei Depressionen kaum erhöht ist. Die diagnosebezogenen Gewaltrisiken steigern sich allerdings bei einer gleichzeitigen Wahnsymptomatik, bei Alkohol- und Drogenkonsum und im jüngeren Lebensalter. Auch neurologische Krankheiten, z. B. Epilepsien oder erworbene Hirn-

schädigungen, können mit erhöhtem Gewaltrisiko verbunden sein.

Diagnosespezifische Analysen zum Gewaltrisiko bei psychischen Störungen sind v. a. in Skandinavien landesweit und repräsentativ durchführbar, weil dort Fallregister (mit Diagnosen) und Kriminalstatistiken vorliegen, die sich auf individueller Basis zusammenführen lassen (Record-Linkage). So wurde für Schweden gezeigt, dass 11 % der Männer und 3 % der Frauen innerhalb der ersten fünf Jahre nach der Diagnosestellung einer Schizophrenie oder anderen psychotischen Erkrankungen zwischenmenschliche Gewalt ausgeübt haben. Aus einem systematischen Review [3] von 20 methodisch profunden Einzeluntersuchungen ergibt sich zudem, dass das durchschnittliche Risiko für Tötungsdelikte bei psychotisch erkrankten Menschen bei 0,3 % liegt, während der Vergleichswert in der allgemeinen Bevölkerung 0,02 % beträgt. Jedoch liegt das Suizidrisiko bei psychisch kranken Menschen deutlich höher: Suizide sind dreimal häufiger als schwerwiegende zwischenmenschliche Gewaltanwendung [4].

Insgesamt belegen die zurzeit vorliegenden Untersuchungen ein erhöhtes Risiko für zwischenmenschliche Gewaltentwicklung auf alle Ausprägungsstufen psychotischer Störungen. Dabei lassen sich Einflussfaktoren und Risikofaktoren identifizieren: jüngeres Alter, männliches Geschlecht, frühes, noch unbehandeltes Krankheitsstadium, begleitend Suchtmittelmissbrauch bzw. -abhängigkeit. Bei psychotisch erkrankten Menschen ist ein enger Zusammenhang zwischen selbst- und fremdaggressivem Verhalten festzustellen. Inhaltliche Analysen ergeben dabei als Hauptmotive emotional aversiv-subjektive Reaktionen auf wahnhaftige Überzeugungen. Triebfeder sind dabei oft die aus der Positivsymptomatik (v. a. Wahn) resultierende Wut über die als verändert wahrgenommene Realität.



Aktuelle Studien zeigen, dass von psychisch erkrankten Menschen kein generell erhöhtes Gewaltisiko ausgeht.

GIBT ES EINEN ZUSAMMENHANG ZWISCHEN GEWALT UND DEPRESSIONEN?

Fremdaggressivität bei depressiven Störungen ist – im Vergleich zu psychotischen Störungen – wenig untersucht. Gewalttaten sind bei depressiv erkrankten Menschen selten, die Indizes liegen bei 3,7 % für Männer und 0,5 % für Frauen [5]. Für den statistischen Zusammenhang zwischen der „Diagnose Depression“ und der Gewaltanwendung findet sich in der Literatur kein eindeutiges Resultat. Mehrheitlich ist festzustellen: Zwischen Diagnose und Gewaltanwendung besteht ein statistischer, schwach positiver Zusammenhang. Allerdings zeigt die jüngste Record-Linkage-Studie aus Schweden einen stärkeren Zusammenhang. Diese statistische Assoziation beruhte jedoch weniger auf der die Depression charakterisierenden Symptomatik, sondern vielmehr auf assoziierten, komorbiden Erkrankungen bzw. Merkmalen wie Persönlichkeitsstörungen, Suchtmittelgebrauch und frühe Gewalterfahrung. Bipolare Störungen zeigen v. a. im Stadium der Manie ein verstärktes Risikoprofil für Aggression und Gewaltanwendung. Auch dieser statistische Zusammenhang wird v. a. durch den bei bipolaren Störungen gehäuft auftretenden Alkohol- und Drogenkonsum vermittelt.

WIE LÄSST SICH DAS RISIKO VERRINGERN?

Das erhöhte Gewaltisiko bei psychischen Erkrankungen ist vor allem dann gegeben, wenn es zu keiner oder zu einer unzu-

reichenden, gezielten Behandlung der psychischen Störung kommt. Diesen Zusammenhang bestätigen Untersuchungen insbesondere in Bezug auf Schizophrenie und psychotische Störungen. Bei konstanter Behandlungstreue ist nach Therapiebeginn mit einem kontinuierlichen Abfall der Gewaltneigung zu rechnen [6, 7]. Dabei spielt möglicherweise ein pharmakologischer Mechanismus eine wichtige Rolle, der die Hemmmechanismen im Frontalhirn stärker aktiviert, so dass die emotional gesteuerten subkortikalen Strukturen weniger verhaltensrelevant werden. Entscheidend ist auch, dass die Therapie frühzeitig einsetzt. Je länger z. B. eine akute Psychose unbehandelt bleibt, desto größer das zukünftige Gewalt-

risiko – und zwar auf allen Ausprägungsstufen [8]. Vermutlich trägt gerade die Stigmatisierung von psychischen Krankheiten wesentlich dazu bei, dass die besonders gefährdeten, erstmals psychotisch Erkrankten, den Kontakt mit spezialisierten medizinisch-psychotherapeutischen Diensten zunächst meiden.

LASSEN SICH GEWALTTATEN VORAUSSAGEN?

Der Zusammenhang zwischen Gewalt und psychischen Erkrankungen rückte nach dem willkürlich herbeigeführten Absturz der Germanwings-Maschine am 24. März 2015 besonders in das Interesse der Öffentlichkeit. Die Wahrnehmung psychisch Kranker als „unberechenbar“ hat sich danach nochmals gesteigert, auch wenn das Stigma insgesamt nicht signifikant gewachsen ist [9]. In dieser Situation wurden eine Reihe von Fragen gestellt: Stellen Menschen mit einer früheren depressiven Erkrankung in „sicherheitssensiblen“ Berufen – z. B. Piloten, Lokomotivführer oder Taxifahrer – ein erhöhtes Risiko dar? Braucht es Screenings von Bewerbern bzw. Beschäftigten zur Risikoabschätzung? Gibt es Risikofaktoren und Prädiktoren für ein solches Risiko? Existieren entsprechende Prognoseskalen?

Neue Untersuchungen zeigen *gruppenstatistisch* viele Auffälligkeiten bei Gewalttaten: Die funktionelle Bildgebung kann eine Unteraktivität des Frontalhirns bei Aufgaben und Paradigmen beobachten, die mit der Hemmung von Verhalten verbunden sind. Mit der gleichen Methode lässt sich bei Menschen

eine reduzierte Aktivität der für die emotionale Verarbeitung zuständigen Amygdala feststellen, v. a. bei Personen die zu instrumenteller, proaktiver zwischenmenschlicher Aggression neigen. Mit Methoden der strukturellen Bildgebung kann bei Menschen mit psychopathischen Zügen und einer Neigung zu instrumenteller, berechnender und kaltblütiger zwischenmenschlicher Aggression eine Reduktion des Amygdala-Volumens beobachtet werden. Pathophysiologische Auffälligkeiten lassen sich zudem auch mit anderen Verfahren nachweisen.

Diese neurobiologischen Indikatoren für die Neigung zu zwischenmenschlicher Aggressivität eignen sich im *Einzelfall* je-

doch *nicht* als Prognoseinstrument. Es handelt sich bei den berichteten Untersuchungen lediglich um grobe gruppenstatistische Vergleiche, die zwar signifikant sind, aber in ihrer Aussagekraft nicht stark genug, um sie auf den Einzelfall anzuwenden.

Gewalttaten mit Todesfolge sind insgesamt und auch bei psychisch erkrankten Menschen sehr seltene Ereignisse. Daher sind auch Voraussagen über spätere zwischenmenschliche Gewalttaten mittels Skalen in dieser Personengruppe grundsätzlich kaum möglich. Ein zuverlässiges, allgemeines Screening steht daher bislang auch nicht zur Verfügung. Für solche (hypo-

DIFFERENZIERTE REAKTION

Welche Auswirkungen hatte der Absturz der Germanwings-Maschine am 24. März 2015 in der Bevölkerung auf die Einstellung gegenüber psychisch erkrankten Menschen? Ein Team um den Psychiater Dr. Georg Schomerus an der Universität Greifswald ging dieser Frage nach.

Wie haben Sie die Stimmung in der Bevölkerung gemessen?

Wir haben die Ergebnisse einer Online-Befragung aus dem November 2014 mit den Antworten auf die gleichen Fragen im Mai 2015 verglichen – also vor und nach dem Absturz der Germanwings-Maschine. Im ersten Durchgang haben wir 600, im zweiten 800 Teilnehmer nach ihren Reaktionen gegenüber einer fiktiven Frau namens Anne befragt. In beiden Durchläufen beschrieben wir die Figur entweder mit den typischen Symptomen einer Schizophrenie oder Depression, ohne aber die Diagnose explizit zu benennen. Im Anschluss sollten die Teilnehmer angeben, wie sie Anne einschätzen und wie sie auf sie reagieren würden.

Haben die Teilnehmer nach dem Absturz skeptischer auf Anne reagiert?

Die Ergebnisse zeigen kaum Veränderungen in der Reaktion auf psychisch erkrankte Menschen. Insgesamt brachten die Teilnehmer Anne nach dem verstörenden Ereignis nicht mehr oder weniger Sympathie oder Unbehagen ent-

gegen, sie waren ihr gegenüber nicht signifikant ängstlicher oder misstrauischer. Das Bedürfnis nach sozialer Distanz veränderte sich ebenfalls nicht sig-



PD Dr. Georg Schomerus

nifikant. Es sprach sich auch keine größere Anzahl an Teilnehmern dafür aus, dass Anne z. B. nicht für ein öffentliches Amt kandidieren dürfe. Einzig in Bezug auf die Berechenbarkeit stellten wir eine Verschiebung fest: Vor dem Absturz hielten 17 % der Teilnehmer Anne für unberechenbar, danach waren es 24 %.

Wie ordnen Sie diese Ergebnisse ein?

Erfreulicherweise lässt sich feststellen, dass der Absturz in der Bevölkerung kaum einen signifikanten Einfluss auf das Stigma psychischer Krankheit hatte. Es scheint, als hätte die jahrelange Aufklärungs- und Informationsarbeit in Bezug auf psychische Erkrankungen zumindest die Neigung zur Verallgemeinerung von Gefahren verringert – dazu hat sicher auch die teilweise besonnene Berichterstattung in den Medien beigetragen. Der voreilige Ruf nach einem Berufsverbot für depressive Menschen nach dem Absturz spiegelt sich nicht in der öffentlichen Wahrnehmung wider. Trotzdem liegt in der Antistigma-Arbeit noch ein weiter Weg vor uns. Gerade Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben immer noch mit vielen Vorurteilen und Ausgrenzung zu kämpfen.

LITERATUR: Schomerus G, Stolzenburg S, Angermeyer MC (2015) Impact of the Germanwings plane crash on mental illness stigma: results from two population surveys in Germany before and after the incident. *World Psychiatry* 14(3):362–363

thetischen) Screenings bestünde zudem ein erhebliches Schadenspotenzial: So wäre zu befürchten, dass die identifizierten Risikopersonen mit Stigmatisierung und Diskriminierung konfrontiert wären – obwohl sie in Zukunft ganz überwiegend keine Gewalttaten verüben würden.

Die Voraussage von zukünftigen Gewalttaten ist nur in spezifischen Populationen mit ausreichender Genauigkeit möglich. Dies gilt z. B. bei Personengruppen mit drastisch erhöhtem Risiko, was etwa bei Männern mit einer Gewaltanamnese bzw. forensischen Patienten der Fall ist.

INTENSIVE ANTISTIGMA-ARBEIT IST NOTWENDIG

Wissenschaft und Statistik bestätigen das Bild des „unberechenbaren“ und „gefährlichen“ psychisch Kranken nicht. Die Entwicklung von schwerwiegenden Gewalthandlungen ist auch bei dieser Bevölkerungsgruppe ein seltenes Ereignis und nur bei einer Minderheit zu beobachten. Für die überwiegende Mehrzahl von Gewaltnwendungen in der Gesellschaft sind nicht psychisch erkrankte Menschen verantwortlich. Ein höheres Gewaltisiko lässt sich nur bei bestimmten psychischen Krankheitsbildern nachweisen und vor allem dann, wenn sie unbehandelt bleiben. Im Vergleich zu den öffentlich stark beachteten Tötungsdelikten sind die kaum beachteten Selbsttötungen bei psychisch erkrankten Personen viel häufiger.

Die Wahrnehmung, dass psychisch erkrankte Menschen „gefährlich“ sind, führt zu einer verstärkten Stigmatisierung. Viele Betroffene versuchen dadurch, ihre Erkrankung zu verbergen, und nehmen keine – oder erst sehr spät und nur sporadisch – medizinisch-psychotherapeutische Hilfe in Anspruch. Es erwächst ein Teufelskreis. Die unzureichende Behandlung ist auch der zentrale Grund für die Erhöhung des Gewalttrisikos bei Menschen, die an bestimmten psychischen Erkrankungen leiden. Mehr noch: Die oftmals undifferenzierte Berichterstattung über Gewaltnutzung und die Bezugssetzung zu psychischer Erkrankung stigmatisieren psychisch erkrankte Menschen und halten sie von einer gezielten Behandlung fern. Dies kann die Erhöhung des Gewalttrisikos bei einzelnen Menschen mit psychischen Erkrankungen zur Folge haben und damit Einzeltaten bedingen, welche wiederum zur Stigmatisierung aller psychisch erkrankten Menschen beitragen.

Dabei ist es möglich, dem erhöhten Gewaltisiko aufgrund psychischer Erkrankungen zu begrenzen: Es gilt die Barrieren zu überwinden, die Betroffene davon abhalten, die notwendigen Hilfen in Anspruch zu nehmen. Behandlungskontinuität und Patientencompliance schützen vor einer Gewaltentwicklung. Eine globale Präventionsstrategie von Gewaltnutzung aufgrund von psychischer Erkrankung setzt intensive Antistigma-Arbeit voraus.

* Eine Langfassung dieses Artikels wird in der Zeitschrift *Der Nervenarzt* (Ausgabe 01/2016; Springer Medizin/Springer-Verlag GmbH) erscheinen.

PROF. DR. MED. WOLFGANG MAIER

Direktor der Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Universitätsklinikum Bonn

DR. MED. IRIS HAUTH

Präsidentin DGPPN, Ärztliche Direktorin
des Zentrums für Neurologie, Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik,
Alexianer St. Joseph-Krankenhaus
Berlin Weißensee

PROF. DR. MED. MATHIAS BERGER

Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie des Universitäts-
Klinikums Freiburg

PROF. EM. DR. MED. HENNING SASS

Vorsitzender des Beirats der DGPPN,
Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats
und Mitglied im Aufsichtsrat des Zentralin-
stitutes für Seelische Gesundheit in Mann-
heim

LITERATUR

- Jorm AF, Reavley N (2014) Public belief that mentally ill people are violent: Is the USA exporting stigma to the rest of the world? *Australian & New Zealand Journals of Psychiatry* 48(3):213–215
- McGinty EE, Weber DW, Barr CL (2013) Effects of news media messages about mass shootings on attitudes toward persons with serious mental illness and public support for gun control policies. *Am J Psychiatry* 170(5):494–501
- Fazel S, Gulati G, Linsell L et al (2009) Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine* 6(8):e10001204. Elbogen EB, Johnson S (2014) Violence, suicide, and all-cause mortality. *Lancet Psychiatry* 1(1):16–18
- Elbogen EB, Johnson S (2014) Violence, suicide, and all-cause mortality. *Lancet Psychiatry* 1(1):16–18
- Fazel S, Wolf A, Chang Z et al (2015) Depression and violence: a Swedish population study. *Lancet Psychiatry* 2:224–2326. Steinert T, Sippach T, Gebhardt RP (2000) How common is violence in schizophrenia despite neuroleptic treatment? *Pharmacopsychiatry* 33:98–102
- Fuller Torrey E (2011) Stigma and violence: Isn't It time to connect the Dots? *Schizophrenia Bulletin* 37(5):892–896
- Nielsen OB, Malhi GS, McGorry PD et al (2012) Overview of violence to self and others during the first episode of psychosis. *J Clin Psychiatry* 73(5):e580–e587
- Schomerus G, Stolzenburg S, Angermeyer MC (2015) Impact of the Germanwings plane crash on mental illness stigma: results from two population surveys in Germany before and after the incident. *World Psychiatry* 14(3):362–363

DGPPN KONGRESS 2015

Hauptsymposium I The neglected consequences
of the stigmatization of mental illness

26.11.2015 | 10:15 bis 11:45 Uhr





Teilhabe in allen Lebensbereichen realisieren

Die Präsidentin der DGPPN Dr. Iris Hauth im Gespräch mit der Bundesbehindertenbeauftragten Verena Bentele

„DIE POLITIK MUSS IN DIE INKLUSION INVESTIEREN – IN DAS GEMEINSAME WOHNEN, ARBEITEN UND SOZIALE UMFELD – UND JEDE FORM DER SEGREGATION VERHINDERN.“

VERENA BENTELE

Bei der Versorgung psychisch erkrankter Menschen steht oft die akute Hilfe im Vordergrund. Doch großer Handlungsbedarf zeigt sich auch bei der langfristigen Versorgung – insbesondere im Bemühen um die chancengleiche Teilhabe Betroffener am Leben in der sozialen Gemeinschaft. DGPPN-Präsidentin Dr. Iris Hauth und die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen Verena Bentele sprechen über die aktuelle Situation von Menschen mit Behinderung in Deutschland und gehen dabei auf die besonderen Bedürfnisse ein, die sich aus psychischen Erkrankungen ergeben. Welche Möglichkeiten bietet hier das geplante Bundesteilhabegesetz? Und welche Aufgaben stehen im Zuge der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) an? Ein Gespräch über Inklusion in allen Bereichen des Lebens.

Hauth: Psychische Erkrankungen gehören in Deutschland zu den schwerwiegendsten Gesundheitsproblemen. Jeder Dritte Erwachsene ist im Verlauf eines Jahres betroffen. Erfreulicherweise können wir heute dank Fortschritten in Diagnostik und Therapie fast allen Betroffenen so helfen, dass es ihnen deutlich besser geht. Trotzdem neigen psychische Erkrankungen im hohen Maß zur Chronifizierung und können dadurch zu einer langfristigen Beeinträchtigung in der Lebensgestaltung führen – gerade in Bezug auf Arbeit, Wohnen oder soziale Kontakte. Liegen Ihnen dazu Daten vor? Wie viele Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen leben unter uns?

Bentele: Die amtliche Statistik zählt rund neun Millionen Menschen in Deutschland, deren Grad der Behinderung über 50 % liegt. Hinzu kommen all jene Menschen, die nichts von ihrer Behinderung wissen oder diese aus Angst vor Stigmatisierung und Nachteilen verstecken und nie bescheinigen lassen, auch wenn sie Unterstützungsbedarf hätten. Ich bin mir sicher, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen dabei die größte Gruppe ausmachen. Viele fürchten sich vor Ausgrenzung und verschleiern ihre Einschränkungen im Alltag – was im Vergleich zu vielen körperlichen Behinderungen auch einfacher möglich ist. Letztlich kann ich Ihre Frage nicht verläss-

lich beantworten, weil uns die entsprechenden Daten fehlen. Dies hat übrigens auch der Fachausschuss der Vereinten Nationen im Zuge der Staatenprüfung zur Umsetzung der UN-BRK festgestellt und Deutschland den Auftrag erteilt, sich noch stärker um die Erhebung von Daten zu bemühen. Damit hat der Fachausschuss einen entscheidenden Punkt angesprochen: Nur auf der Basis einer zuverlässigen Datenlage können wir Aussagen über die zukünftigen Entwicklungen treffen. Mit wie vielen Betroffenen haben wir in Deutschland in Zukunft zu rechnen? Wie sieht ihre Arbeitssituation aus? Welche Maßnahmen helfen, um nachhaltig die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu sichern? Welche Kosten kommen auf uns zu? Letztlich geht es aber nicht einfach darum, einen staatlichen Auftrag zur Datenerhebung zu formulieren. Wir müssen uns auch gesellschaftlich mit der Frage auseinandersetzen, wie wir mit Menschen umgehen, die in irgendeiner Art mit einer Einschränkung leben.

Psychische Erkrankungen neigen im hohen Maß zur Chronifizierung.

Hauth: Tatsächlich erleben wir in unserem Praxis- und Klinikalltag immer wieder, dass psychisch erkrankte Menschen nicht den Mut finden, sich eine Schwerbehinderung bescheinigen zu lassen. Die Angst vor Stigma und Ausgrenzung ist noch immer präsent, obwohl die gleichberechtigte Teilhabe im Zuge der UN-BRK in der Politik und Gesellschaft zu einem wichtigen Thema geworden ist. Wie sieht es mit der Umsetzung der UN-BRK in Deutschland aktuell aus?

Bentele: Wir befinden uns in Deutschland auf einem guten Weg: Viele Menschenrechte werden so umgesetzt, dass jeder Mensch sie in Anspruch nehmen kann. Aber es gibt auch Einschränkungen, z. B. was die Wahl von Wohnort oder Arbeitsplatz angeht. Theoretisch kann bei uns natürlich jeder Mensch dort leben, wo er möchte. Im Alltag ist es aber gerade für behinderte Menschen oft nicht ohne weiteres möglich, ihren Aufenthaltsort frei zu wählen. Grund dafür ist, dass längst nicht jedem Antragsteller ein trägerübergreifendes Budget bewilligt

„WIR MÜSSEN DIE BERUFLICHE TEILHABE AUCH IN DER BEHANDLUNG NOCH STÄRKER IM BLICK HABEN. SIE SOLLTE VON ANFANG AN EINE FESTE ZIELVARIABLE DARSTELLEN.“

DR. IRIS HAUTH

wird, bzw. dass viele Menschen nichts von der Möglichkeit wissen, dass sie sich Leistungen flexibel einkaufen können. Deshalb stellen die großen Institutionen für sie oftmals die einzige Lebensmöglichkeit dar. Auch in Bezug auf Arbeit besteht Handlungsbedarf: Wir müssen in Deutschland nicht nur mehr finan-

zielle Ressourcen darauf verwenden, den Arbeitsmarkt inklusive zu gestalten, sondern auch mit mehr Energie und Engagement die nachhaltige Beschäftigung sichern.

So benötigen wir etwa neue Impulse im Bereich der Prävention, da viele Arbeitsplätze und Arbeitsumgebungen die Menschen, die dort arbeiten, krank machen. Gleichzeitig müssen wir mehr Unternehmen dafür gewinnen, dass sie auch für Menschen mit Behinderung die Voraus-

setzung für eine berufliche Tätigkeit schaffen. Heute scheiden Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung, eines Unfalls oder einer Krankheit eine Behinderung entwickeln, viel zu häufig aus dem Arbeitsleben aus. Bei all diesen Punkten müssen wir ansetzen, wenn wir die UN-BRK in den nächsten Jahren konsequent umsetzen wollen.

Hauth: Sie haben das Thema psychosoziale Risiken am Arbeitsplatz und damit das Thema Prävention angesprochen. Was könnte hier aus Ihrer Sicht noch mehr getan werden?

Bentele: Wir sollten an den Arbeitsplätzen mehr Unterstützungsangebote vorhalten. Es sollte schneller und einfacher möglich sein, Gesprächsangebote zu nutzen – etwa mit einem Vorgesetzten oder einem Coach. Gleichzeitig darf dieser Weg,

eine Supervision zu nutzen, nicht allein Führungskräften offen stehen. Auch die Mitarbeiter, die sich an ihrem Arbeitsplatz unwohl, unter- oder überfordert fühlen, sollten Gehör finden. Zudem müssen die Unternehmen stärker darauf achten, dass es nach Phasen der Belastung auch Phasen der Entspannung gibt. Viele Arbeitnehmer sind heute einem permanenten Stresspegel ausgesetzt. Doch es braucht auch die ruhigeren Momente, in denen man z. B. Routinearbeiten nachgehen kann.

Wenn Mitarbeiter trotzdem eine psychische Erkrankung entwickeln, müssen wir sie schnell in eine Behandlung bringen.

Hauth: Ein wichtiges Stichwort ist dabei das gesundheitliche Betriebsmanagement. Den Unternehmen muss noch bewusster werden, dass die Mitarbeiter neben den körperlichen Gefährdungen auch psychosozialen Risiken ausgesetzt sind. Die DGPPN hat ein Stepped Care Modell entwickelt, das über Gesundheitsaufklärung bezüglich psychosozialer Risiken, individueller Beratung gefährdeter Mitarbeiter bis hin zur verstärkten Sensibilisierung der Betriebsärzte und der Führungskräfte reicht. Darüber hinaus plant die DGPPN 2016 einen Inklusionskompass in einfacher Sprache für Betroffene, Angehörige und Professionelle zu erstellen – eine Plattform mit umfassenden Informationen in den Bereichen Arbeit, Wohnen und soziale Teilhabe. Wenn Mitarbeiter trotzdem eine psychische Erkrankung entwickeln, müssen wir sie schnell in eine Behandlung bringen, damit ihre Symptome nicht chronisch werden. Sobald sie an ihre Arbeitsplätze zurückkehren, ist auf ein gutes und schnelles Eingliederungsmanagement zu achten. Doch trotz der vielen und guten Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation kehren viele psychisch erkrankte Menschen nicht auf den ersten Arbeitsmarkt zurück. Eine aktuelle Expertise der DGPPN zeigt, dass die Angebote noch nicht ausreichend bei den Betroffenen ankommen. Oft wissen diese gar nicht, mit welchem Anliegen sie sich wohin wenden können.

Bentele: Mit dieser Einschätzung liegen Sie richtig. Es gibt in Deutschland regionale und überregionale Unterstützungsangebote für Menschen mit chronischen Erkrankungen. Aber



Dr. Iris Hauth

wenn sich ein Betroffener nicht auskennt, wenn er nicht in der Lage ist, sich die notwendigen Informationen selbst zu beschaffen, wenn keine Angehörigen ihm helfen, dann ist es oft sehr schwer, die passenden Angebote zu finden. Es liegt viel Arbeit vor uns, um die Leistungserbringer in der Rehabilitation besser mit den psychiatrischen Krankenhäusern und ambulanten Therapeuten zu vernetzen. Dabei lohnt es sich, die betroffenen Menschen frühzeitig darüber zu informieren, welche Leistungen es für sie gibt – dass sie z. B. mit einer Arbeitsassistenz in einem normalen Arbeitsfeld weiterarbeiten können. Gerade bei Menschen mit psychischen Erkrankungen frage ich mich häufig, warum sie in einer Werkstätte und nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt arbeiten. Bestimmt ist der geschützte Raum für manche Betroffene unbedingt angebracht. Doch für andere können sich sicher auch Arbeitsmöglichkeiten in Unternehmen schaffen lassen. Menschen mit psychischen Erkrankungen stellen heute in den Werkstätten die am schnellsten wachsende Gruppe dar. Doch kann sich Deutschland längerfristig einen Arbeitsmarkt leisten, der nur aus zwei Extremen besteht – Hektik, Stress und Druck auf der einen Seite, der geschützte Raum auf der anderen Seite? Wir brauchen doch ein „Dazwischen“, etwa die Möglichkeit, dass sich ein Mensch in einem Unternehmen zurückziehen kann, wenn er Ruhe braucht.

Warum versuchen wir nicht, stärker in Richtung der beruflichen Vermittlung zu denken?

Hauth: Zugleich müssen wir die berufliche Teilhabe auch in der Behandlung noch stärker im Blick haben. Sie sollte von Anfang an eine feste Zielvariable im Behandlungsprozess darstellen. Darauf müssen wir bereits in der Aus- und Weiterbildung der behandelnden Berufsgruppen hinarbeiten.

Bentele: Ich würde sogar noch einen Schritt weiter gehen: Wir sollten nicht nur die verschiedenen Rehabilitationsmaßnahmen auflisten, sondern auch andere Wege ausloten. Warum versuchen wir nicht, stärker in Richtung der beruflichen Vermittlung zu denken? Denken Sie z. B. an die Chancen, die sich für die Betroffenen durch eine Arbeitsassistenz oder eine Umschulung eröffnen können.

Hauth: Natürlich benötigen manche Menschen mit psychischen Erkrankungen den geschützten Raum, denn der Wechsel zwischen Belastbarkeit und Krise kann sehr schnell erfolgen. Doch wenn wir offener und breiter über berufliche Inklusion nachdenken, würden sich den Betroffenen viele Chancen öffnen. Das ist ein Anliegen, das die Betroffenen auch immer wieder selbst formulieren. Bietet das Bundesteilhabegesetz denn die Möglichkeit, diese Öffnung zu verankern?

Bentele: Unbedingt. Mit dem Bundesteilhabegesetz sollten die Menschen mit Behinderung meiner Meinung nach in die Lage versetzt werden, ein persönliches Budget, bzw. ein Budget für Arbeit in Anspruch nehmen zu können. Damit könnten sie z. B. die Leistungen einkaufen, die eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt erlauben. Wir müssen diese personenzentrierte Form der Unterstützung unbedingt schaffen.

Hauth: Ein persönliches Budget würde es psychisch erkrankten Menschen auch erlauben, ihre Lebensgestaltung flexibler auf den Krankheitsverlauf auszurichten. Allerdings müssen wir auch bedenken, dass die Betroffenen aufgrund ihrer Erkran-



Verena Bentele

kung unter Umständen nicht in der Lage sind, dieses Budget ohne Unterstützung optimal zu nutzen. Wir bräuchten darüber hinaus also auch Coaches und Case-Manager, die sie auf diesem Weg begleiten.

Bentele: In der Tat ist eine unabhängige Beratung notwendig. Wichtig ist auch, dass die Unterstützungsangebote nicht von Kostenvorhalten getrieben sind, da diese oft zu kurz greifen. Gerade zu Beginn, wenn ein Betroffener viel Unterstützung benötigt, kann es günstiger sein, ihn zunächst in eine Rehabilitationseinrichtung zu vermitteln, als mit ihm den Weg einer Umschulung zu gehen. Doch was bedeutet dies langfristig? Gerade bei jüngeren Menschen, die noch viele Berufsjahre vor sich haben, ist es die Anstrengung wert, nach einem Weg zu suchen, der ein inklusives Leben erlaubt.

Hauth: Einzelne Modellprojekte zeigen ja bereits, wie vielversprechend solche Ansätze sind, z. B. der Einsatz eines Job-Coachs. Allerdings sind diese Projekte zeitlich stark limitiert. Bei psychischen Erkrankungen muss eine Unterstützung über viele Jahre, vielleicht sogar lebenslang, zugänglich sein, wenn auch nicht immer gleich intensiv.

Bentele: Ja, diese Flexibilisierung sollte auch im Bereich der Rehabilitation unser Ziel sein. Denn auch einen lebenslangen Werkstattplatz gilt es zunächst zu finanzieren. Wenn man weiß, was Werkstattbeschäftigung kostet und was andere Varianten der Unterstützung bieten können, geht diese Rechnung gut auf.

Hauth: Je nach Region steht für psychisch erkrankte Menschen heute bereits ein breites Angebot an betreutem Wohnen oder therapeutischen Wohngemeinschaften zur Verfügung. Aber auch hier ist der Weg, ähnlich wie bei den Werkstätten, in ein selbstständiges Leben sehr schwer. So sind wir zuweilen mit der Situation konfrontiert, dass wir für schwerstkranke



Menschen keinen Platz im betreuten Wohnen finden, weil diese von Menschen besetzt sind, die vielleicht schon einen Schritt weiter gehen könnten.

Bentele: Ich habe den Eindruck, dass das System hier nicht immer die richtigen Anreize setzt. Wenn jemand in einer Einrichtung des betreuten Wohnens lebt und es keine Beratung gibt, die ihn in eine andere Wohnform begleitet, stagniert die Situation und die Betroffenen richten sich in ihrer Situation ein. Damit

kommen wir auch auf andere Bereiche der Politik zu sprechen: Wir benötigen mehr sozialen Wohnraum, gerade in den großen Städten. Es muss für Menschen mit Behinderung auch möglich sein, zentral zu wohnen, wenn sie nicht in einer betreuten Wohnform leben.

Hauth: Die angesprochenen Herausforderungen im Bereich der beruflichen und sozialen Inklusion machen deutlich, dass wir den Schwerpunkt noch stärker auf die Prävention legen sollten. Dafür zu sorgen, dass Menschen keine psychische Behinderung entwickeln, beginnt mit dem Abbau psychosozialer Risikofaktoren. Gleichzeitig müssen wir dafür sorgen, dass wir eine Erkrankung früh erkennen, um eine entsprechende Therapie einzuleiten. Hier stehen wir vor großen Aufgaben: Es gilt die Wartezeiten zu verkürzen, damit Betroffene rascher in Behandlung kommen. Dazu müssen die verschiedenen Sektoren – ambulant, stationär und Eingliederungshilfe – noch enger zu-

sammenarbeiten. Nur unter diesen Voraussetzungen können wir letztlich auch Hospitalisierungen vermeiden, wie es die UN-BRK verlangt.

Bentele: In den vergangenen Jahrzehnten hat sich die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen stark gewandelt. Trotzdem müssen wir meiner Meinung nach noch stärker darauf hinwirken, dass wir weniger geschlossene Einrichtungen und weniger Medikamente benötigen und dafür Gespräche, Psychotherapie und andere Interventionen einen noch größeren Raum einnehmen.

Hauth: Als wissenschaftliche Fachgesellschaft arbeiten wir auf vielen Ebenen, um genau dieses Ziel zu erreichen. Wir entwickeln evidenzbasierte Behandlungsleitlinien mit konkreten Therapieempfehlungen. Wir setzen uns auf der politischen Ebene dafür ein, dass die Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass die an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen auch genügend Zeit für Gespräche und Psychotherapie haben. Trotzdem: Bei bestimmten Krankheitsbildern, etwa bei akuten Psychosen oder schweren Depressionen, sind Medikamente ein wichtiger Baustein im Gesamtbehandlungsplan.

In der Bevölkerung existieren nach wie vor viele unbegründete Vorurteile.

Ich möchte nun aber nochmals das Thema Stigma ansprechen. Sie haben schon erwähnt, dass sich viele Menschen nicht trauen, sich als krank oder behindert anzunehmen und einen Schwerbehindertenausweis zu beantragen. Trotz vieler Antistigmakampagnen ist gerade bei psychisch erkrankten Menschen die Angst vor Verurteilung und Ausgrenzung groß. Tatsächlich erleben wir auch immer wieder, dass Menschen sehr ablehnend reagieren, wenn in ihrer Umgebung z. B. eine Wohngemeinschaft für Betroffene eröffnet werden soll. Gleichzeitig habe ich den Eindruck, dass es bei körperlichen Behinderungen in den letzten Jahrzehnten sehr gut gelungen ist, Vorurteile abzubauen und Inklusion zu realisieren. Wo müssen wir nun Ihrer Meinung nach bei den psychischen Erkrankungen ansetzen?

Bentele: Der wichtigste Schlüssel für eine Gesellschaft ist, dass sich alle Menschen gegenseitig kennenlernen – mit ihren speziellen Herausforderungen und Bedürfnissen. Psychisch erkrankte Menschen wurden und werden in den Medien, im Film und in der Literatur selten so vermittelt, wie sie wirklich sind. Es gibt so viele unterschiedliche Ausprägungen psychischer Erkrankungen – und so viele Menschen, die damit gut leben können. Trotzdem existieren in der Bevölkerung nach wie vor viele unbegründete Vorurteile. Wir sollten die Betroffenen dazu ermutigen, ihre Krankheit nicht zu verstecken, offen dazu zu stehen und darüber zu sprechen, damit ihr Umfeld die Möglichkeit

hat, sie zu verstehen. Ich kann hier auch meine Erfahrungen als blinde Frau anbringen: Viele Menschen haben falsche Vorstellungen bezüglich der Blindheit. Immer wieder muss ich erklären, dass man mich direkt ansprechen kann, dass also nicht meine Begleitung für mich spricht. Neben den Betroffenen und ihrem Umfeld ist auch die Politik gefordert. Sie muss in die Inklusion investieren – in das gemeinsame Wohnen, Arbeiten und soziale Umfeld – und jede Form der Segregation verhindern.

Hauth: Ich bin persönlich immer sehr betroffen, wenn psy-



chisch erkrankte Menschen nach Taten, die unser Fassungsvermögen sprengen – etwa nach Amokläufen – unter Generalverdacht geraten. Dabei sind psychische Erkrankungen nicht mit einem generell erhöhten Gewaltisiko verbunden, im Gegenteil: Depressive werden eher Opfer von Gewalt als umgekehrt.

Ich bin jetzt seit 33 Jahren Profi im Blindsein.

Bentele: Wir brauchen Menschen, die sich hinstellen und sagen: Wisst ihr was, ich leide seit vielen Jahren an Depressionen. Aber ich führe ein ganz normales Leben und kann arbeiten, weil ich weiß, wann es mir gut geht und wann ich Hilfe benötige. Doch leider sind es nicht solche Beispiele, die das Bild in der Öffentlichkeit prägen, sondern die anderen, die negativen, z. B. wenn Menschen es nicht schaffen, wenn sie scheitern. Dieses Bild setzt sich in den Köpfen fest, deshalb sind enorme Anstrengungen in der Kommunikation und Aufklärung notwendig.

Hauth: Hier liegt auch ein Schwerpunkt in unserer Arbeit. Die DGPPN leistet viel Aufklärungsarbeit, z. B. mit öffentlichen Informationsveranstaltungen oder speziellen Workshops für

Journalisten. Wir wollen deutlich machen, dass es sich bei psychischen Krankheiten um Volkskrankheiten handelt. Eine psychische Erkrankung kann jeden treffen – und in den meisten Fällen lassen sie sich erfolgreich behandeln. Doch reichen solche Maßnahmen aus? Müsste nicht auch das geplante Bundesteilhabegesetz einen besonderen Akzent auf Menschen mit psychischen Behinderungen setzen?

Bentele: Ein Stück weit schon, denn die Lebenssituation kann sich für psychisch erkrankte Menschen sehr schnell ändern. Der Krankheitsverlauf geht mit Schwankungen einher und es können immer neue Situationen eintreten. Die Betroffenen können z. B. nicht wissen, wann die nächste Psychose in ihrem Leben auftritt. Das betrifft andere Gruppen auch, z. B. Menschen, die an Multipler Sklerose leiden und die unvorhersehbaren Krankheitsschüben unterworfen sind. Aber es gibt auch Menschen, deren Behinderungen sich nicht mehr verändern, etwa Blinde oder Gehörlose. Ich persönlich habe es vergleichsweise einfach, weil ich ganz genau weiß, wann und wo ich welche Hilfe benötige. Ich bin jetzt seit 33 Jahren Profi im Blindsein und kann mich in meinem Blindsein gut organisieren. Aber bei psychischen Erkrankungen ist dies nicht der Fall. Die Betroffenen müssen sich immer wieder von neuem fragen, was sie sich zutrauen, was sie können und wohin sie gehen möchten. Deshalb brauchen wir dringend ein System, das diesem Umstand Rechnung trägt und in dem Leistungen flexibel und kurzfristig angefordert und abgerufen werden können.

DR. MED. IRIS HAUTH

Iris Hauth ist seit 2015 Präsidentin der DGPPN. Sie ist seit 1998 Chefarztin des Alexianer St. Joseph-Krankenhauses Berlin-Weißensee und seit sieben Jahren Geschäftsführerin der Alexianer St. Joseph Berlin-Weißensee GmbH. Von 2006 bis 2012 war sie Vorstandsvorsitzende der Bundesdirektorenkonferenz.

VERENA BENTELE

Verena Bentele ist seit 2014 die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen. Sie ist seit ihrer Geburt blind und hat als Leistungssportlerin große Erfolge im Biathlon und Skilanglauf gefeiert. U. a. gewann sie bei den Paralympics insgesamt zwölf Goldmedaillen. Seit 2011 arbeitet sie freiberuflich als Referentin im Bereich Personaltraining und -entwicklung.



DGPPN KONGRESS 2015

Hauptsymposium | Teilhabe psychisch kranker Menschen am gesellschaftlichen Leben – Perspektiven aus Wissenschaft, Versorgung und Politik
26.11.2015 | 13:30 bis 15:00 Uhr



25.–28. NOVEMBER 2015 | CITYCUBE BERLIN

DGPPN KONGRESS 2015

Erleben Sie Europas größte Fachtagung auf dem Gebiet der psychischen Erkrankungen. Mit dem Motto „Der Mensch im Mittelpunkt: Versorgung neu denken“ rückt der DGPPN Kongress 2015 ein zukunftsweisendes Leitthema in den Vordergrund.

WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM

Mehr als 650 Veranstaltungen,
über 1600 Referentinnen und Referenten

TREFFPUNKT GESUNDHEITSFACHBERUFE

Mit Symposien und Workshops

Jetzt anmelden!

Online auf www.dgppn.de oder
direkt vor Ort im CityCube Berlin

ÖFFENTLICHE VERANSTALTUNGEN

Kostenlos für alle Interessierten, mit besonderen
Veranstaltungen für Schulklassen, Lehrerinnen
und Lehrer sowie Eltern

DGPPN-LOUNGE

Mit Infostand, Publikationen und Kaffee



FORT- UND WEITERBILDUNG

Mehr als 30 CME-Punkte, über 80 Workshops

SCHWERPUNKT HAUSARZTPRAXIS

12 Symposien mit mehr als 35 Einzelvorträgen

KULTURELLE HIGHLIGHTS

Konzert, Ausstellung, Filmvorführungen, Lesungen

NETWORKING RECEPTION

Get-Together für die Kongressteilnehmer

POSTERAUSSTELLUNG

Mit über 500 Präsentationen

JUNGE AKADEMIE

Treffpunkt für den Nachwuchs

KONGRESSERÖFFNUNG 2015

Mittwoch 25.11.2015

10:15 bis 12:00 Uhr

Begrüßung und Einführung

Iris Hauth (Berlin)

Grüßwort

Lutz Stroppe, Staatssekretär im
Bundesministerium für Gesundheit (Berlin)

Verstehen nach Zahlen? Warum die
Industrialisierung der Psychiatrie einem
falschen Paradigma folgt

Giovanni Maio (Freiburg im Breisgau)

Bayerisches Ärztetheater BÄO

HIGHLIGHTS AUS DEM PROGRAMM

Mittwoch

25.11.2015

KEYNOTES

12:15 bis 13:15 Uhr

Jacques P. Barber (Garden City, USA)

Plenarvortrag | The present and future of psychodynamic therapy research

15:30 bis 16:30 Uhr

Helen Herrman (Parkville, Australien)

Lecture | Improving the mental health of vulnerable young people removed from their families

17:15 bis 18:15 Uhr

Jeffrey A. Lieberman (New York, USA)

Lecture | The dark past and bright future of Psychiatry

WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM

13:30 bis 15:00 Uhr

Hauptsymposium | Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression

Frank Schneider (Aachen), Tom Bschor (Berlin), Martin Härter (Hamburg), Christine Kühner (Mannheim)

13:30 bis 15:00 Uhr

Besondere Veranstaltung | Trauma and migration – refugees and asylum seekers in mental health care

Meryam Schouler-Ocak (Berlin), Dinesh Bhugra (London, Vereinigtes Königreich), Marianne C. Kastrup (Frederiksberg, Dänemark), Adil Qureshi (Barcelona, Spanien), Hamid Boztas, (Bolu, Türkei)

15:30 bis 17:00 Uhr

Diskussionsforum | Radikalisierung – wenn Menschen extrem werden

Mazda Adli (Berlin), Mathias Berger (Freiburg im Breisgau), Michael Linden (Berlin), Wolfgang Huber, Bischof i. R. (Berlin), Andreas Heinz (Berlin), Gerhart R. Baum, Bundesminister a. D. (Köln)

MITGLIEDERFORUM

17:15 bis 18:45 Uhr

Strukturqualität und Entgelt

Donnerstag

26.11.2015

KEYNOTES

09:00 bis 10:00 Uhr

Martin Bohus (Mannheim)

Lecture | Ärztliche Psychotherapie

12:00 bis 13:00 Uhr

Jeffrey A. Lieberman (New York, USA)

Plenarvortrag | Pathogenic mechanisms in early psychosis: implications for diagnosis and treatment

15:30 bis 16:30 Uhr

Simon Wessely (London, Vereinigtes Königreich)

Lecture | Let's not make a bad thing worse

WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM

8:30 bis 10:00 Uhr

Besondere Veranstaltung | Traumatisierung durch politisierte Medizin – Geschlossene Venerologische Stationen in der DDR

Florian Steger (Halle/Saale), Iris Hauth (Berlin), Birgit Neumann-Becker (Magdeburg), Andreas Maercker (Zürich, Schweiz), Karl-Heinz Bomberg (Berlin)

10:15 bis 11:45 Uhr

Hauptsymposium | Sexualität und Gewalt

Hans-Ludwig Kröber (Berlin), Andreas Mokros (Zürich, Schweiz), Peer Briken (Hamburg), Elmar Habermeyer (Zürich, Schweiz)

17:15 bis 18:45 Uhr

Besondere Veranstaltung | Breakthroughs in Psychiatry: Induzierte pluripotente Stammzellen in der Psychiatrie

Andreas Meyer-Lindenberg (Mannheim), Elisabeth Binder (München), Patrick Schloss (Mannheim), Moritz Rossner (München), Beate Winner (Erlangen), Oliver Brüstle (Bonn)

MITGLIEDERFORUM

17:15 bis 18:45 Uhr

Novellierung der Muster-WBO

Freitag**27.11.2015****KEYNOTES**

09:00 bis 10:00 Uhr

Dieter Riemann (Freiburg im Breisgau)

Lecture I Schlaf, Schlaflosigkeit und psychische Erkrankungen

12:00 bis 13:00 Uhr

Ruth Feldman (Ramat-Gan, Israel)

Plenarvortrag I Parent-infant synchrony and the cross-generation transmission of psychopathology and resilience

17:15 bis 18:15 Uhr

Manfred Lütz (Köln)

Lecture I Die Werte, die Wahrheit und das Glück

WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM

10:15 bis 11:45 Uhr

Präsidentensymposium I Grundlagen, Behandlung und Prävention von chronischem Schmerz

Walter Ziegglängsberger (München), Karl-Jürgen Bär (Jena),

Harald Gündel (Ulm), Winfried Rief (Marburg)

13:30 bis 15:00 Uhr

Hauptsymposium I Biomarker in der Psychiatrie

Emanuel Schwarz (Mannheim), Nikolaos Koutsouleris (München), Elisabeth Binder (München), Oliver Gruber (Göttingen)

15:30 bis 17:00 Uhr

Hauptsymposium I Die Wirkung der Antipsychotika auf das Gehirn – eine Bestandsaufnahme

Gerhard Gründer (Aachen), Heike Tost (Mannheim), Nikolaos Koutsouleris (München), Johann Steiner (Magdeburg)

DISKUSSIONSFORUM

13:30 bis 15:00 Uhr

Versorgungsverpflichtung in der Gemeindepsychiatrie

Samstag**28.11.2015****KEYNOTES**

09:00 bis 10:00 Uhr

Ulrich Hegerl (Leipzig)

Lecture I Optimierte Versorgung depressiv Erkrankter und Suizidprävention: Gemeindebasierte Programme in Deutschland und Europa

09:00 bis 10:00 Uhr

Elisabeth Binder (München)

Lecture I Translationale Forschung in der Psychiatrie

12:00 bis 13:00 Uhr

Martin Teicher (Belmont, MA, USA)

Plenarvortrag I Neurobiological and psychiatric consequences of child maltreatment

WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM

08:30 bis 10:00 Uhr

Hauptsymposium I Psychisch belastete Mütter: Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung

Corinna Reck (München), Nathania Klauser (Heidelberg), Anna Fuchs (Heidelberg), Anna-Lena Zietlow (Heidelberg)

10:15 bis 11:45 Uhr

Präsidentensymposium I Self-awareness, Default Mode Network and mental disorders

Josef Parnas (Kopenhagen, Dänemark), Hans J. Markowitsch (Bielefeld), Kai Vogeley (Köln), Simon Eickhoff (Düsseldorf)

10:15 bis 11:45 Uhr

Hauptsymposium I Psychiatrie in der DDR – ein wissenschaftshistorischer Diskurs

Stefanie Coché (Köln), Stefan Orlob (Stralsund), Kathleen Haack (Rostock), Matthias Lammel (Berlin)

11:00 bis 13:00 Uhr

„Was die Seele stark macht – der psychischen Widerstandskraft auf der Spur“

Informationsveranstaltung für Interessierte, Betroffene und Angehörige



DGPPN KONGRESS 2015

WO DER NACHWUCHS SICH TRIFFT

Über 1000 Studierende und Weiterbildungsassistenten nehmen jedes Jahr am DGPPN Kongress in Berlin teil. Sie profitieren nicht nur von Kongressstipendien und ermäßigten Kongressgebühren. Ein speziell für sie konzipiertes Nachwuchsprogramm wartet zusätzlich mit vielen Highlights auf.

Die DGPPN engagiert sich auf verschiedenen Ebenen für den psychiatrisch-psychotherapeutischen Nachwuchs. Seit 2009 läuft eine breit angelegte Kampagne, die Medizinstudierenden den Zugang zum Fachgebiet erleichtert und die Türen zur Berufswelt öffnet. Dazu gehören spannende Summer Schools, ein erfolgreiches Mentoringprogramm und vielfältige Angebote im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Hinter diesen Aktivitäten steht seit 2013 die Junge Akademie der DGPPN. 16 engagierte Fach- und Assistenzärzte und zwei Medizinstudierende wirken darin mit und wollen möglichst viele Nachwuchskräfte für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie gewinnen. Die Junge Akademie

ist gleichzeitig eine Plattform des Austausches und der Zusammenarbeit zwischen den Generationen. Darüber hinaus ist sie auch für das Nachwuchsprogramm auf dem DGPPN Kongress verantwortlich. Dieses umfasst in diesem Jahr 25 Veranstaltungen, darunter wissenschaftliche Symposien, Meet-the-Expert-Runden, Lectures, Workshops, Diskussionsforen sowie Formate zu aktuellen Entwicklungen rund um das Fach. Das Themenspektrum ist breit und bietet einen Einblick in das gesamte Fachgebiet. Gleichzeitig erhalten die jungen Kongressteilnehmerinnen und -teilnehmer auch die Gelegenheit, sich mit Experten auszutauschen und wichtige Kontakte zu knüpfen.

HIGHLIGHTS AUS DEM NACHWUCHSPROGRAMM

25.11.2015

13:45 bis 15:15 Uhr

Diskussionsforum | Psychiatrie in Teilzeit – Innovative Arbeitszeitmodelle stationär und ambulant

Christina Andersen (München), Peter Falkai (München), Stefan-Maria Bartusch (Hannover)
Gäste: Carsten Engelmann (Brandenburg), Initiative Freundilie der bvmd

15:30 bis 17:00 Uhr

Symposium | Frischer Facharzt – was nun? Optionen der Niederlassung und der klinischen Laufbahn

Sabine C. Herpertz (Heidelberg), Harald Scherk (Riedstadt), Christa Roth-Sackenheim (Andernach), Peter-Christian Vogel (München)

26.11.2015

09:00 bis 10:00 Uhr

Lecture | Ärztliche Psychotherapie

Martin Bohus (Mannheim)

15:30 bis 17:00 Uhr

Diskussionsforum | Offene Türen in der Psychiatrie

Tilman Steinert (Ravensburg), Matthias Koller (Göttingen), Marianne Schumacher (Berlin), André Nienaber (Gütersloh), Frauke Klinge (Göttingen), Jochen Vollmann (Bochum)

27.11.2015

09:00 bis 10:00 Uhr

Lecture | Psychiatrische Genetik

Marcella Rietschel (Mannheim)

15:30 bis 17:00 Uhr

Symposium | Einblick in die Tätigkeit eines forensischen Psychiaters – Begutachtung und Behandlung

Norbert Nedopil (München), Jürgen L. Müller (Göttingen), Dirk Hesse (Moringen), Nahlah Saimeh (Lippstadt)

28.11.2015

12:00 bis 13:00 Uhr

Meet the Expert | ADHS im Erwachsenenalter

Michael Rösler (Homburg)

13:30 bis 15:00 Uhr

Tipp! Diskussionsforum | Innovative Psychiatrie-Ausbildung: Wie kann man Forschung, Klinik und Praxis miteinander verbinden?

Elisabeth Binder (München), Martin Keck (München), Fritz Hohagen (Lübeck), Alkomiet Hasan (München), Sabine C. Herpertz (Heidelberg)
Gast: Duska Dragun, Leiterin des erfolgreich verlaufenen Clinical-Scientist-Pilotprogramms an der Charité Berlin

DEPRESSION UND DEMENZ

LEITLINIEN BÜNDELN AKTUELLES FORSCHUNGSWISSEN

Die DGPPN nimmt in Deutschland eine zentrale Rolle in der Förderung wissenschaftlicher Aktivitäten ein, die zu einer Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen führen. Dazu gehört insbesondere die Entwicklung praxisbezogener Leitlinien mit evidenzbasierten Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie. Nun liegen zwei neu revidierte Leitlinien vor, die zwei wichtige Volkskrankheiten in den Blick nehmen: die unipolare Depression und Demenzen.

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland. Das Risiko, im Laufe des Lebens an einer Depression zu erkranken liegt national wie international bei 16 bis 20 %. Die Häufigkeit einer unipolaren Depression in der Allgemeinbevölkerung wird in einem Zeitfenster von 12 Monaten auf 7,7 %, die 12-Monatsprävalenz für eine Major Depression auf 6 % und für eine Dysthymie auf 2 % geschätzt. Damit liegt die Anzahl der Betroffenen in Deutschland, die in einem Zeitraum von 12 Monaten an einer Major Depression erkrankt sind, bei etwa 4,9 Millionen.

Die Krankheit wirkt sich auf die gesamte Lebenssituation der Betroffenen aus und kann Familie, Partnerschaft und Freundschaften stark belasten. Oftmals kommen Probleme am Arbeitsplatz hinzu. Die Erforschung der Behandlungsmöglichkeiten hat in den vergangenen Jahren deutliche Fortschritte gemacht, dennoch bestehen in allen Bereichen der Versorgung von Patienten mit Depression Optimierungspotenziale, insbesondere hinsichtlich einer abgestuften und vernetzten Versorgung zwischen haus-, fachärztlicher und psychotherapeutischer Behandlung sowie der Indikationsstellung für ambulante und stationäre Behandlungsmaßnahmen. Nicht selten stoßen evidenzbasierte Therapieverfahren bei den Behandlern und Patienten auf Vorbehalte und

erschweren dadurch eine suffiziente Behandlung.

NEU REVIDIERTE S3-LEITLINIE/NATIONALE VERSORGUNGSLEITLINIE „UNIPOLARE DEPRESSION“

Hier setzt die aktuell revidierte und erweiterte S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ an. Sie will die Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Depressionen in Deutschland nachhaltig verbessern. Die Leitlinie formuliert auf über 260 Seiten mehr als 130 Schlüsselempfehlungen zu Diagnostik und Therapie sowie zu prioritären Versorgungsproblemen. Sie ersetzt damit die alte Leitlinie von 2009, die umfassend überarbeitet wurde. Dabei entsprechen ihre Empfehlungen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse unter Berücksichtigung der Kriterien der evidenzbasierten Medizin. Initiiert und koordiniert hat die Leitlinie die DGPPN. Sie wird gemeinsam von den beteiligten Organisationen inklusive Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften als kombinierte S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie herausgegeben. Die Veröffentlichung ist im November 2015 geplant. Insgesamt waren 27 Fachgesellschaften, Ver-

bände und Organisationen am Konsensusprozess beteiligt.

Der Geltungsbereich der Leitlinie bezieht sich auf unipolare depressive Störungen, z. B. leichte, mittelgradige und schwere depressive Episoden, rezidivierende und chronische Depressionen. Angesprochen werden mit der Leitlinie alle Berufsgruppen, die mit der Erkennung, Diagnostik und Behandlung von



Bei leichten und mittelschweren Depressionen sind auch Gruppentherapien wirksam.

Patienten mit unipolarer Depression befasst sind – insbesondere Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde, Hausärzte, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psy-

chotherapie, Psychologische Psychotherapeuten sowie behandlungsergänzende Fachberufe. Gleichzeitig soll die Leitlinie aber mit den Fachkrankenhäusern und den Rehabilitationseinrichtungen auch stationär behandelte Patienten erreichen. Zudem richtet sie sich schließlich an die Betroffenen selbst, an deren Angehörige, an die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen und – zur Information – an die Öffentlichkeit. Für die Betroffenen wird eine eigens erstellte Patientenleitlinie nach der Publikation der Fachleitlinien entwickelt und publiziert.

UMFANGREICHES THEMENSPEKTRUM

Themenschwerpunkte der Revision bildeten die umfangreichen Kapitel in der Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung unipolarer Depressionen, insbesondere Neuerungen in der pharmakologischen Behandlung mit Antidepressiva, die Ergänzung der wissenschaftlichen Evidenz zur Augmentationstherapie mit Antipsychotika, der spezifische Einsatz von Antidepressiva bei älteren Patienten und die Behandlung bei somatischer und psychischer Komorbidität, mit neuen Ergänzungen zur Behandlung von Depressionen bei Diabetes, Demenzen, Morbus Parkinson und nach Schlaganfall. Im Kapitel Psychotherapie wurde die Evidenzlage zur Systemischen und Familientherapie, zu den neuen Verfahren kognitiver Therapien der sogenannten „dritten Welle“, zu Behandlungsempfehlungen bei Dysthymie und chronischer Depression und zur Psychotherapie bei älteren Patienten aufgearbeitet. Neu ist die Darstellung von niederschweligen psychosozialen Basisinterventionen, die von Psychiatern, Hausärzten und Psychotherapeuten vor Einsatz spezifischer Behandlungen zum Einsatz kommen können. Weitere Schwerpunkte der Revision stellen die Darstellung der wissenschaftlichen Belege und Empfehlungen zu körperlichem Training und



Psychosoziale Interventionen sind neu ein zentraler Bestandteil in der Behandlung von Demenzerkrankungen.

Sport, zur Elektrokonvulsionstherapie inklusive eines gänzlich neu verfassten Kapitels mit Empfehlungen zur Behandlung von Depression im Rahmen zyklusassoziierter Störungen dar. Schließlich ist in der neuen Leitlinie erstmals ein Kapitel zum Umgang mit Patienten unter Berücksichtigung des Migrationshintergrundes integriert. Aktuelle Dosierungstabellen bzgl. Medikamenten schließen die revidierte Version ab.

NEU REVIDIERTE S3- LEITLINIE „DEMENZEN“

Ebenfalls noch in diesem Jahr erscheint die revidierte S3-Leitlinie „Demenzen“. Die Revision war notwendig geworden, weil die aktuelle Fassung aus dem Jahr 2009 stammt. Seitdem sind wichtige wissenschaftliche Fortschritte erreicht und zahlreiche klinische Studien abgeschlossen worden.

Die Anzahl der Demenzkranken in Deutschland wird auf ca. 1,2 Millionen geschätzt. Aufgrund der Sensitivität von Erhebungen beinhaltet diese Zahl möglicherweise eine Unterschätzung leichter Demenzstadien. Frauen erkranken häufiger als Männer. Nach klinischen Kriterien sind etwa 50–70 % der

Demenzkranken der Alzheimerdemenz und ca. 15–25 % der vaskulären Demenz zuzuordnen. Zahlen zur Prävalenz der frontotemporalen Demenz in Deutschland liegen nicht vor. Die Angaben aus anderen Ländern sind variabel. Es ist davon auszugehen, dass ca. 20 % der Personen mit einer Demenz vor dem 65. Lebensjahr eine frontotemporale Demenz haben.

Demenzkrankungen wirken sich nicht nur folgeschwer auf das Leben der Betroffenen und deren Angehörigen aus, sie stellen auch die Gesundheits- und Sozialsysteme vor große Herausforderungen. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und des demographischen Wandels ist in den nächsten Jahren mit immer mehr Betroffenen zu rechnen. Der optimalen Versorgung von Demenzkrankungen kommt deshalb eine enorme Bedeutung zu. Die revidierte S3-Leitlinie „Demenzen“ bündelt nun alle zurzeit vorliegenden klinischen Studien. Daraus werden evidenzbasierte Empfehlungen für Prävention, Diagnostik und Therapie von Demenzkrankungen abgeleitet. Ziel ist es, die medizinische Behandlung und die Betreuung von Erkrankten und deren Angehörigen nachhaltig zu verbessern. Die Federfüh-

zung des Revisionsprozesses liegt bei der DGPPN und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN). Insgesamt haben 24 Fachgesellschaften und -organisationen sowie Verbände an den Konsensbildungen teilgenommen. Im Einzelnen bezieht sich die Leitlinie auf die Alzheimerdemenz, die vaskuläre Demenz, die gemischte Demenz, die frontotemporale Demenz, die Demenz bei Morbus Parkinson und die Lewy-Körperchen-Demenz. Angesprochen werden alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen, der Schwerpunkt liegt im medizinischen Bereich.

WIRKSAMKEIT PSYCHOSOZIALER INTERVENTIONEN NACHGEWIESEN

Neue, aussagekräftige Untersuchungen belegen insbesondere die Wirksamkeit bestimmter psychosozialer Interventionen. Diese Verfahren haben in der jetzigen Revision der S3-Leitlinie erstmals denselben Evidenzgrad wie die medikamentöse Therapie mit Antidepressiva und bilden gleichrangig einen zentralen Baustein im Gesamtbehandlungsplan von Demenzerkrankungen. So ist heute die Wirksamkeit alltagsnaher kognitiver Stimulationen – nicht aber des Gedächtnistrainings – ebenso nachgewiesen wie der Nutzen einer individuell angepassten Ergotherapie oder gezielter körperlicher Aktivitäten. Ein Angehörigentaining kann ebenfalls helfen, die Symptomatik bei den Patienten zu verbessern.

MEDIKAMENTÖSE THERAPIEEMPFEHLUNGEN

Im Bereich der medikamentösen Therapie bleiben die Empfehlungen weitgehend unverändert: Bezüglich der medikamentösen Therapie der Alzheimerdemenz bescheinigen die Experten der Klasse der Acetylcholinesterase-Hemmer im leichten bis mittleren Stadium eine Wirksamkeit. Neu gewichtet ist der Einsatz von Ginkgo biloba. Für den

Extrakt gibt es nach aktuellem Forschungsstand Hinweise auf die Wirksamkeit auf die Kognition bei Patienten mit leichter bis mittelgradiger Alzheimerdemenz oder vaskulärer Demenz und bei nichtpsychotischen Verhaltenssymptomen.

DIAGNOSTISCHE NEUENTWICKLUNGEN

Ein von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) erstelltes Kapitel konzentriert sich auf die hausärztliche Versorgung. Die jüngst entwickelten diagnostischen Kriterien für die unterschiedlichen Stadien der Alzheimerkrankheit und ihrer kognitiven Symptomatik (z. B. IWG-2) werden bzgl. ihrer Praxistauglichkeit dargestellt. In diesem Zusammenhang werden auch die entwickelten Neuroimaging-Methoden (z. B. Amyloid-PET-Bildgebung) und die liquorbasierten Biomarker für die klinische Praxis diskutiert. Die Durchführung einer kranialen Bildgebung gilt als „Soll“-Empfehlung.

Die S3-Leitlinie „Demenzen“ konnte im Zuge eines öffentlichen Konsultationsprozesses während vier Wochen auf den Internet-Plattformen der beiden federführenden Fachgesellschaften kommentiert werden. Eine Weiterentwicklung zur nationalen Versorgungsleitlinie wurde vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AMWF) angeregt und ist seitens beider federführender Fachgesellschaften angestrebt.

KOORDINATION DER LEITLINIEN DURCH DIE DGPPN

S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“

PROF. DR. MED. DR. RER. SOC.
FRANK SCHNEIDER

DGPPN-Vorstandsmitglied, Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Uniklinik RWTH Aachen

PROF. DR. MED. DR. PHIL.
MARTIN HÄRTER

Direktor des Instituts und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

S3-Leitlinie „Demenzen“

PROF. DR. MED. WOLFGANG MAIER

Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Bonn



DOWNLOAD

Die S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ und die S3-Leitlinie „Demenzen“ finden Sie auf www.dgppn.de > Publikationen > Leitlinien.

Weitere Informationen auf: www.depression.versorgungsleitlinien.de



REFERATE AKTUELL

PSYCHISCHE STÖRUNGEN IN DER HAUSÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Psychische Störungen gehören in Deutschland zu den häufigsten Krankheitsbildern. Sie spielen auch in der hausärztlichen Praxis eine immer wichtigere Rolle. Denn Hausärzte sind für viele psychisch erkrankte Patienten die erste und wichtigste Anlaufstelle. Dieser Entwicklung hat die DGPPN Rechnung getragen und vor drei Jahren ein Fachreferat gegründet, das sich auf die hausärztliche Versorgung konzentriert.

Autoren: Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann

Die Therapie von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen stellt nicht nur in den stationären, teilstationären und ambulanten Versorgungsstrukturen der Psychiatrie, Psychotherapie und psychosomatischen Medizin eine oftmals komplexe fachliche Herausforderung dar. Auch die hausärztlichen Praxen sind immer häufiger mit psychisch erkrankten Menschen konfrontiert. Nach aktuellen Schätzungen leidet etwa jeder zehnte Patient, der seinen Hausarzt konsultiert, an einer Depression.

Hausärzte behandeln die Betroffenen im Rahmen ihrer Kenntnisse und Kompetenzen sowohl bezüglich ihrer psychischen Störung als auch der vielfältigen somatischen Begleiterkrankungen. Oft sind sie diejenigen, welche die Erstdiagnose einer psychischen Erkrankung stellen, die entsprechende Weiter- und Mitbehandlung durch den Facharzt oder Psychotherapeut einleiten, über die Einweisung in eine psychiatrische Klinik entscheiden, die betroffene Familie unterstützen und die Langzeitbetreuung – auch im Rahmen der Rehabilitation – gewährleisten. Die entsprechenden Qualifikationen erwerben sie im Rahmen der allgemeinmedizinischen Weiterbildung und der sogenannten „Psychosomatischen Grundversorgung“ sowie insbesondere durch das Erlangen der Zusatzbezeichnung „Fachgebundene Psychotherapie“.

Um die Fortbildung von Hausärzten zu unterstützen und die Kooperation zwischen den primär- und fachärztlichen Disziplinen zu pflegen, gründete die DGPPN vor drei Jahren eigens das Fachreferat „Psychische Störungen in der hausärztlichen Versorgung“. Zentrales Ziel ist es, die ambulante Versorgung der Betroffenen zu optimieren. Heute arbeiten im Referat gut 20 Hausärzte und Psychiater aktiv mit. Dieses hat inzwischen eine Reihe von erfolgreichen Fortbildungsveranstaltungen für Hausärzte und Allgemeinmediziner entwickelt.

ERSTMALS FORTBILDUNGSANGEBOT AUF DEM DGPPN KONGRESS

In diesem Jahr wartet das Referat mit einem Novum auf und bietet auf dem DGPPN Kongress 2015 erstmals ein spezielles Fortbildungsangebot für Hausärzte an. Der „Schwerpunkt Hausarztpraxis“ findet an den beiden letzten Kongresstagen (27. und 28.11.2015) statt. Die zehn Symposien mit über 30 Einzelvorträgen legen ihren Schwerpunkt mit praxisnahen Beiträgen und Fallbeispielen auf die Diagnostik und Behandlung von psychischen Erkrankungen. Gleichzeitig werden auch berufspolitische Entwicklungen thematisiert. An der inhaltlichen Ausgestaltung der Symposien beteiligen sich eine große Anzahl an DGPPN-Fachreferaten

sowie Lehrstuhlinhaber für Allgemeinmedizin. Die Referenten kommen aus unterschiedlichen Fachbereichen, mit Schwerpunkt Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Allgemeinmedizin. Die Zusammenführung von psychiatrischen Experten aus den DGPPN-Fachreferaten und die Kooperation mit Hausärzten soll dabei Garantie für eine langfristige Etablierung des Angebots sein. Für 2016 sind weitere umfangreiche Kursangebote auf Kongressen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und im Rahmen der *practica*, dem größten Fortbildungskongress für Hausärzte, geplant.

Interessierte Mitstreiter sind herzlich eingeladen, sich als Mitglieder oder als Referenten in die Arbeit des DGPPN-Fachreferats einzubringen.

PROF. DR. MED. DETLEF E. DIETRICH

Leiter des DGPPN-Referats „Psychische Störungen in der hausärztlichen Versorgung“

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
Ärztlicher Direktor der Burghof-Klinik Rinteln

DR. MED. CORNELIA GOESMANN

Stellvertretende Leiterin des DGPPN-Referats
Fachärztin für Allgemeinmedizin/Psychotherapie,
niedergelassene Hausärztin

← DGPPN KONGRESS 2015
Schwerpunkt Hausarztpraxis
27. und 28.11.2015 →

REZENSION

PSYCHIATRIE-ENQUETE – 40 JAHRE DANACH

Pünktlich zum 40-jährigen Jubiläum der Psychiatrie-Enquete ist im Kölner Psychiatrie Verlag ein umfangreicher Sammelband erschienen. Darin soll ein historischer Rückblick auf die Transformation der psychiatrischen Versorgung mit einer Analyse der aktuell notwendigen Reformschritte verbunden werden. Ein anspruchsvolles Unternehmen, das leider nur zum Teil gelungen ist.

Autor: Asmus Finzen

In diesem Monat jährt sich ein Meilenstein für die Psychiatrie in Deutschland: Am 25. November 1975 reichte die Sachverständigenkommission zur Erarbeitung eines Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik das Resultat ihrer Arbeit – die Psychiatrie-Enquete – beim Deutschen Bundestag ein. Zum 40. Jahrestag hat der Kölner Psychiatrie Verlag jetzt einen umfangreichen Sammelband veröffentlicht: Die Psychiatrie-Enquete – Blick zurück nach vorn.

45 Autorinnen und Autoren versuchen in 37 Kapiteln dem Anspruch des Untertitels gerecht zu werden. Der Blick der meisten von ihnen ist allerdings mehr auf die Gegenwart der Psychiatrie als auf die Enquete und ihre Auswirkungen gerichtet. Bei manchen wirkt die Anknüpfung an das Monumentalwerk Psychiatrie-Enquete eher bemüht. Dessen Entstehungsbedingungen werden nur in der lesenswerten Einführung der Herausgeber und im Beitrag des früheren rheinischen Landesrates Rainer Kukla ausgeleuchtet, der zur Zeit ihrer Erarbeitung als junger Mitarbeiter des damaligen Landesrates und Vorsitzenden der Sachverständigenkommission Caspar Kulenkampff tätig war – also ein Zeitzeuge, der einzige, der an dem Buch mitgewirkt hat.

DER UNTERTITEL HÄLT NICHT, WAS ER VERSPRICHT

Der Blick auf die internationalen Entwicklungen im Vorfeld der deutschen Psychiatriereform, der einzige übrigens an dem Historiker mitgearbeitet haben, wirkt in diesem Zusammenhang etwas verloren. Eine wirkliche Würdigung der Enquete fehlt in dem 500 Seiten umfassenden Buch. Sie kann auch in einer Buchbesprechung nicht nachgeholt werden. Auch der erwartete, von den Herausgebern vermutlich erwünschte kritische Blick von Heiner Keup und Ernst von Kardorff fällt eher bescheiden aus. Vermutlich hat sich die von den beiden in den achtziger Jahren vehement vertretene These, bei der Enquete habe es sich lediglich um ein Projekt zur Modernisierung, nicht aber zur Reform der Psychiatrie gehandelt, im Lau-

fe der Zeiten überlebt. In der Tat wäre es vermessen, Fehlentwicklungen in der Psychiatrie während der vergangenen drei Jahrzehnte auf ein 40 Jahre altes Dokument zurückzuführen.

Lesenswert und wichtig sind dagegen die Berichte über die Entwicklung der Angehörigen-Bewegung und über die zu Unrecht oft übersehene Bürgerhilfe, verfasst von drei ihrer Pioniere. Dagegen bleibt ein entsprechender Beitrag aus dem Kreis der Psychiatrie-Erfahrenen eher blass und im Ideologischen verhaftet. An dieser Stelle muss ich als Rezensent kapitulieren. Es ist unmöglich 37 Beiträge ausgewogen und gerecht zu würdigen und gegebenenfalls den Daumen zu heben oder zu senken. Deshalb nur ein paar persönliche Hinweise: Mich haben die Beiträge von Nils Greve und Thomas Hummelsheim mit dem Titel „Verhandeln statt behandeln – ein Paradigmenwechsel auf dem Wege der Psychiatriereform“ – ein Plädoyer für die Begegnung von Therapeuten und Kranken auf Augenhöhe – und von Thomas Bock und Hans-Joachim Meyer über „Die Entwicklung des Subjekts – Dialog und Empowerment“ besonders beeindruckt. Andere Leser haben sicher andere Favoriten, deshalb mein Tipp: Man nehme den 500-Seiten-Wälzer in die Hand, wenn man Gelegenheit dazu hat, blättere ihn durch und entscheide dann – oder man klicke den Titel auf der Website des Psychiatrie Verlages an und mache sich dort ein Bild. Ich sehe das Buch kritisch, es ist dennoch wichtig. Ich wünsche ihm viele Leser.

PROF. DR. MED. ASMUS FINZEN

Psychiater, Nervenarzt, Wissenschaftspublizist

Ehemals Ltd. Krankenhausarzt in Deutschland und der Schweiz

BUCH: Jürgen Armbruster, Anja Dieterich, Daphne Hahn, Katharina Ratzke (Hrsg) (2015): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn. Psychiatrie Verlag Köln. 506 Seiten.

DGPPN KONGRESS 2015
Präsidentensymposium | 40 Jahre Psychiatrie-Enquete
26.11.2015 | 10:15 bis 11:45 Uhr

PSYCHISCHE STÖRUNGEN IM DEUTSCHEN KRIMI

GENIALE PSYCHOPATHEN, LABILE KOMMISSARE

*Welche Geschichten, welche Typen, welche Standards, Muster oder Codes erzählen Krimis und Thriller über psychische Krankheiten? Welche Bilder setzen sich dadurch in der Vorstellung der Zuschauer fest? Eine aktuelle Erhebung zeigt, dass zwei Stereotype gängig sind: der Täter mit Persönlichkeitsstörung und – der Kommissar mit psychischen Problemen.**

Autorin: Eva-Maria Fahmüller

Wissenschaftliche Überlegungen zu Figuren mit psychischen Störungen befassen sich in der Regel mit dem Kinofilm. Sie würdigen den jeweiligen innovativen Ausdruck, das Individuelle und Künstlerische. Auch Ärzte, Therapeuten und Psychoanalytiker setzen sich mit der Klassifikation und der besonderen Ausprägung so unterschiedlicher Kinohelden wie Batman, Hannibal Lecter oder Citizen Kane auseinander. Doch es gibt bisher kaum Untersuchungen, die dazu beitragen diese Fragen für das Fernsehen zu beantworten. Nun springt eine aktuelle Erhebung von Eva-Maria Fahmüller in diese Lücke und wertet insgesamt 136 Fernsehspiele aus. Betrachtet wurden Filme aus der ARD-Reihe Tatort und Polizeinotruf, des ZDF-Sendeplatzes Fernsehfilm der Woche und sämtliche Grimme-Nominierungen aus dem Bereich „Fiktion: Fernsehspiel/TV-Movie“ aus den Jahren 2013 und 2014.

In den untersuchten Fernsehspielen kommen in 32 Filmen Figuren vor, die ausgeprägte Symptome einer psychischen Störung im Sinne erheblicher, krankheitswertiger Abweichungen des Denkens, Handelns, Fühlens von einer festgelegten Norm aufweisen. In mehr als 40 % der TV-Movies werden sie als Täter dargestellt. Sie sind demnach die am häufigsten gezeigten Typen mit psychischer Störung im deutschen Fernsehen. Dabei handelt es sich um Vergewaltiger, Serienmörder, Sadisten, Pädophile oder Stalker, die in den Fernsehspielen häufig als „Psychopathen“ bezeichnet werden.

STEREOTYPE TÄTER

Täter mit psychischer Störung treten oft als starke Antagonisten auf. Sie sind gebildet, klug, raffiniert oder auf andere Art genial. Die geistige Stärke der Täter korrespondiert häufig mit einer gestörten oder verzögerten sexuellen Entwicklung. Viele weisen einen Hang zu zwanghaftem oder rituellem Vorgehen auf, das geheimnisvoll, rätselhaft und unlösbar wirkt. Aufgrund ihrer psychischen Störung sind die Täter entweder sozial gestörte Außenseiter oder überangepasst. Entsprechend

ihrer Rolle im Krimi werden sie grundsätzlich als unberechenbar und gefährlich dargestellt. Damit der Zuschauer die Angstlust überwinden und daraus Befriedigung ziehen kann, steht am Ende fast immer die Vermittlung zwischen Verbrecher und Gesellschaft: Der Täter wird gefasst. Bezeichnend daran ist, dass die Fernsehspiele so gut wie nie erzählen, was nach der Verhaftung mit ihm geschieht: wie der Prozess gegen ihn verläuft, ob er anschließend ins Gefängnis oder eine Psychiatrie überstellt wird, welche Art von Behandlung er erfährt und ob gegebenenfalls eine Besserung oder Heilung seiner Störung erfolgt.

FORCIERUNG VON VORURTEILEN

Der psychisch kranke Mörder wird nur in seltenen Fällen als Teil der Gesellschaft betrachtet. Wer die Grenze überschreitet und das Schreckliche tut, ist fast immer draußen, ist das Fremde, der Andere. Der deutsche Fernsehkrimi handelt nach wie vor in erster Linie davon, ob und wie es gelingt, den Täter auszuschalten und aus der Gesellschaft zu entfernen. Filme mit psychisch kranken Tätern bilden nach wie vor ein stabiles und weit verbreitetes Narrativ, gerade weil sie in festgefühten Codes tief verankerte menschliche Ängste fokussieren. Sie erzählen von der Möglichkeit, die Wahrnehmung zu verlieren, die notwendig ist, um ein funktionierendes Mitglied der Gesellschaft zu sein. Sie erzählen davon, nicht mehr zu wissen was „gut“ oder „schlecht“ ist. Es liegt auf der Hand, dass dieser Figuren-Typus kaum zur Entstigmatisierung von psychisch Kranken beim Zuschauer beitragen kann und soll – ganz im Gegenteil: Er forciert das Vorurteil vom „unberechenbaren und gewalttätigen Irren“. Der psychisch kranke Täter im Krimi kann stattdessen als Spiegel wesentlicher menschlicher Ängste und Unsicherheit verstanden werden, auch bezüglich der eigenen Person. Er hat stereotype Eigenschaften, trägt aber auch archetypische Züge.

TRAUMATISIERTE ERMITTLER

In den 32 TV-Movies treten nur drei Kommissare mit psychischer Störung auf. Doch als geläufige Protagonisten und Gegenspieler der Täter sind sie für das Genre maßgeblich. Psychisch anfällige oder psychisch erkrankte Ermittler sind eine aktuelle Entwicklung. Die Auflösung der heldenhaften, redlichen Ermittlerfigur zum Ermittler mit ambivalenten Charakterzügen erfolgte über Jahrzehnte hinweg.

Die Probleme deutscher Ermittler sind häufig traumatisch motiviert. Gängig ist auch, dass eine Sucht die eigentliche Störung überlagert. Gemeinsam ist all diesen Figuren, dass sie trotz psychischer Einschränkungen eine extreme Leistungs- und Erfolgsorientierung zeigen: Fast unvorstellbar ist, dass sich ein deutscher Ermittler vom Dienst suspendieren oder sich den Fall entziehen lässt. Dementsprechend werden auch psychische Erkrankungen oder Krisen um jeden Preis verdrängt. Aufgrund innerer Not und mangels anderer Verdrängungsmöglichkeiten widmen sich Ermittler mit psychischen Störungen praktisch ausschließlich ihrer Arbeit – was eine Verbesserung oder Heilung der psychischen Problematik natürlich erschwert. Gleichzeitig ist diese Fixierung auch eine ihrer besonderen Stärken und trägt maßgeblich dazu bei, den Fall zu lösen.

Der labile Ermittler ist als Ausdruck der psychischen Belastung, die mit den Entwicklungen innerhalb der Gesellschaft einhergeht, wesentlich realitätsnäher als sein archetypischer Gegenspieler, der psychisch kranke Täter. Traumatische Belastungen, Depressionen, Ängste oder Alkoholprobleme werden als selbstverständliches Element innerhalb der Welt der Geschichte erzählt. Die Figuren müssen damit, genau wie real Betroffene, so lange es möglich ist ihren Job erfüllen, ihre Scheidung durchstehen, den Täter fassen, den Chef zufriedenstellen und abends ab und an auch mal einschlafen. Sie werden nicht als das Fremde, das Andere betrachtet. Gleichzeitig müssen die Kollegen im Präsidium mit dessen Launen und Besonderheiten umgehen, schon allein deshalb, weil sie – im Gegensatz zum verhafteten Täter – in der nächsten Folge wieder dabei sind.

Zwar sind die psychischen Schwierigkeiten dieser Figuren immer auch Resultat der besonderen Anforderungen, die der Umgang mit trauernden Angehörigen, Verdächtigen und Mördern mit sich bringt, doch steht der Beruf als identitätsstiftendes Element im Zentrum. Damit einhergehende psychische Belastungen sind etwas, das ein Ermittler aushalten muss oder sogar will – Hauptsache, der aktuelle Fall wird von ihm selbst gelöst. Es ist diskutabel, inwiefern wir dieses zum Teil selbstzerstörerische Verhalten für uns und die Gesellschaft als zukunftsweisend oder günstig betrachten und ob es nicht sinnvoll ist, andere Möglichkeiten der Identitätsfindung wieder stärker zu fokussieren. Nichtsdestotrotz wird die psychische Störung der Ermittler nicht diskutiert, sondern als integraler



Dem genialen Täter steht im deutschen Fernsehkrimi oft ein labiler Kommissar gegenüber. Hier: NDR Fernsehen TATORT, „Alter Ego“, ausgestrahlt 27.10.15.

Bestandteil der Gesellschaft gezeigt. Im Gegensatz zu ihrem Pendant, dem Täter, sind diese Figuren aufgrund ihrer Rolle grundsätzlich geeignet, zur Entstigmatisierung psychischer Krankheiten, auch in Rückwirkung auf die Realität, beizutragen. Der Zuschauer sieht Auslöser und Symptome, aber auch das Bemühen der Kommissare, das Leben zu meistern, stark zu sein und den Täter zu fassen, als „ganz normalen“, dauerhaften Teil dieser Welt.

** Dieser Artikel ist ein Abriss des 2015 im Verlag Master School Drehbuch EDITION erschienenen eEssays „Geniale Psychopathen, labile Kommissare: Figuren mit psychischen Störungen im aktuellen deutschen Krimi“ von Dr. Eva-Maria Fahmüller, www.masterschool.de*

DR. EVA-MARIA FAHMÜLLER

Master School Drehbuch, stv. Vorsitzende des Verbandes für Film- und Fernseh dramaturgie (VeDRA)

DGPPN KONGRESS 2015

Symposium | Psychopathologische Störungen im Film
26.11.2015 | 15:30 bis 17:00 Uhr



BEGRIFFSGESCHICHTE

DIE AUTONOME PERSON: EINE HERAUSFORDERUNG FÜR DIE PSYCHIATRIE

Viele im psychiatrischen Kontext gebräuchliche Begriffe erscheinen nur auf den ersten Blick selbsterklärend, in Wahrheit eröffnen sie markante konzeptuelle Spannungsfelder. Ein solcher Begriff ist derjenige der Person, speziell wenn damit auf die Fähigkeit zu autonomen und selbst verantworteten Entscheiden abgehoben wird. Allen Versuchen, ihn auf nur eine wissenschaftliche Perspektive zu reduzieren – sei es die neurowissenschaftliche, individuell-psychologische oder sozialwissenschaftliche – entzieht er sich hartnäckig.

Autor: Paul Hoff

Für die Einen war und ist die Person das eigentliche Zentrum der Psychiatrie, für die Anderen nur ein inhaltsleeres metaphysisches Relikt. In der Praxis wird der Begriff meist pragmatisch-implizit vorausgesetzt. Der ideengeschichtliche Horizont dieser Debatte wird im Folgenden anhand prägnanter Beispiele von 1800 bis heute nachgezeichnet.

Es erleichtert den Überblick, wenn man sich drei prinzipielle Herangehensweisen an das Phänomen „psychische Erkrankung“ verdeutlicht [1]:

- Für den realdefinitorisch-naturalistischen Ansatz wird die psychische Erkrankung zu einem *objektiven Gegenstand* analog dem Vorgehen bei morphologisch und pathophysiologisch klar fassbaren Krankheitsbildern, etwa der inneren Medizin. Der objektive Gegenstand läge dabei in einer definierten neurobiologischen Funktionsstörungen. *Nichts Anderes* sei eine psychische Erkrankung, so die Extremvariante dieser Position.
- Für die biographisch-hermeneutische Perspektive geht es um *individuelle Reaktionen* auf Belastungen

und um daraus resultierende, von der Norm möglicherweise stark abweichende persönliche Lebensformen. Nachvollziehendes Verstehen und Interpretationen kommen zum Tragen. Das Organ Gehirn steht hier nicht im Vordergrund, wird aber als biologische Voraussetzung selbstverständlich nicht geleugnet.

- Den dritten Weg der *deskriptiven Nominaldefinition* von psychischen Erkrankungen beschreiten die heutigen Diagnosemanuale ICD-10 und DSM-5. Sie definieren nicht, was etwa eine schizophrene Psychose ist, ja sie äußern sich noch nicht einmal dazu, ob es sie als Krankheitsentität überhaupt gibt. Wohl aber stellen sie ein explizites Regelwerk für die kriteriengeleitete Verwendung diagnostischer Begriffe zur Verfügung.

PSYCHIATRIEHISTORISCHE MEILENSTEINE

Die Psychiatrie darf als Kind der Aufklärung bezeichnet werden. In der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts setzte sich die Auffassung durch, psychisch Kranke hätten einen Betreuungsanspruch und

seien nicht etwa Besessene oder Verbrecher. Der französische Kliniker Philippe Pinel (1745–1826) forderte auf diesem Hintergrund energisch, die allgegenwärtigen medizinischen Zwangsmaßnahmen einzuschränken. Alleine aus dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung sei eben gerade nicht zu schließen, die betroffene Person verfüge über keine Autonomie mehr und die Entscheidungsbefugnis gehe somit an Dritte über.

Für Vertreter der „romantischen Psychiatrie“ zu Beginn des 19. Jahrhunderts wie Johann Christian August Heinroth (1773–1843) waren nicht nur die Vernunft (heute: die kognitive Ebene), sondern auch der affektive Bereich sowie die persönliche Lebensführung relevante Faktoren für die Vorbeugung, Entstehung und Behandlung psychischer Erkrankungen. Eine „Geisteskrankheit“ erwuchs für diese Autoren wesentlich aus biographischen Zusammenhängen. Gleichwohl waren Behandlungsmöglichkeiten zu dieser Zeit nur marginal verfügbar, was erheblich zu den betont personenzentrierten Konzepten kontrastierte.

Die Mitte des 19. Jahrhunderts sah eine eigentliche Wende im Selbstver-

ständnis der Psychiatrie. Dabei muss vor allem Wilhelm Griesinger (1817–1868) als Begründer einer empirisch-neurowissenschaftlich orientierten Psychiatrie genannt werden, postulierte er doch, „Geisteskrankheiten“ als Gehirnkrankheiten zu verstehen – notabene: *auch und wesentlich als Gehirnkrankheiten, aber nicht ausschließlich* [2]. Die Nähe der psychiatrischen Forschung zu den Naturwissenschaften führte für ihn eben nicht zur Diskreditierung anderer Ansätze, im Gegenteil: Griesinger betonte die Bedeutung der Person, ihres subjektiven Erlebens und ihrer sozialen Einbettung. Genau hier liegt seine Vorbildfunktion. Freilich konnte dies nicht verhindern, dass gegen Ende des 19. Jahrhunderts die neurobiologische Sicht von vielen Autoren nahezu absolut gesetzt wurde. So waren für den Wiener Psychiater Theodor Meynert (1833–1892) psychische Erkrankungen schlicht „Erkrankungen des Vorderhirns“. Hier blieb wenig Raum für eine ernst genommene personale Autonomie. Die Wende zum 20. Jahrhundert war die Zeit prägender Kliniker, die bis heute einen nachhaltigen Einfluss etwa auf die Nosologie ausüben. Dies gilt vor allem für Emil Kraepelins (1856–1926) Zweiteilung psychotischer Erkrankungen in die Dementia praecox mit schubweise-ungünstigem und die manisch-depressive Erkrankung mit phasenhaft-günstigem Verlauf. Kraepelin postulierte, es gebe auch in der Psychiatrie „natürliche Krankheitseinheiten“, Entitäten also, die „von der Natur“ ein für alle Mal vorgegeben seien. Der Forscher habe sie zu entdecken, nicht begrifflich zu konstruieren. Aber nicht nur biologische Vorgänge im engeren Sinne, sondern auch psychologische und soziale, ja sogar normative Phänomene hielt Kraepelin für naturalistisch vollständig erklärbar. Der Begriff der Person spielte bei ihm keine entscheidende Rolle. Wurde er erwähnt, so fügte er sich nahtlos in seine naturalistische Gesamtkonzeption ein.

Kraepelins Zürcher Zeitgenosse Eugen

Bleuler (1857–1939) bekannte sich ebenfalls klar zur biologischen Bedingtheit des Psychischen. Hingegen teilte er Kraepelins pessimistische Prognose der Dementia praecox ausdrücklich nicht, sondern schlug deren Umbenennung zur „Gruppe der Schizophrenien“ vor, wobei *jede* Art von Verlauf möglich war, auch vollständige Heilungen. Darüber hinaus – und hier entscheidend – waren für Bleuler das subjektive Erleben der erkrankten Person, die biographische Einbettung psychopathologischer Phänomene sowie deren psychotherapeutische Beeinflussbarkeit ausdrücklich Gegenstände psychi-

wird man von einem biologisch-psychologischen Personbegriff sprechen dürfen, wobei auch er sich, wie Kraepelin, wegen seines Misstrauens gegenüber philosophischen Erörterungen in der Psychiatrie nicht vertieft mit dieser Materie auseinandersetzte.

PSYCHOANALYSE UND BEHAVIORISMUS

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts traten zwei wirkmächtige psychotherapeutische Schulen auf den Plan: Psychoanalyse und Behaviorismus. Für beide ging es zwar primär nicht um die philosophi-



Der Begriff der Person eröffnete in der Psychiatrie ein markantes konzeptuelles Spannungsfeld. Hier: Edvard Munchs „Melancholie“ (1894/95).

atrischer Forschung. Als seinerzeit einziger einflussreicher Hochschullehrer im deutschsprachigen Raum setzte er sich nicht nur ernsthaft mit der Psychoanalyse Sigmund Freuds (1856–1939) auseinander, sondern integrierte psychoanalytische Elemente über einige Jahre intensiv in die klinischen Abläufe an der psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, am „Burghölzli“. Bei Bleuler

sche Prämisse der personalen Autonomie, doch beeinflussten sie diese Debatte indirekt, wenn auch auf sehr unterschiedliche Weise: Die Psychoanalyse zielte auf Erlebnisse und Handlungen, die gerade keiner unmittelbaren rationalen Kontrolle unterliegen und deren „eigentlicher“ Gehalt erst deutend erschlossen wird. Unbewusste Wirkfaktoren wurden als der (vermeint-



Wilhelm Griesinger betonte die Bedeutung der Person.

lich?) autonomen Entscheidung notwendig vorgelagert verstanden. Man kann dies durchaus als Angriff auf die zentrale Stellung des vernunftbegabten Subjekts in der westlichen Denktradition betrachten. Den Stellenwert der *individuellen* Autonomie hingegen hat Freud anerkannt, nannte er doch als Ziel psychoanalytischer Behandlungen, es solle dort „Ich“ werden, wo „Es“ gewesen sei.

Ganz anders Burrhus Frederic Skinner (1904–1990): Für ihn, den Begründer des Behaviorismus, sollte die Psychologie möglichst wenige theoretische Vorannahmen machen, auch nicht bezüglich der personalen Autonomie. Für ihn waren messbare Reaktions- und Verhaltensweisen die Grundlage von Forschungskonzepten und therapeutischen Ansätzen. Das „Bewusstsein“ wurde so, mindestens in der Frühphase des Behaviorismus, gezielt ausgeklammert, wurde zur „Blackbox“. In dieser gezielten Beschränkung enthielt sich der Behaviorismus typischerweise einer systematischen Stellungnahme zur autonomen Person.

Die Zeit der nationalsozialistischen Gewaltherrschaft, in der viele tausend psychisch Kranke und geistig Behinderte gewaltsam ihr Leben verloren, kann nicht in wenigen Sätzen abgehandelt werden. Der Verzicht auf eine nähere Betrachtung ist hier umso vertretbarer, als in der NS-Zeit jeder ernsthafte Ansatz, personale Autonomie zu respektieren, unter einer allmächtigen sozialdar-

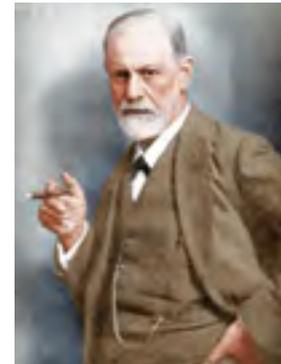
winistischen und eugenischen Ideologie begraben wurde.

Die nach dem 2. Weltkrieg aufkommende und über einige Jahre die psychiatrische Debatte prägende anthropologische Psychiatrie ist nicht zuletzt eine Antwort auf die nationalsozialistische Pervertierung der Psychiatrie und der Wissenschaft schlechthin. Die Texte dieser anthropologisch orientierten Autoren, aus Schweizer Sicht etwa Ludwig Binswanger (1881–1966) und Medard Boss (1903–1990), werden heute leider kaum noch rezipiert. Die individuelle Person mit ihren Entwicklungsmöglichkeiten, aber auch Begrenztheiten wurde für sie zum eigentlichen Mittelpunkt: Psychische Erkrankungen waren nicht nur defizitäre Gesundheitszustände, sondern auch spezifische Erscheinungsformen der *conditio humana*. Ihre Einbettung in Persönlichkeit und Lebenslauf des betroffenen Individuums ließ einen „Sinn“ der Störung erkennen und therapeutische Optionen entwickeln. „Sinn“ war dabei in Anbetracht des großen Leids, das psychische Erkrankungen verursachen, nicht etwa verharmlosend gemeint. Vielmehr ging es um den Aufweis, dass eine psychische Erkrankung mehr ist als eine sinnlos-unpersönliche, „wie ein Blitzschlag“ hereinbrechende neurobiologische Dysfunktion.

Der mit den späten 60er-Jahren des 20. Jahrhunderts einsetzende fulminante Aufschwung der Neurowissenschaften beendete recht abrupt die existenzphilosophisch geprägte Ära. Wegweisend wurden nun Innovationen wie die Messung ereigniskorrelierter EEG-Potenziale, detaillierte Kenntnisse über zentralnervöse Transmitter und Rezeptoren, Assoziationsstudien in der psychiatrischen Genetik, das gänzlich neue Feld der Endophänotypen, also messbarer biologischer Parameter, die „zwischen“ dem DNA-Genlokus einerseits und dem klinischen Phänotyp andererseits situiert sind, und, nicht zuletzt, die funktionelle Hirnbildgebung.

Der in diesem Kontext entstehende For-

schungsoptimismus drängte, wenig überraschend, den abstrakten, mit komplexen und nicht quantifizierbaren phi-



Sigmund Freud anerkannte den Stellenwert der individuellen Autonomie.

losophischen Prämissen aufgeladenen Begriff der Person zunehmend in die Defensive. Erst ab den 1990er Jahren kam es zu nachhaltigen Versuchen eines Brückenschlags zwischen den quantitativ-empirischen Neurowissenschaften und qualitativen Ansätzen einer phänomenologisch ausgerichteten Psychopathologie. Die jüngste Entwicklung brachte überdies spezifische Psychotherapiemodule hervor, die auf eine empirische Fundierung besonderen Wert legen, etwa DBT oder CBASP. Doch soll dabei ein manualisiertes, evidenzbasiertes Vorgehen mit der Berücksichtigung von subjektivem Erleben und Werthorizont des betroffenen Individuums in Einklang gebracht werden.

Mit Blick auf die Kontroversen anlässlich der Publikation des DSM-5 im Jahre 2013 ist von Bedeutung, dass der Personbegriff in den betont deskriptiv orientierten Manualen ICD-10 und DSM-5 eine nachrangige Rolle spielt. Auf eine prinzipielle Skepsis sollte daraus aber nicht geschlossen werden. Vielmehr entspricht es der Grundhaltung dieser Manuale, theoretische Vorannahmen – zu denen die Existenz personaler Autonomie zweifellos gehört – aus dem diagnostischen Prozess möglichst herauszuhalten.

PERSONALITÄT UND DIE PSYCHIATRIE IM 21. JAHRHUNDERT

Die heterogenen Zugangsweisen zu psychischen Störungen reflektieren nicht nur konkurrierende nosologische Modelle, sondern verraten auch viel über das jeweilige Selbstverständnis der Psychiatrie. Dies gilt heute ebenso wie zu Griesingers oder Bleulers Zeiten. Auf Kongressen, auch bei der DGPPN, und in der Literatur wird in den letzten Jahren diskutiert, ob ein eigenständiges medizinisches Fach Psychiatrie und Psychotherapie überhaupt noch zeitgemäß sei. Ist „Psychiatrie“ – so fragen manche – nicht eine mehr oder weniger obsole- te Bezeichnung für angewandte Neuro- biologie, Neuropsychologie oder Sozial- wissenschaft?

Nun können gerade die Begriffe Person und personale Autonomie gegen eine überzogene Partikularisierung der Psychiatrie oder gegen ihre Reduktion auf bloß eine wissenschaftliche Perspekti- ve ins Feld geführt werden. Denn jede tragfähige therapeutische Beziehung wird die erkrankte Person konsequent im Blick halten müssen; eine zentrifuga- le Aufsplitterung des Faches kann dem aber nicht Rechnung tragen. Nun gibt es eine Kandidatin für ein Gravitations- zentrum, das die aktuell fragile Iden- tität der Psychiatrie festigen könnte, nämlich die Psychopathologie. Freilich dürfte diese nicht nur für die deskripti- ve Befunderhebung zuständig sein, son- dern hätte – nahe an den Vorstellungen Karl Jaspers' (1883–1969) – auch struk- turale Zusammenhänge zwischen den Einzelsymptomen, methodenkritische Überlegungen sowie die wissenschafts- theoretische Ebene einzubeziehen [3]. Dies ist ein hoher, aber keineswegs un- einlösbarer Anspruch. Gelänge es im Sinne eines Postulates von Werner Janzarik aus dem Jahre 1957, die Psy- chopathologie zu einer selbstkritisch- undogmatischen „Grundlagenwissen- schaft der Psychiatrie“ aufzuwerten [4], so könnte auch der bislang hartnäckigs- te konzeptuelle Stolperstein unseres

Faches, die autonome Person, wieder ein gleichberechtigter wissenschaftli- cher Gegenstand werden [5]. Die jüngst kontinuierlich steigende Zahl von Pu- blikationen mit ähnlicher Stoßrich- tung stimmt verhalten optimistisch [6, 7, 8, 9, 10]. Der Wissenschaftlichkeit und Personzentrierung unseres Faches kann eine solche Entwicklung nur dien- lich sein.



Burrhus Frederic Skinner gilt als Begründer des Behaviorismus.

DREI THESEN ALS RÉSUMÉ

Die Kerngedanken dieses Textes lassen sich in drei Thesen zusammenfassen:

- Die wissenschaftliche Psychiatrie hat entscheidende Wurzeln im Menschenbild der Aufklärung. Al- lerdings wechselten sich im 19. und 20. Jahrhundert in nahezu zy- klischer Weise vielfältige, oft in- kompatibel Konzepte ab. Die psy- chiatrische Ideengeschichte (*con- ceptual history*), die diese Diskur- se nachzeichnet und in die aktuelle Debatte einbringt, ist keine *l'art pour l'art*, sondern elementarer Be- standteil einer wissenschaftlichen Psychiatrie.
- Sowohl ein zugespitzter Naturalis- mus („Psyche = Gehirn“) als auch die unverbundene Aufsplitterung in wissenschaftliche Einzelperspek- tiven im Sinne postmoderner Be- liebigkeit („anything goes“) füh- ren die Psychiatrie nicht nachhal- tig weiter. Beide Positionen eignen

sich insbesondere nicht als Grund- lage einer *personenzentrierten* Psy- chiatrie.

- Subjektivität und personale Auto- nomie sind zentrale Begriffe unse- res Faches. Es wird nicht gelingen, sie vollständig auf eine einzige em- pirische Perspektive zu reduzieren. Unterschiedliche Zugangsweisen sind genuin aufeinander angewie- sen. Eine aufgewertete Psychopa- thologie könnte dabei zu einer me- thoden- und theorienübergreifen- den Klammer werden.

PROF. DR. MED. DR. PHIL. PAUL HOFF

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich,
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik

LITERATUR

1. Hoff P (2010) Psychische Störungen: erklären, verstehen oder beschreiben? Historische und aktuelle Perspektiven einer psychopathologischen Kernfrage. *Schweiz Arch Neur Psychiatr* 161:200–208
2. Griesinger W (1861) *Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. 2., umgearbeitete und sehr vermehrte Auflage. Krabbe, Stuttgart
3. Stanghellini G (2009) The meanings of psychopathology. *Curr Opin Psychiatry* 22:559–564
4. Janzarik W (1979) *Psychopathologie als Grundlagenwissen- schaft*. Enke, Stuttgart
5. Hoff P (2013) Die autonome Person: Stolperstein psychia- trischen Selbstverständnisses von 1800 bis heute. *Sozialpsy- chiatr Informat* 43:40–46
6. Fuchs Th (2009) *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption*. 2., überarbeite- te Auflage. Kohlhammer, Stuttgart
7. Hannefelder L, Schmidt MC (Hrsg) (2007) *Naturalismus als Paradigma. Wie weit reicht die naturalwissenschaftliche Erklärung des Menschen?* University Press, Berlin
8. Janich P (2009) *Kein neues Menschenbild – Zur Sprache der Hirnforschung*. Suhrkamp, Frankfurt am Main
9. Thompson E (2007) *Mind in Life. Biology, Phenomenology and the Sciences of Mind*. The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge/Mass London
10. Walde B (2007) *Zur dualistischen und zur naturalisti- schen Sicht auf das Subjekt am Beispiel der Willensfreiheit*. In: Kannekzy F, Tegtmeyer H (Hrsg) *Personalität. Studien zu einem Schlüsselbegriff der Philosophie*. Leipziger Univer- sitätsverlag, Leipzig, S 99–118



DGPPN KONGRESS 2015

Symposium I Der Mensch im Mittelpunkt psychiatrischer Forschung: Erste-Person Perspektive und Partizipation
25.11.2015 | 08:30 bis 10:00 Uhr



RELIGIOSITÄT UND SPIRITUALITÄT

GLAUBE KANN SCHÜTZEN, ABER AUCH SCHADEN

Die eigene Sinnggebung und die eigene Weltanschauung sind sehr persönliche Themen, die auch viele Bezüge zu psychischen Krankheiten aufweisen. Ärzte und Therapeuten benötigen Respekt und Einfühlungsvermögen, um herauszufinden, ob im Einzelfall ein krankmachender Glaube vorliegt oder ob sich heilsame religiöse oder spirituelle Ressourcen aktivieren lassen.

Autor: Michael Utsch

Fragen nach dem Glauben, der Religion und der persönlichen Sinnggebung rufen ambivalente Reaktionen hervor, sie polarisieren. Denn Glaube, Religion und Spiritualität können sowohl Unterdrückungsinstrument als auch Bewältigungshilfe sein. Der bekannte amerikanische Religionspsychologe Kenneth Pargament, der an der Bowling Green State Universität in Ohio lehrt, hat in einem Übersichtsartikel Wirkungen der Religiosität aufgrund empirischer Studien in fünf zentralen Punkten zusammengefasst [1]:

1. Einige Formen der Religion sind hilfreicher als andere. Während eine verinnerlichte, überzeugungsgeleitete Religion, die auf einer vertrauensvollen Gottesbeziehung beruht, sich positiv auf das seelische Wohlbefinden auswirkt, beeinträchtigen eine rein anerzogene und unreflektierte Religion sowie eine schwach ausgeprägte Gottesbeziehung das Wohlbefinden.
2. Sogar kontroverse Formen der Religion wie etwa der Fundamentalismus haben neben Nachteilen auch Vorteile. Eine solche Einstellung stiftet Orientierung und Sicherheit.
3. Besonders hilfreich erweist sich Religion für soziale Randgruppen und für solche Menschen, die Religion ganzheitlich in ihr Leben einbeziehen.
4. Religiöse Überzeugungen und Praktiken erweisen sich besonders in Stresssituationen und Grenzerfahrungen als wirksam.
5. Die Effizienz der Religion ist abhängig von dem Maß, in dem sie in das alltägliche Leben integriert ist.

Was lässt sich daraus folgern? Der Glaube kann unter bestimmten Bedingungen krankheitsauslösend und symptomverstärkend sein, unter anderen Vorzeichen jedoch als große Unterstützung und Ressource dienen. Herauszufinden, ob bei einer psychischen Störung der Glaube Teil der Erkrankung, ein Teil der Lösung oder eine unabhängige Dimension ist, bedeu-

tet für viele Psychiater und Psychotherapeuten in Deutschland eine große Herausforderung, weil im Fachgebiet traditionell eine Scheu vor religiösen Themen bestand, die erst in den letzten Jahren gewichen ist. Aber auch heute noch existieren kaum Angebote zu spezifischen Weiterbildungen.

GLAUBE ALS RESSOURCE

Um den Glauben eines Patienten richtig einzuordnen, sind religionspsychologische Fakten unerlässlich, die für den deutschsprachigen Raum nur lückenhaft vorliegen. Aus den USA liegen hingegen zahlreiche klinische Studien vor, die unmissverständlich auf die positive Heilkraft des Glaubens hinweisen. Diese Forschung zur „Glaubensmedizin“ – berichtet Erstaunliches – zumindest für Leser aus Europa, wo Untersuchungen über religiös-spirituelles Coping bisher nur vereinzelt durchgeführt wurden [2, 3]. Nach vielen tausend Studien gilt als erwiesen, dass zwischen körperlicher Gesundheit und persönlichem Glauben ein positiver statistischer Zusammenhang besteht, den man durchaus kausal interpretieren kann [4]. Das heißt: Wer über positive Glaubensüberzeugungen verfügt, ist gesünder, kann zusätzliche Bewältigungsstrategien im Umgang mit Leid und Krankheit einsetzen und genießt eine höhere Lebenszufriedenheit.

Weil die meisten Studien aus den USA stammen und sich die dortige Religionskultur von dem stärker säkularisierten Europa signifikant unterscheidet, können ihre Befunde nicht unreflektiert übertragen werden. Für eine bessere Patientenversorgung im Hinblick auf religiös-spirituelle Bedürfnisse und Ressourcen fehlen religionspsychologische Studien aus dem deutschsprachigen Raum. Zu einzelnen Störungen liegen bereits differenzierte klinische Befunde vor, etwa bei schizophrenen Erkrankungen [5] oder Depressionen [6].

KRANKMACHENDER GLAUBE

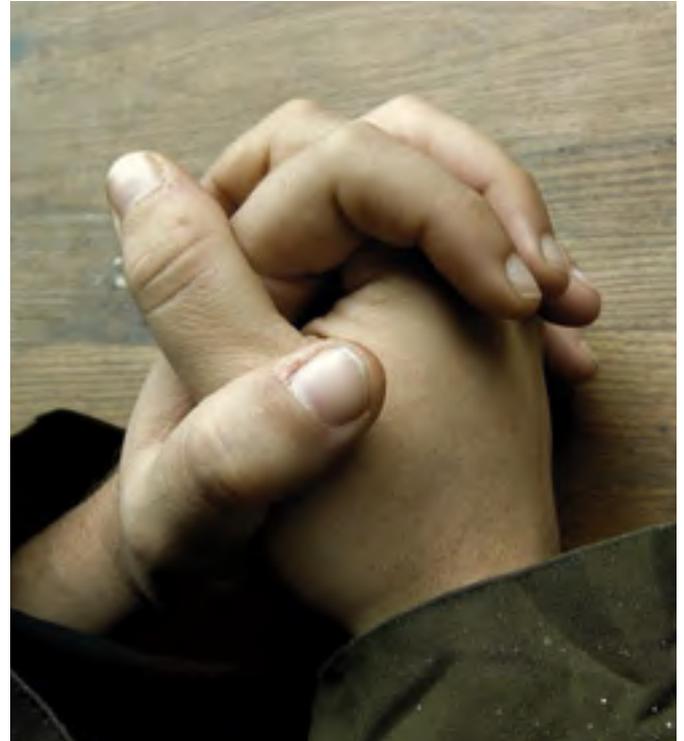
Bei aller Euphorie über die Gesundheitseffekte positiver Spiritualität darf aber das Missbrauchspotenzial der Religionen nicht vergessen werden. Es gibt zahlreiche Patienten, die durch eine unterdrückende religiöse Erziehung seelischen Schaden genommen haben. Auch die Mitgliedschaft in religiösen Sekten geht häufig mit pathologischen Auffälligkeiten einher [8, 9]. Dabei ist bekannt, dass fanatische und fundamentalistische Glaubensüberzeugungen therapeutisch schwer behandelbar sind.

Die mangelnde professionelle Bearbeitung der existenziellen Dimension hat in der Psychotherapie zu dem ausufernden psycho-spirituellen Lebenshilfemarkt mit zum Teil fragwürdigen und gefährlichen Angeboten beigetragen. Es boomen archaische Weltbilder sowie esoterische Praktiken. Aufgrund zahlreicher Patientenberichte, die sich wegen übergriffigen Verhaltens ihrer behandelnden Therapeuten beim Berufsverband Beschwerde einlegten, hat das österreichische Bundesministerium für Gesundheit im Sommer 2014 eine „Richtlinie für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Frage der Abgrenzung der Psychotherapie von esoterischen, spirituellen und religiösen Methoden“ erlassen (<http://www.bmg.gv.at>). Das rigide Verbot trägt der aktuellen Forschungslage allerdings nicht Rechnung und übergeht die Ressource „Religiosität und Spiritualität“ bei manchen Patienten. Ein differenziertes Positionspapier zu diesem Themenkomplex ist zurzeit in einer Task-Force der DGPPN unter Federführung des Fachreferats „Religiosität und Spiritualität“ in Arbeit. Ziel ist es, Ärzten und Therapeuten eine Orientierungshilfe vorzulegen, wie professionell mit religiös-spirituellen Bedürfnissen und Ressourcen der Patienten umzugehen ist.

EMOTIONALE WURZELN DES GLAUBENS

Religiöse und spirituelle Erfahrungen sind ohne Zweifel eng mit der Emotionalität eines Menschen verknüpft. Auf diese Verbindung hat schon William James in seinem religionspsychologischen Klassiker über „Die Vielfalt religiöser Erfahrung“ hingewiesen. Nach seinen Beobachtungen lösen religiöse Objekte ein ganzes Bündel von Emotionen unterschiedlicher Tönung hervor, die je nach persönlicher Sichtweise und Prägung zwischen Furcht, Liebe, Angst, Freude, Zweifel, Ehrfurcht und anderen wechselt. Die Bereiche der Religiosität und Spiritualität lässt nur wenige Menschen emotional unbeteiligt. Eine Ausnahme bilden Konfessionslose und Atheisten, deren Anteil in Deutschland seit 1989 größer geworden ist, zählen doch die neuen Bundesländer im Osten zu einem der am weltweit stärksten säkularisierten Gebiete. Dennoch schätzen sich immerhin 19 % der deutschen Bevölkerung nach dem Religionsmonitor (2009) als hochreligiös ein. Für sie sind religiöse oder spirituelle Sinndeutungen in allen Lebensbereichen relevant.

Dieser Anteil ist vermutlich in den letzten Jahren angestiegen und wird noch weiter anwachsen, weil viele der Migranten und Flüchtlinge religiös geprägt sind. Für viele Asylbewerber bedeutet ihre Religion eine wichtige Unterstützung, sich fern der Heimat der ungewohnten Umwelt anzunähern. Neben der Sprache und der Erinnerung dient der eigene Glaube als Identifikationsanker, um in der Fremde neu anfangen zu können.



Der Glaube kann mit psychischen Störungen zusammenhängen, aber auch eine Ressource zu deren Bewältigung darstellen.

PATIENTEN MIT EINEM FREMDEN GLAUBEN

Zur psychosozialen Versorgung von Patienten mit einem Migrationshintergrund sind interkulturelle Kompetenzen unverzichtbar, um mit den in der Regel fremden Lebensdeutungen und Glaubenswelten umgehen zu können. Der höchst subjektive Prozess der Sinngebung erfordert deshalb vom Therapeuten ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen und die Fähigkeit, sich unter Umständen auch auf ein fremdes Weltbild einzulassen. Diese Fähigkeit ist besonders in einer globalisierten und multikulturellen Gesellschaft zu schulen. Psychotherapeuten werden sich zunehmend ihrer eigenen kulturellen und weltanschaulichen „Brille“ bewusst. Erst das reflektierte Bewusstsein der eigenen Kulturabhängigkeit ermöglicht ein kultursensibles Vorgehen. Es ist etwa zu berücksichtigen, dass sowohl Krankheits- als auch Heilungsmodelle kulturabhängig sind und sich z. B. eine säkulare von einer religiösen Weltdeutung grundlegend unterscheiden [9]. Nur nach einer Exploration, etwa in Form einer spirituellen Anamnese, lässt sich mit

dem Patienten ein individuell passender Behandlungsauftrag formulieren – weil auch die Behandlungsziele kultur- und wertabhängig sind. Die Einbeziehung kultureller, also auch religiöser Ressourcen in eine Behandlung, ist insbesondere bei muslimischen Migranten von hoher Relevanz [10].

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Religiöse und spirituelle Überzeugungen können mit psychischen Störungen zusammenhängen, aber auch zu einer wichtigen Ressource zu deren Bewältigung werden. Sie besitzen neben ihren verführerischen Aspekten ein Heilungspotential, das nicht zu nutzen unprofessionell wäre. Für die individuelle Überprüfung und als Grundlage für eine personalisierte Behandlung ist eine spirituelle Anamnese des Patienten unverzichtbar. Eine kultursensible Psychotherapie erfordert Grundkenntnisse über aktuelle Religionen und Weltanschauungen und macht die Reflexion und Sprachfähigkeit über die eigene Sinnorientierung notwendig.



PROF. DR. PHIL. MICHAEL UTSCH

Leiter des DGPPN-Referats „Religiosität und Spiritualität“
Evangelische Zentralstelle für Weltanschauungsfragen Berlin

LITERATUR

1. Pargament K (2002) *The Bitter and the Sweet. Costs and Benefits of Religiousness.* *Psychological Inquiry* 13(3):186–181
2. Murken S (2015) *Entwicklung und Validierung der Skalen zur Gottesbeziehung und zum religiösen Coping.* In: Büssing A, Kohls N (Hrsg) *Spiritualität interdisziplinär.* Springer, Berlin, S 75–92
3. Zwingmann C (2015) *Religiosität/Spiritualität und Psychotherapie: Passt das zusammen?* In: Büssing A et al (Hrsg) *Dem Guten tun, der leidet. Hilfe kranker Menschen – interdisziplinär betrachtet.* Springer, Berlin, S 13–26
4. Koenig HA (2012) *Spiritualität in den Gesundheitsberufen.* Kohlhammer, Stuttgart
5. Unterrainer HF, Sollgruber A, Rinner A et al (2015) *Spiritualität bei schizophrenen Erkrankungen.* *Nervenarzt* 86:359–366
6. Pfeifer S (2014) *Seelenfinsternis und dunkle Nacht der Seele – Depression und Spiritualität.* In: Utsch M, Bonelli RM, Pfeifer S, *Psychotherapie und Spiritualität.* Springer, Berlin, S 123–132
7. Kapfhammer H-P (2008) *Religiöser Wahn und wahnhafte Religiosität in religiösen Gruppierungen.* *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie* 12:123–136
8. Utsch M (Hrsg) (2012) *Pathologische Religiosität. Genese, Beispiele, Behandlungsansätze.* Kohlhammer, Stuttgart
9. Utsch M, Frick E (2015) *Religiosität und Spiritualität in der Psychotherapie.* *Psychotherapeut* 67:451–466
10. Kizilhan JI (2015) *Religion, Kultur und Psychotherapie bei muslimischen Migranten.* *Psychotherapeut* 67 (im Druck)

JETZT ANMELDEN

FORTBILDUNGSCURRICULUM KLINISCHER SUPERVISOR DGPPN

Fortbildungsangebot für klinisch tätige Oberärzte, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie und Psychologische Psychotherapeuten, die Weiterbildungsassistenten betreuen

- Theoretische Grundlagen der Supervision
- Psychotherapeutische Basiskompetenzen in der Supervision
- Praktische Grundlagen der Supervision
- Supervisionspraxis und Selbstreflexion



DGPPN KONGRESS 2015
Informationsveranstaltung zum Fortbildungscurriculum
26.11.2015 | 13:30 bis 15:00 Uhr
Anmeldung: fortbildung@dgppn.de
Stichwort: Informationsveranstaltung
Klinischer Supervisor

April 2016 bis Dezember 2017 | Alexianer St. Joseph-Krankenhaus Berlin-Weißensee

2.100 Euro für DGPPN-Mitglieder, 2.600 Euro für Nicht-Mitglieder

Anmeldung und Informationen auf www.dgppn.de



DGPPN KONGRESS 2015 – FÜR SIE VOR ORT

BESUCHEN SIE DEN STAND DER DGPPN IM CITYCUBE BERLIN

Von Angststörung bis Zwangserkrankung: Wenn der DGPPN Kongress vom 25. bis 28. November 2015 seine Tore öffnet, steht Berlin erneut im Zeichen der psychischen Gesundheit. Hinter dem Kongress steht Deutschlands größte und älteste Vereinigung von Ärzten und Wissenschaftlern, die auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde arbeiten.

Erfahren Sie mehr über die DGPPN.
Besuchen Sie unseren Stand im CityCube Berlin:

- Machen Sie Pause in unserer Lounge und tauschen Sie sich mit Kolleginnen und Kollegen aus
- Nutzen Sie den kostenlosen WLAN-Zugang und unsere Kongress-APP
- Lesen Sie in den Publikationen, Stellungnahmen und Pressemitteilungen der DGPPN
- Erfahren Sie, wann die nächsten Hauptstadtsymposien, Workshops und Facharztrepetitorien stattfinden
- Sprechen Sie die Mitarbeiter der DGPPN-Geschäftsstelle an
- Klären Sie offene Fragen zu Ihrer Mitgliedschaft

JETZT MITGLIED WERDEN!

Als Mitglied der DGPPN profitieren Sie von vielen Vorteilen – zum Beispiel von einer ermäßigten Teilnahmegebühr am DGPPN Kongress.

Erfahren Sie mehr auf:

www.dgppn.de > Mitglieder

DGPPN-Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
Tel: 030.2404 772-31
sekretariat@dgppn.de
www.dgppn.de > Über uns > Geschäftsstelle



DGPPN KONGRESS 2015

Willkommen in Berlin

- 25.–28.11.2015 | CityCube Berlin →
- Mit über 650 Veranstaltungen
- Zertifiziert, mehr als 30 CME-Punkte möglich
- Akademie für Fort- und Weiterbildung
- Freier Eintritt für DGPPN-Neumitglieder 2015

→ Jetzt anmelden auf www.dgppn.de

DGPPN

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGPPN-Geschäftsstelle

Reinhardtstraße 27 B

10117 Berlin

TEL 030.2404 772-0

FAX 030.2404 772-29

sekretariat@dgppn.de

[WWW.DGPPN.DE](http://www.dgppn.de)

