

PSYCHE IM FOKUS

DAS MAGAZIN DER DGPPN



Psyche – Mensch – Gesellschaft

Digitalisierung: Risiken
und Nebenwirkungen

→ Seite 12

DGPPN Kongress 2016:
alle Highlights auf
einen Blick

→ Seite 22

Der Mensch lebt nicht
für sich allein

→ Seite 38

DIE THEMEN DIESER AUSGABE



8

WIE GESELLSCHAFTLICHE TRENDS DIE GESUNDHEIT BEEINFLUSSEN

16

UNTER VIER AUGEN
DGPPN-PRÄSIDENTIN IRIS HAUTH
IM GESPRÄCH MIT BPTK-
PRÄSIDENT DIETRICH MUNZ



22

DGPPN KONGRESS 2016:
ALLE HIGHLIGHTS AUF EINEN BLICK



34

150 JAHRE PSYCHIATRIE
IN GÖTTINGEN

EDITORIAL

GESUNDHEITSPOLITIK

Neue Behandlungsformen:	
E-Mental-Health auf dem Vormarsch	2
Entgelt: Anhörung zum PsychVVG	4
Versorgung: Depressionen noch früher erkennen	5
Berufliche Integration:	
DGPPN stellt Teilhabekompass vor	6
Forschung: Kontroversen über klinische Studien an Demenzzkranken	7

PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT

Wie gesellschaftliche Trends die Gesundheit beeinflussen	8
Risiken und Nebenwirkungen der Digitalisierung	12

UNTER VIER AUGEN

Ein Gespräch über die großen Herausforderungen im Gesundheitssystem	16
---	----

DGPPN KONGRESS 2016

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

WISSENSCHAFT

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

ZUKUNFT

Generation PSY räumt mit Vorurteilen auf	28
--	----

INSIDE DGPPN

Psychoedukation in der Versorgung	30
-----------------------------------	----

PSYCHE IN MEDIEN

Benedict Wells' <i>Vom Ende der Einsamkeit</i>	31
Psychische Erkrankungen im Spielfilm	32

VON GESTERN FÜR HEUTE

150 Jahre Lehrstuhl und Klinik für Psychiatrie in Göttingen	34
---	----

PSYCHIATRIE UND PHILOSOPHIE

Der Mensch lebt nicht für sich allein	38
---------------------------------------	----

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

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

Reinhardtstraße 27 B
10117 Berlin

Tel.: 030.2404 772-0

Fax: 030.2404 772-29

E-Mail: pressestelle@dgppn.de

Präsidentin

Dr. med. Iris Hauth

(Vi.S.d.P.)

Registergericht:

VR 26854 B, Amtsgericht Berlin

Charlottenburg

REDAKTION

Jürg Beutler, lic. phil. (Leitung)

Dipl.-Psych. Gabriel Gerlinger M. A.

(Leitung)

Isabelle Lork, M. A.

Robert Zeidler, MPH

AUFLAGE

11.000 Exemplare

ERSCHEINUNGSDATUM

November 2016

LAYOUT UND SATZ

Timm Knoerr, Robert Grund,

wenkerottke

SCHLUSSKORREKTUR

Heidefrey Lektorat

DRUCK

Buch- und Offsetdruckerei

H. HEENEMANN GmbH & Co. KG,

Berlin

ABBILDUNGEN

AKG-IMAGES: S. 39 (Schlemmer, Oskar: *Fünf Figuren in einem Raum* (Römisches), 1925); Claudia Burger: S. 4, S. 16–21; FOTOLIA: S. 22–23 (chalabala); U3 (sborisov), S. 27 rechts (jiris); WERNER HUTHMACHER: S. 25, U4; IMAGO: S. 7 (Winfried Rothermel); ISTOCK: S. 3 (vm), S. 9 (Lecic), S. 10 (marekuliasz); PHOTOCASE: Cover (stm), S. 26 rechts (suze); Picture Alliance: S. 27 links (dpa-Report), S. 33 (Picture Alliance); JACOB SEMPLER & EMIL THISMANN: S. 13 (Fotograf: Jacob Sempler: www.jacobandemil.com); ADOBE STOCK: S. 29 (queen21); THINKSTOCK: S. 6 (Portra), S. 26 links (selvanegra), S. 30 (Radachynskyi), S. 31 (Digital Vision.)

RUBRIK VON GESTERN FÜR HEUTE: S. 35 (Kutzer 1999, Goldberg 1999); S. 36 (Mit freundlicher Genehmigung des Museums der LWL Kliniken Lippstadt-Warstein)

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

Immer höher, schneller, weiter: Moderne Technologien und die Digitalisierung eröffnen uns laufend neue Möglichkeiten. Noch vor wenigen Jahren organisierten wir unsere Arbeit mit Taschenkalendern und schrieben Postkarten aus dem Urlaub, heute ist das Smartphone allgegenwärtig.

Die sich verändernden Lebensumstände – wie die zunehmende Individualisierung, die wachsende Komplexität, Beschleunigung und Ökonomisierung vieler Lebensbereiche – beeinflussen unser Denken, unsere Emotionen und unser Verhalten. Sie können zu Überforderung sowie Stressanfälligkeit führen und sich auf unsere psychische Gesundheit auswirken.

Wie keine andere medizinische Disziplin muss unser Fachgebiet deshalb gesellschaftliche Entwicklungen und Veränderungen in der Lebens- und Arbeitswelt in die Forschung miteinbeziehen und kritisch reflektieren, um die Prävention psychischer Erkrankungen und eine qualitätsvolle Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sicherstellen und weiterentwickeln zu können.

Diese vielschichtigen Wechselwirkungen stehen im Zentrum des DGPPN Kongresses, der vom 23. bis 26. November 2016 im CityCube Berlin stattfindet. → [Seite 22](#) Hochkarätige Experten aus dem In- und Ausland haben sich angekündigt. Sie greifen die neuen Impulse aus Gesellschaft und Politik auf und beleuchten gleichzeitig die neuesten Entwicklungen in der Wissenschaft und Versorgung. → [Seite 24](#) Einen ersten Überblick über die vielen Themen des Kongresses haben wir in dieser Ausgabe von *Psyche im Fokus* zusammengestellt:

- Wo sieht die Bundespsychotherapeutenkammer die größten Herausforderungen in der Versorgung? Welche inhaltlichen Überschneidungen gibt es mit der DGPPN? Und wo bestehen Differenzen? Diesen und vielen weiteren Fragen stellt sich BPTK-Präsident Dietrich Munz im Interview. → [Seite 16](#)
- In der Ernährung jagt ein Trend den anderen. Doch hat dies auch einen Einfluss auf die Prävalenz von Essstörungen? Und welche Risiken und Nebenwirkungen sind mit der zunehmenden Digitalisierung unserer Gesellschaft verbunden? Zwei spannende Artikel in der Rubrik Psychiatrie und Gesellschaft gehen auf diese hochaktuellen Themen ein. → [Seite 8](#)
- In diesem Jahr feiern die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und der psychiatrische Lehrstuhl der Universität Göttingen ihr 150-jähriges Bestehen. Anhand der zurückliegenden Jahre lässt sich ein Kapitel der bewegten Geschichte der Psychiatrie und ihrer Kranken schreiben. → [Seite 34](#)

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



Dr. med. Iris Hauth
Präsidentin DGPPN



NEUE BEHANDLUNGSFORMEN

E-MENTAL-HEALTH: GROSSES POTENZIAL, ABER AUCH KLÄRUNGSBEDARF

Smartphone, Tablet und Computer sind zu ständigen Begleitern geworden. Mit neu entwickelten Anwendungen halten sie auch Einzug ins Gesundheitswesen. Gerade im Bereich der psychischen Gesundheit hat sich das Angebot vervielfacht. Doch wie wirksam, verlässlich und vertrauenswürdig sind die neuen Programme? Bieten sie die Chance, die Versorgung für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern? Und welche Risiken sind zu beachten? Diese und weitere Fragen rückten die beiden wissenschaftlichen Fachgesellschaften DGPPN und DGPs auf einem gemeinsamen Hauptstadt-symposium Anfang Oktober in Berlin ins Zentrum.

Elektronische Medien wie Computer, Smartphones und Tablets – zunehmend mobil und tragbar – sind aus dem Alltag vieler Menschen nicht mehr wegzudenken. Gerade der Bereich Gesundheit, Lifestyle und Fitness ist eine der wichtigsten Triebfedern für die rasante Entwicklung bei neuen Apps und Programmen, deren Zahl sich in den letzten Jahren vervielfacht hat. Im Rahmen der Digitalisierung des Gesundheitswesens wird das Potenzial der neuen technischen Möglichkeiten zunehmend auch für die Versorgung von Menschen mit psychischen Belastungen und Erkrankungen erkannt.

DAS EINSATZSPEKTRUM IST BREIT

Denn die Anwendungen bieten die Chance, den aktuellen Versorgungsengpässen entgegenzuwirken. Sie können Menschen erreichen, die auf einen Behandlungsplatz warten oder die trotz Behandlungsbedarf bislang keinen Kontakt zum Versorgungssystem haben. In anderen Fällen lässt sich mit ihnen die Schwelle für eine herkömmliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung senken. Sie sind überall erreichbar und stehen rund um die Uhr zur Verfügung. Ihre Wirksamkeit wurde mittlerweile bei einer Reihe von psychischen Krankheitsbildern gezeigt.

Internetgestützte Interventionen können in verschiedenen Phasen der Erkrankung dazu beitragen, Symptome zu lindern und Belastungen zu reduzieren. Das Einsatzspektrum reicht von

universeller und gezielter Prävention für Risikogruppen (z. B. Anleitung für Selbstmanagementstrategien für belastete Patientengruppen) über psychotherapeutische Internet-Interventionen zur Überbrückung von Wartezeiten, als Ergänzung herkömmlicher Methoden (z. B. Vermittlung von Übungsaufgaben für Patienten mit Angststörungen zwischen Therapiesitzungen) bis hin zur Rückfallprophylaxe nach Abschluss einer Behandlung (z. B. Unterstützung durch Chatkontakte für rückfallgefährdete Patientengruppen).

Doch trotz ihres Potenzials stellen sich in Bezug auf die Onlineanwendungen grundlegende Fragen. Ärzte, Therapeuten und insbesondere die Nutzer sind häufig mit der Angebotsvielfalt überfordert. Dabei müssen sie in der Lage sein, wirksame und sichere Interventionen von solchen zu unterscheiden, die unzureichend untersucht und getestet bzw. unwirksam oder sogar schädlich sind. Noch fehlt es in Deutschland an verbindlichen Qualitätsstandards: Oftmals ist unklar, wer hinter den Angeboten steht und wie qualifiziert sie sind, wer in Krisen ansprechbar ist, wie viele persönliche Kontakte zwischen Patient und Behandler notwendig sind oder ob die Datensicherheit gewährleistet wird. Die Berufsordnungen für Ärzte und Psychotherapeuten erlauben die Anwendung zurzeit nur unter bestimmten Bedingungen, die Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen ist nicht geklärt.

Mit einer Reihe hochkarätiger Experten und über 150 Teilnehmern loteten die DGPPN und die Deutsche Gesellschaft für Psychologie e. V. (DGPs) deshalb auf einem gemeinsamen Hauptstadt-symposium in Berlin die Chancen und Risiken von internetgestützten Interventionen bei psychischen Problemen und Erkrankungen aus – und stellten eine Reihe von Kriterien und Rahmenbedingungen vor, welche von Programmen erfüllt werden müssen, bevor sie in der klinischen Praxis eingesetzt werden können. Ziel war es, sich über konkrete Maßnahmen zu verständigen, um diese Interventionen in der Regelversorgung von psychisch erkrankten Menschen in Deutschland zu etablieren – und dabei mögliche Risiken zu minimieren.

WAS WIR ÜBER DIE WIRKSAMKEIT WISSEN

Zahlreiche Metaanalysen und systematische Reviews belegen die Wirksamkeit von internetgestützten Interventionen für die Prävention und Behandlung vieler Erkrankungen, wobei Depressionen und Angststörungen besonders gut untersucht sind. Hier liegen mittlere bis große Effekte im Vergleich zu Wartezeiten- und anderen Kontrollgruppen vor. Die untersuchten Programme wirken schnell und langfristig – ebenso bei Nutzern, die starke Beschwerden zeigen. Auch im direkten Vergleich mit klassischer Psychotherapie zeigen einige Studien: Internetgestützte Interventio-



E-Mental-Health bietet die Chance, den aktuellen Versorgungsengpässen entgegenzuwirken, aber es stellen sich auch viele Fragen.

nen können vergleichbar wirksam sein. Dies gilt allerdings ausschließlich für angeleitete, d. h. therapeutenunterstützte Maßnahmen. Für welche Zielgruppen und Erkrankungen diese Interventionen besonders geeignet und wirksam sind, welche weiteren Einflussfaktoren die Wirksamkeit beeinflussen und wie die Teilnahmebereitschaft aufrechterhalten werden kann, muss allerdings weiter erforscht werden. Auch ist bislang wenig darüber bekannt, wie sich eine Face-to-Face-Behandlung mit internetgestützten Interventionen optimal kombinieren lässt, um z. B. die Wirksamkeit etablierter psychotherapeutischer Verfahren zu verbessern.

DIE RAHMENBEDINGUNGEN MÜSSEN STIMMEN

Um das Potenzial von internetbasierten Interventionen zu Lasten der Krankenversicherung umzusetzen, gilt es eine wichtige Voraussetzung zu erfüllen: Wirksame und sichere Interventionen müssen von solchen zu unterscheiden sein, die unzureichend untersucht bzw. unwirksam oder sogar schädlich sind. Bislang liegt kein Modell für eine

umfassende Evaluation vor. DGPPN und DGPs schlagen daher eine Reihe von Kriterien vor, anhand derer sich die Qualität und Eignung von internetbasierten Interventionen für die Behandlung von psychischen Erkrankungen prüfen lässt. Kernpunkte sind neben Wirksamkeit und Transparenz der Umgang mit Krisensituationen und den übermittelten vertraulichen Informationen, weshalb in Hinblick auf Datenschutz und -sicherheit bestmögliche Standards eingehalten werden sollten. Die Kriterien sollen in einem Konsensprozess diskutiert werden, an dem verschiedene ärztliche und psychologische Fachgesellschaften, die Kammern, die Krankenkassen und die Selbstverwaltung – nicht zuletzt auch die Nutzer – beteiligt sind. Auf dieser Basis könnte ein Zertifizierungsprozess angestoßen werden, an dessen Ende ein Qualitätssiegel stehen würde, aus welchem abzulesen ist, ob eine bestimmte Intervention empfehlenswert ist – oder nicht. Dabei muss transparent sein, ob und wie die Intervention wirkt, für welche Zielgruppe sie gedacht ist, welche Inhalte der Nutzer erwarten kann und wie die Intervention auf Krisensituationen reagiert.

PATIENTEN HABEN EIN RECHT AUF EFFEKTIVE UND SICHERE HILFE

Einig waren sich Experten darin, dass Patienten das Recht auf eine optimale Betreuung und Behandlung haben – auch mittels wissenschaftlich anerkannter internetgestützter Behandlungsmethoden. Diese müssen, sofern sie wirksam und sicher sind, allen Patienten zu Verfügung stehen und finanziert werden. Das Hauptstadtsymposium von DGPPN und DGPs hat wichtige Impulse für das Erreichen dieses Ziels gegeben, aber auch allen Beteiligten vor Augen geführt, dass noch viele Fragen ungeklärt sind.

DGPPN KONGRESS 2016

Plenarvortrag | Gerhard Andersson:
Internet-delivered psychotherapy –
As effective as regular therapy?
25.11.2016 | 12:00 bis 13:00 Uhr

DGPPN KONGRESS 2016

Hauptsymposium | Internetpsychotherapie:
Rechtliche Entwicklung, Stand der Evidenz
und Erfahrungen in Deutschland
25.11.2016 | 08:30 bis 10:00 Uhr

ENTGELT

PSYCHVVG: MINDESTPERSONALVORGABEN UND HOME-TREATMENT

Ende September 2016 fand im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages eine Anhörung von Sachverständigen zum Kabinettsentwurf des „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) statt. Die DGPPN hat insbesondere zur Ausgestaltung der verbindlichen Mindestpersonalvorgaben und des geplanten Home-Treatments Stellung bezogen.

Anfang des Jahres stellten die Koalitionspartner die Eckpunkte eines neuen Entgeltsystems für die Psychiatrie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Psychosomatik vor – mit ambitionierten Zielen: Leistungsorientierung und Transparenz, Förderung der sektorenübergreifenden Behandlung sowie Berücksichtigung regionaler Bedingungen und krankenhausespezifischer Besonderheiten. Die Verhandlungspartner vor Ort sollten gestärkt werden, um bedarfs- und leistungsgerechte Budgets zu vereinbaren. Gemessen an diesen Zielen blieb der Entwurf des Bundeskabinetts dann deutlich hinter den Forderungen und Erwartungen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbände zurück. Insbesondere, dass an einer empirischen Kalkulation von definierten Leistungen – d. h. auf durchschnittlicher Ist-Kosten-Basis der Kalkulationskrankenhäuser – festgehalten werden soll, wird kritisiert. Die DGPPN und die Plattform Entgelt hatten zuvor in ausführlichen Stellungnahmen auf die bezüglich der Umwandlung zu einem Budgetsystem erfolgskritischen Punkte hingewiesen.

DGPPN FORDERT AUSREICHENDE PERSONALSTRUKTUREN

In der Sachverständigenanhörung, an der DGPPN-Präsidentin Dr. Iris Hauth für die DGPPN und Vorstandsmitglied Professor Frank Schneider als Einzelsachverständiger teilnahmen, wurden das Umschwenken von einem Preis-Leistungssystem hin zu einem regionalen Budgetsystem sowie die Aufhebung der Konvergenz zu landeseinheitlichen



Therapeutische Hilfe ist nur mit ausreichend Personal möglich.

Preisen überwiegend positiv beurteilt. In der Kritik stand allerdings die Ausgestaltung der verbindlichen Mindestpersonalvorgaben, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bis zum Jahr 2020 ausarbeiten soll, und die geplante „stationsäquivalente Akutbehandlung im häuslichen Umfeld“, das sogenannte Home-Treatment.

Professor Schneider forderte, dass die Ausgestaltung der Personalvorgaben nicht beim G-BA liegen solle, sondern bei einer Expertenkommission, die beim Bundesgesundheitsministerium angesiedelt wird. Dr. Hauth betonte, dass zusätzlich zum Leitlinien- auch Expertenwissen benötigt werde, um die Personalvorgaben entwickeln zu können. Wichtig sei, in den Kliniken ausreichend Personal zur Verfügung zu haben und dieses auch ausfinanziert zu bekommen. Die Vertreterin des G-BA, Dr. Klakow-Franck versicherte, dass man sich bei der Ausgestaltung der Mindestvorgaben an der Systematik der Psychiatrie-Personalverordnung

(PsychPV) orientieren und eine empirische Studie in Auftrag geben wolle, um einen Überblick des Ist-Zustands in den Krankenhäusern zu bekommen. Begleitend werde es viele Workshops zusammen mit Experten geben.

Kontrovers diskutierten die Sachverständigen auch das im Gesetzesentwurf vorgesehene Home-Treatment für schwer psychisch Kranke durch spezielle Behandlungsteams als Krankenhausleistung bei Vorliegen einer Indikation für Krankenhausbehandlung.

Um die geplante Umsetzung des Gesetzes optimal zu begleiten und zu beraten, hat die DGPPN unter der Leitung von Iris Hauth und dem President Elect der DGPPN, Professor Arno Deister, Expertengremien zu den Themen Mindestpersonalvorgaben und Home-Treatment gebildet.

**DGPPN KONGRESS 2016**

Symposium I Das psychiatrische Entgeltsystem in seinen möglichen Auswirkungen
26.11.2016 | 08:30 bis 10:00 Uhr

VERSORGUNG

DEPRESSIONEN NOCH FRÜHER ERKENNEN UND BEHANDELN

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland. Rund 5,3 Millionen Menschen sind im Laufe eines Jahres betroffen. Ein Großteil von ihnen sucht sich zuerst Hilfe beim Hausarzt. Da die Krankheit eine besondere Herausforderung für Diagnostik und Therapie darstellt, finden auf dem DGPPN Kongress 2016 eine Reihe von interdisziplinären Fortbildungsveranstaltungen statt.

Depressionen wirken sich oftmals auf die gesamte Lebenssituation der Betroffenen aus und belasten auch Familie, Partnerschaft und Freundschaften. Oftmals kommen Probleme am Arbeitsplatz hinzu. Die Krankheit kann in jedem Lebensalter auftreten, wobei Frauen etwa doppelt so häufig betroffen sind wie Männer. Wird sie nicht rechtzeitig erkannt und konsequent behandelt, besteht die Gefahr einer Chronifizierung. Schwere Depressionen gehen mit einem erhöhten Suizidrisiko einher. Doch bei einer frühzeitigen Diagnose und einer leitliniengerechten Behandlung kann der großen Mehrzahl der Erkrankten dauerhaft und erfolgreich geholfen werden.

Allerdings ist dies nicht flächendeckend der Fall. Aktuelle Erhebungen zeigen, dass 18 Prozent der Menschen mit schweren Depressionen gar nicht behandelt werden. Gleichzeitig müssen diejenigen, die sich aktiv um eine Therapie

bemühen, sehr lange auf einen Termin bei einem Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder einem ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten warten. Zudem erhält nur jeder vierte Patient mit schweren Depressionen eine Behandlung, wie sie die wissenschaftlichen Leitlinien empfehlen.

HAUSÄRZTE MIT ZENTRALER ROLLE IN DER VERSORGUNG

Eine Vielzahl der Patienten wird durch ihre Hausärzte behandelt. Diese sind häufig nicht nur der erste Ansprechpartner, sie begleiten die Patienten oft auch lebenslang. Deshalb rückt die DGPPN in diesem Jahr auf ihrem Jahreskongress die Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen in der Hausarztpraxis erneut mit einem fachübergreifenden Fortbildungsschwerpunkt in den Vordergrund. Renom-

mierte Experten auf den Gebieten der psychischen Erkrankungen und der Allgemeinmedizin führen gemeinsam durch die Symposien. Neben Depressionen und Angststörungen stehen zum Beispiel die Behandlung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen oder die Frühdiagnostik von Demenzen im Vordergrund.

Darüber hinaus arbeitet die DGPPN gemeinsam mit Hausärzten momentan an einem Praxisleitfaden zu psychischen Erkrankungen in der Hausarztpraxis, welcher 2017 erscheinen und Diagnostik, Therapie und soziale Aspekte der wesentlichen Krankheitsbilder an Hand von Fragestellungen des hausärztlichen Alltags darstellen soll.

DGPPN KONGRESS 2016
„Schwerpunkt Hausarztpraxis“
25.–26.11.2016



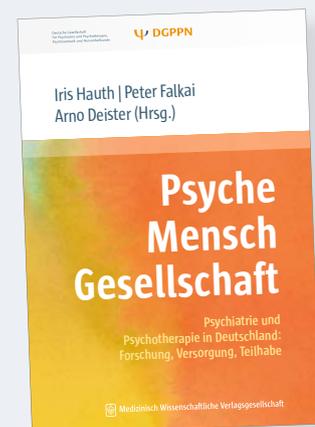
JETZT ERSCIENEN: DAS NEUE BUCH DER DGPPN

Das Fach Psychiatrie und Psychotherapie steht wie keine andere medizinische Disziplin in einem engen Verhältnis zu gesellschaftlichen, sozialen und politischen Entwicklungen. Die sich verändernden Lebensumstände schaffen neue Risikofaktoren und wirken sich auf die Verlaufsformen psychischer Erkrankungen aus. Sie eröffnen aber auch Chancen für die Versorgung und haben einen direkten Einfluss auf die Wahrnehmung und Akzeptanz psychisch erkrankter Menschen.

Psyche Mensch Gesellschaft greift diese komplexen Wechselwirkungen auf und setzt zu einer umfassenden Standortbestimmung an.

- Wo steht die Psychiatrie und Psychotherapie heute?
- Welche Erwartungen werden an sie gestellt?
- Was leistet sie und wo liegen ihre besonderen Stärken?

Jetzt überall im Buchhandel erhältlich



BERUFLICHE INTEGRATION

DGPPN STELLT NEUEN TEILHABEKOMPASS VOR

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen haben oftmals Schwierigkeiten, auf dem ersten Arbeitsmarkt unterzukommen. Die DGPPN stellt deshalb auf ihrem Jahreskongress Ende November einen neuen Teilhabekompass vor. Dieser bietet erstmals einen kompakten Überblick über die zahlreichen beruflichen Reha- und Integrationsmaßnahmen in Deutschland.

Arbeit und psychische Gesundheit sind eng miteinander verbunden. Eine regelmäßige Berufstätigkeit strukturiert den Alltag, ermöglicht Zugehörigkeit und bringt ein Einkommen. Soziale Anerkennung und gesellschaftliche Teilhabe basieren maßgeblich auf dem beruflichen Wirken. Die positiven Effekte von Arbeit auf den Krankheitsverlauf und die Lebenssituation von psychisch erkrankten Menschen sind wissenschaftlich klar belegt.

Doch insbesondere schwere psychische Erkrankungen sind auch heute noch mit erheblichen negativen Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbssituation der Betroffenen verbunden. Obwohl die meisten arbeiten möchten, ist die Arbeitslosigkeit in dieser Bevölkerungsgruppe überdurchschnittlich hoch. Von den Patienten mit einer schizophrenen Störung gehen zum Beispiel europaweit lediglich 10 bis 20 % einer regelmäßigen Erwerbstätigkeit nach, ein beträchtlicher Teil arbeitet unter geschützten Bedingungen. Psychische Erkrankungen sind heute der Hauptgrund für eine frühzeitige Verrentung.



Arbeit und psychische Gesundheit sind eng miteinander verbunden.

ANGEBOTE KOMMEN NICHT AUSREICHEND AN

Zwar existiert in Deutschland ein breites Angebot an beruflichen Reha- und Integrationsmaßnahmen, doch das System ist ausgesprochen kompliziert und unübersichtlich. Es basiert rechtlich auf unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern und ist an die stark zergliederte Versorgungskette aus Prävention, Akutbehandlung, Rehabilitation und Pflege gebunden. Darüber hinaus gehen die Leistungsträger angebotsorientiert vor: Sind die zugewiesenen Maßnahmen beendet, endet in der Regel auch die Zuständigkeit des Leistungsträgers. Die Folgen: zu wenig Effektivität bei der

beruflichen Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Insbesondere an der Schnittstelle der Akutbehandlung zur Rehabilitation fehlen einfach handhabbare und umsetzbare Möglichkeiten zur Steuerung im Teilhabesystem.

TEILHABEKOMPASS RICHTET SICH AN ÄRZTE UND THERAPEUTEN

Hier setzt der neue Teilhabekompass der DGPPN an: Er soll dabei helfen, die berufliche Integration psychisch erkrankter Menschen gleich zu Beginn der Behandlung zu initiieren. Damit ist auch das Ziel verbunden, berufliche Teilhabe im Rahmen integrativ und ganzheitlich angelegter Behandlungspfade anzusetzen, um so langfristig die Erwerbsunfähigkeit und soziale Ausgrenzung der Betroffenen zu reduzieren. Der Teilhabekompass richtet sich an alle Ärzte und Therapeuten, die erwachsene Menschen mit – insbesondere schweren – psychischen Erkrankungen behandeln. Er bietet erstmals einen Überblick über regelfinanzierte Leistungsanbieter und Maßnahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben in Deutschland nach dem 9. Sozialgesetzbuch (SGB IX). Darüber hinaus stellt der Teilhabekompass Modell- und Pilotprojekte mit ihren inhaltlichen und regionalen Besonderheiten vor, die sich nicht zwingend im Kontext der Regelfinanzierung nach SGB IX bewegen. Praktische Fallbeispiele erleichtern dabei die Orientierung.

TEILHABEKOMPASS DER DGPPN

Berufliche Integrationsmaßnahmen in Deutschland – insbesondere für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

www.teilhabeKompass.de



DGPPN KONGRESS 2016
Symposium | DGPPN-Teilhabekompass
24.11.2016 | 17:15 bis 18:45 Uhr

FORSCHUNG

KONTROVERSEN ÜBER KLINISCHE STUDIEN AN DEMENZKRANKEN

Mit einer Änderung des Arzneimittelgesetzes will die Bundesregierung Ausnahmemöglichkeiten für gruppennützige Forschung mit nicht-einwilligungsfähigen Menschen schaffen. Die DGPPN warnt davor, eine so sensible Neuregelung, welche die Patientenautonomie berührt, überstürzt zu treffen. Nachdem die Verabschiedung des Gesetzes im Bundestag mehrfach verschoben wurde, soll nun noch 2016 eine Entscheidung fallen.

Ende September hat der Gesundheitsausschuss des Bundestags die vierte geänderte Fassung des sogenannten Arzneimittelgesetzes (AMG) in fast allen Punkten gebilligt. Ausgenommen bleibt der seit Monaten diskutierte Passus zur umstrittenen Forschung an nicht-einwilligungsfähigen Patienten wie etwa Demenzkranken. Ein neuer Art. 40b soll regeln, dass eine klinische Prüfung mit nicht-einwilligungsfähigen Patienten, die nicht für den Betroffenen nützlich ist und ausschließlich einen Nutzen für die repräsentierte Bevölkerungsgruppe hat, bei Vorliegen einer spezifischen Patientenverfügung gestattet ist. Solche gruppennützigen oder fremdnützigen Studien sind in Deutschland derzeit nicht erlaubt. Mit der Neuregelung könnte die betroffene Person im noch einwilligungsfähigen Zustand eine Vorausverfügung in Form einer Patientenverfügung treffen, in der sie die Bereitschaft für die Teilnahme an gruppennütziger Forschung erklärt.

BREITER GESELLSCHAFTLICHER DIALOG NOTWENDIG

Die DGPPN unterstützt grundsätzlich die Bemühungen zu einer Intensivierung der Forschung, die auch die Behandlung und möglicherweise Heilung der Erkrankungen und Zustände ermöglicht, welche die Selbstbestimmungsfähigkeit einschränken. Angesichts der Sensibilität der betroffenen Persönlichkeitsrechte wirbt sie aber für einen breiten gesellschaftlichen Dialog über die vorgesehenen gesetzlichen Neuregelungen, denn insbesondere zur konkreten Ausgestaltung einer solchen Patien-



Ein neues Gesetz soll die Forschung an nicht-einwilligungsfähigen Patienten wie etwa Demenzkranken erlauben.

tenverfügung sind noch viele Fragen ungeklärt: Wie konkret und detailliert muss diese Patientenverfügung sein? Genügt ein allgemeiner Hinweis auf die Bereitschaft an Untersuchungen teilzunehmen oder bedarf es ausführlicher Angaben zu den Untersuchungen, an denen der Patient teilzunehmen bereit ist? Ist eine ärztliche Beratung vor Verfassen der Verfügung eine Bedingung?

VERABSCHIEDUNG DURCH WIDERSTAND VERSCHOBEN

Ursprünglich sollte der Bundestag die geplanten Änderungen noch vor der parlamentarischen Sommerpause verabschieden. Nachdem neben der DGPPN auch Ethiker, Kirchen und Behindertenverbände dagegen protestierten und sich im Parlament Widerstand regte, wurde die Vorlage mehrere Male von der Tagesordnung des Plenums genommen. Inzwischen liegen mehrere parteiübergreifende Änderungsanträge vor. Ein Antrag einer Gruppe um die frühere Gesundheitsministerin Ulla Schmidt

(SPD) schlägt vor, es bei der geltenden restriktiven Rechtslage zu belassen: Die Teilnahme an klinischen Prüfungen soll nur dann zulässig sein, wenn sie einen direkten Nutzen für die betroffene Person zur Folge hat, der die Risiken und Belastungen einer Teilnahme überwiegt. In den beiden anderen Änderungsanträgen würde die rein gruppennützige Forschung durch Probandenverfügungen erlaubt. Im Antrag der Gruppe um Karl Lauterbach (SPD) wird für die notwendige Einverständniserklärung des Probanden in noch klarem Geisteszustand eine ärztliche Beratung verlangt. Die Gruppe um Hilde Mattheis (SPD) sieht lediglich eine optionale ärztliche Beratung vor. Die Anträge wurden am 19. Oktober 2016 in einer Sachverständigenanhörung im Gesundheitsausschuss diskutiert. Die Verabschiedung durch den Bundestag wurde für November angekündigt.

DGPPN KONGRESS 2016

Diskussionsforum | Forschung mit Demenzpatienten und anderen nicht-einwilligungsfähigen Patienten
24.11.2016 | 10:15 bis 11:45 Uhr

LIFESTYLE, KÖRPERKULT, SUPERFOODS

WIE GESELLSCHAFTLICHE TRENDS DIE GESUNDHEIT BEEINFLUSSEN

Mit Clean Eating zur Traumfigur, die Low-Carb-Diät für das Sixpack: In der Ernährung jagt ein Trend den anderen. Alle versprechen sie Gesundheit und tolles Aussehen. Doch was gerade „in“ ist, kann auch krank machen. Bestimmte körperliche und psychische Erkrankungen stehen in direktem Zusammenhang mit gesellschaftlichen Entwicklungen. Allerdings gibt es noch kaum Forschung dazu.

Autor: Ulrich Voderholzer

Ob gesellschaftliche Veränderungen Auswirkungen auf die Prävalenz psychischer Erkrankungen haben, lässt sich nur schwer beantworten. Denn diese Veränderungen – vor allem wenn es um gesellschaftliche Werte und Einstellungen geht – vollziehen sich oft über Jahrzehnte hinweg und können daher nur unvollständig erfasst werden. Zudem setzt eine aussagekräftige und wissenschaftliche Beurteilung die Verwendung der gleichen Methodik der Messinstrumente über den gesamten Zeitraum voraus. Ähnlich verhält es sich mit epidemiologischen Untersuchungen zu psychischen Erkrankungen, bei denen sich die Methodik und auch die diagnostische Klassifikation im Laufe der Zeit verändert haben. Ein Blick auf die vergangenen Jahrzehnte zeigt, dass die Risikofaktoren für psychische Erkrankungen in Deutschland abgenommen haben. Deutlich gesunken ist z. B. die Gefahr, infolge von Krieg, Gefangenschaft und Vertreibung eine Traumatisierung zu erleiden. Auch die Risikofaktoren Armut und Arbeitslosigkeit sind heute weniger relevant. Gleichzeitig sind aber neue Risikofaktoren hinzugekommen: So hat der Leistungsdruck in der Schule, im Studium und in der Arbeitswelt zugenommen, die familiären Strukturen haben sich verändert und neue, teilweise ungesunde Schönheitsideale werden durch die Medien rasend schnell verbreitet. Inwieweit diese einzelnen Faktoren einen Einfluss auf die Häufigkeit psychischer Erkrankungen haben, ist bisher kaum erforscht. Sicher ist, dass die Zahl der Krankschreibungen und Frühberentungen aufgrund von psychischen Erkrankungen angestiegen ist. Nicht belegt ist jedoch, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen in den vergangenen Jahrzehnten angestiegen ist, wenngleich die administrativen Daten der Krankenkassen eine massive Zunahme der Inanspruchnahme des Versorgungssystems aufgrund psychischer Krankheitsbilder zeigen [1].

ERNÄHRUNG UND KÖRPERBILD HABEN SICH GRUNDLEGENDE VERÄNDERT

Zu besonders deutlichen Veränderungen ist es seit Mitte des letzten Jahrhunderts in Bezug auf Ernährungsverhalten und Einstellung gegenüber dem Körper gekommen. Noch in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts waren Nahrungsmittel – infolge der Kriege – für viele Menschen rar. Nur wenige Jahre später hatte sich die Situation grundlegend verändert: Nahrungsmittel sind heute im Überfluss vorhanden, für jedermann erhältlich und erschwinglich. Diese Entwicklung lässt sich nicht nur in Deutschland, sondern in allen modernen Industriegesellschaften beobachten.

Die Zunahme und mittlerweile exzessive Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln und Genussmitteln geht auch mit massiven Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit einher. Übergewicht und Adipositas haben in der Bevölkerung stark zugenommen. Fast jeder vierte Erwachsene leidet heute an Fettleibigkeit [2]. Besonders dramatisch ist dabei der Anstieg von Adipositas bei Kindern. Eine Trendwende ist nicht in Sicht.

Parallel zum Anstieg der Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln nahmen auch die Essstörungen stark zu. Die Inzidenz für die Ersthospitalisierung von Magersucht ist gut dokumentiert [3]. Auch in jüngster Zeit gibt es Hinweise für steigende Behandlungszahlen [4], wenngleich nicht erwiesen ist, dass es zu einer weiteren Zunahme der Häufigkeit dieses Krankheitsbildes insgesamt gekommen ist. Ähnlich wie bei Depressionen gibt es jedoch klare Hinweise für einen Rückgang des Erst-Erkrankungsalters [5].

Außer Zweifel steht, dass die Zunahme von Adipositas und Essstörungen in engem Zusammenhang mit dem Nahrungsüberfluss steht. Denn in Gesellschaften, in denen Nahrungsmangel herrscht, kommen Essstörungen so gut wie nicht vor. Evolutionär gedacht ist es sinnvoll, bei hoher Verfügbarkeit von Nahrung auch mehr Nahrung aufzunehmen als für den



Hauptsache vegan und clean: Für manche Menschen wird ihre Ernährung schon fast zu einer Ersatzreligion.

täglichen Bedarf erforderlich. Über Jahrtausende folgten auf Phasen von Nahrungsüberfluss in der Regel auch Phasen von Nahrungsmangel: Wer in den guten Zeiten gut vorsorgte und mehr Nahrung zu sich nahm, hatte in schlechten Zeiten bessere Überlebenschancen. Die Zunahme von Übergewicht und Adipositas in einer Gesellschaft mit permanentem Nahrungsüberfluss ist daher nicht verwunderlich und eine natürliche Folge der genetischen Programmierung des Menschen.

WIE HÄNGEN NAHRUNGSÜBERFLUSS UND ESSTÖRUNGEN ZUSAMMEN?

Esstörungen haben vielfältige Ursachen. Wie bei praktisch allen psychischen Erkrankungen spielen genetische Faktoren eine wichtige Rolle. Unbestritten ist allerdings, neben anderen psychologischen Faktoren, dass die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, d. h. ein negatives Körperbild, und die Rolle von Diäten einen großen Einfluss haben. Die Bella-Studie, das Modul zur psychischen Gesundheit und Lebensqualität des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS), konnte diesen Zusammenhang insbesondere für Mädchen und Jungen im Kindesalter nachweisen. Demnach sind Mädchen noch deutlich häufiger betroffen als Jungen. Die Zufriedenheit mit dem Aussehen und dem eigenen Körper spielt für das Selbstwert-

gefühl eine bedeutsame Rolle, wobei dieser Zusammenhang bei Frauen noch stärker ausgeprägt ist als bei Männern. Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, insbesondere das Gefühl, dick zu sein, ist ein häufiger Auslöser für Diäten. Zudem ist erwiesen, dass diese ein häufiger und typischer Auslöser für die Entwicklung einer Essstörung sind.

Diäten bewirken über Selbstbestätigung und anfänglich vermehrte Anerkennung von außen eine positive Verstärkung und setzen nicht selten einen Teufelskreis in Gang, aus dem die Betroffenen ohne professionelle Hilfe nicht mehr herauskommen. Es wäre daher eine wichtige präventive Maßnahme, auf das Risiko von Diäten hinzuweisen. Vor diesem Hintergrund ist es umso problematischer, wenn in der Öffentlichkeit Idealbilder eines übermäßig schlanken Körpers propagiert werden, denen wenige Mädchen und Jungen entsprechen. In den Medien, der Werbung oder der Modebranche wird Schlankeheit immer wieder mit Attraktivität und Erfolg gleichgesetzt. Das in der Gesellschaft geltende Schönheitsideal und das negative Image von Menschen mit Übergewicht spielen bei der Verursachung von Essstörungen eine große Rolle. Verbunden mit Diäten oder kontrolliertem Essverhalten kann somit das Schönheitsideal ein Auslöser für Essstörungen sein. Ein Beispiel ist die Sendung *Germany's next top Model*, die 60 bis 80 % der Mädchen im vulnerablen Alter für Essstörungen zumindest gelegentlich sehen: Hier wird ein sehr eng gestecktes Schönheitsideal der Frau – mit bestimmter Körpergröße und Figur – vermittelt.

Obwohl der negative Einfluss eines übertriebenen Schlankeheitsideals auf Mädchen und junge Frauen hinlänglich bekannt ist, hat sich in Deutschland bezüglich dessen Vermittlung in den Medien noch nichts geändert. Anders in anderen Ländern: Nach Israel und Spanien hat nun auch Frankreich ein Gesetz verabschiedet, das den Auftritt untergewichtiger Models in der Modebranche verbietet. Ärzte und Therapeuten, die sich um Betroffene mit Essstörungen kümmern, stehen hier vor einer anspruchsvollen Aufgabe. Sie müssen Mädchen und jungen Frauen vermitteln, dass es wichtigere Ziele im Leben gibt, als einen perfekten, dünnen Körper zu haben. Sie sollten ihnen deshalb dabei helfen, ein positives und stabiles Selbstwertgefühl aufzubauen, das sie befähigt, sich von unrealistischen und potentiell krankmachenden Idealbildern zu distanzieren.

KÖRPERBILD UND KÖRPERKULT BEI JUNGEN UND MÄNNERN

Auch bei Männern hat die Bedeutung des Körpers deutlich zugenommen: Ein perfekt gestyler Körper wird heute auch mit beruflichem Erfolg assoziiert. Während bei Frauen vor allem das Idealbild des überaus schlanken Körpers im Vordergrund steht, kommt es bei Männern vor allem auf Muskeln an. Der Gang ins Fitnessstudio, der tägliche Drill des eigenen Körpers und spezielle Ernährungsprogramme gehören heute für viele männliche Jugendliche zum Alltag. Die Bedeutung dieses The-



Ein perfekt gestylter Körper: Immer mehr Männer setzen sich wegen ihres Aussehens unter Druck.

mas zeigt sich auch am Erfolg von Männerzeitschriften wie *Men's Health*, in denen solche Themen prominent adressiert werden. Auch wenn es an vergleichenden Studien über Jahrzehnte hinweg fehlt, gibt es eine Reihe von Hinweisen, dass Sorgen über Figur und Essprobleme bei Jungen und Männern deutlich zugenommen haben.

DER ZWANG, GESUND ZU ESSEN

Orthorexie bezeichnet ein Störungsbild, bei dem die Betroffenen in zwanghafter und übertriebener Weise nur bestimmte Nahrungsmittel zu sich nehmen, die für sie gesund und akzeptabel sind. Die Ernährung ist strengen Regeln unterworfen. Zu Recht ist das Krankheitsbild bislang keine in den Klassifikationssystemen anerkannte Diagnose. Hierfür sind entsprechende Forschung zu klaren Definitionen des Störungsbildes und Abgrenzung von anderen Formen von Essstörungen erforderlich. Die Orthorexie hat in den vergangenen Jahren jedoch eine enorme mediale Aufmerksamkeit erlangt, weil das entsprechende Verhalten offensichtlich immer häufiger beobachtet wird. Doch wo verläuft die Grenze zwischen krank und gesund? Wie bei allen psychischen Erkrankungen sind auch hier der Leidensdruck und die Folgen für die Lebensqualität entscheidend. In der Praxis gibt es viele Menschen, deren Leben infolge eines zwanghaften Essverhaltens sehr stark eingeengt ist, mit hoher Belastung für Partnerschaft und Sozialkontakte.

In gewisser Weise lässt sich nachvollziehen, dass der Wunsch nach der richtigen Ernährung immer wichtiger wird. Zahlreiche Lebensmittelskandale, eine undurchsichtige Nahrungsmittelindustrie und die Vielzahl an Zusatzstoffen in den Lebensmitteln haben das Vertrauen vieler Konsumenten erschüttert. Eine Ernährung nach bestimmten Regeln kann angesichts dieser Verunsicherung kurzfristig das Gefühl von Sicherheit und Kontrolle geben. Dabei geht es ja auch um die Orientierung in einer immer komplexeren Welt. Für viele Menschen scheint das Thema der richtigen Ernährung schon fast zu einer Art Ersatzreligion zu werden, die etwas Identität stiftet und daher auch mit missionarischem Eifer vertreten wird.

VEGANISMUS UND ANDERE NEUE TRENDS

Ein klares Indiz für die Verunsicherung in Bezug auf die richtige Ernährung sind auch die zahlreichen Ernährungstrends, die zudem eine enorme Aufmerksamkeit erlangen. Ein Beispiel: Veganes Ernährungsverhalten existiert schon sehr lange, doch vor 20 Jahren war es in Deutschland noch eine Seltenheit. Heute ist das Thema in fast jedem Supermarkt und fast allen Restaurants präsent. Was sind die Gründe für diese enorme Verbreitung? Sicherlich spielen ethisch-moralische Gründe bei einem Teil der Menschen eine Rolle. Diese können aber das Phänomen nicht allein erklären. Viele Menschen sind auch davon überzeugt, sich vegan gesünder zu ernähren. Es gibt allerdings keine wissenschaftlichen Belege, dass vegane Ernährung tatsächlich gesünder ist. Im Gegenteil: Es besteht z. B. ein gewisses Risiko für unzureichende Eisenaufnahme.

SUPERFOODS, CLEAN EATING, DETOX, FUNCTIONAL FOOD

Natürlich hat auch die Nahrungsmittelindustrie erkannt, dass sich mit den neuen Trends Geschäfte machen lassen. Es gibt eine ganze Reihe weiterer neuer Ernährungstrends, die aktuell Verbreitung finden. Beispiele sind die Low-Carb-Diät, Paleodiät, Superfoods oder das Clean Eating. Beim Clean-Eating geht es vor allem darum, Nahrungsmittel natürlich belassen und frisch zubereitet zu essen sowie möglichst sechs kleine Mahlzeiten über den Tag verteilt zu essen, um den Stoffwechsel aktiv zu halten und übermäßigen Hunger zu vermeiden. Gegessen werden vor allem Gemüse, Obst, Salat, Vollkornprodukte, fettarmes Eiweiß wie Fleisch und Fisch, während Fast Food, Fertiggerichte und Lebensmittel mit Zusätzen gemieden werden.

Hinter dem Begriff „Detox“-Ernährung verbirgt sich der Gedanke, dass der Körper durch falsche Ernährung „vergiftet“ ist und durch eine bestimmte Ernährungsweise entgiftet werden kann, z. B. durch Fasten, verminderte Fett- und Kalorienaufnahme, Saftkuren und ähnliches. Unter Functional Food versteht man Nahrungsmittel, die mit zusätzlichen Inhaltsstoffen angereichert sind und mit positiven Effekten auf die Gesundheit

beworben werden, z. B. „probiotische“ Joghurts mit Bakterienkulturen. Auch hier gibt es keine hinreichenden wissenschaftlichen Belege für einen relevanten Nutzen für die Gesundheit. Der Begriff Super-Foods war vor einiger Zeit noch gänzlich unbekannt und stammt aus den USA. Mittlerweile hat er eine starke Verbreitung in sozialen Netzwerken gefunden. Mit dem Begriff sind Nahrungsmittel gemeint, die eine besonders hohe Dichte an Nährstoffen, Enzymen und sekundären Pflanzenstoffen aufweisen wie bestimmte Tees, Samen oder Beeren aus dem asiatischen Raum (zum Beispiel Chia-Samen).

DIE WACHSENDE BEDEUTUNG VON NAHRUNGSMITTELALLERGIEN

Während auf der einen Seite eine besonders gesunde Ernährung propagiert wird, wächst die Bedeutung verschiedener Nahrungsmittelallergien. Besonders häufig begegnet man Gluten-Unverträglichkeit, Laktose- und Histamin-Intoleranz. Allergien und Unverträglichkeiten treten heute scheinbar häufiger auf als früher. Die Lebensmittelindustrie hat darauf mit einer wahren Flut von „Frei von“-Produkten reagiert – ein Vorteil für diejenigen, die tatsächlich an Zöliakie (Gluten-Unverträglichkeit) oder an einer Laktose-Intoleranz leiden. Fakt ist aber auch, dass viele Menschen diese Produkte kaufen, obwohl sie gar nicht betroffen sind. Ca. 30 % der Deutschen behaupten, an Lebensmittelunverträglichkeiten oder Allergien zu leiden. Darüber hinaus verzichten 81 % freiwillig auf gewisse Lebensmittel aus dem Gefühl heraus, diese Nahrungsmittel nicht zu vertragen, wie eine Studie des Marktforschungsinstituts Targeted ergeben hat. Leider hat auch hier die Industrie das Potenzial erkannt, wie sich mit Ängsten und Verunsicherung der Bevölkerung Geld verdienen lässt. Ein aufgrund wissenschaftlicher Daten häufiges Phänomen ist dabei die Laktose-Intoleranz, während die durch genetische Faktoren verursachte Zöliakie tatsächlich eine seltene Erkrankung darstellt. Nicht selten begeben sich heute junge Menschen in Behandlung, die aufgrund vermuteter multipler Nahrungsmittelallergien einem streng selektierten Speiseplan folgen, untergewichtig und verängstigt sind. Stets muss eine objektive Überprüfung tatsächlicher Unverträglichkeiten entsprechend der gängigen Leitlinien erfolgen.

WAS FOLGT DARAUS?

Gerade im Bereich der Ernährung lässt sich eine Vielzahl an gesellschaftlichen Trends beobachten, die in den letzten Jahren große Bedeutung erlangt haben. Nicht immer müssen sie negative Folgen auf die körperliche und psychische Gesundheit haben. Gesunde Ernährung und ausreichend Bewegung stellen schließlich wichtige Faktoren in der Prävention dar. Statistisch gesehen, gibt es in der Bevölkerung deutlich mehr Personen, die sich ungesund ernähren und zu wenig oder kaum Sport treiben, als solche, die in krankhafter oder übertriebener Weise auf

exzessives Sport- und Bewegungsverhalten oder zwanghafte Ernährungsgewohnheiten fixiert sind. Gleichzeitig führen die gegenwärtigen gesellschaftlichen Trends auch dazu, dass sich die Menschen für ihre Gesundheit vermehrt mit der Bedeutung von Ernährung und körperlicher Aktivität auseinandersetzen. Auf der anderen Seite besteht die Gefahr einer exzessiven Beschäftigung und Einengung auf Verhaltensweisen, die krank machen können. Auch das übertriebene Propagieren idealer Körperbilder stellt ein Risiko für die Entwicklung eines gesunden Selbstwertgefühls dar.

Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, dass Ärzte und Therapeuten wissenschaftlich fundiert vor den Risiken warnen und belastbare Fakten aufzeigen. Dazu gilt es, unabhängige wissenschaftliche Untersuchungen zur Ernährung stärker zu fördern. Eine besondere Herausforderung stellen dabei Aufklärung und Prävention dar. Kinder und auch ihre Eltern benötigen leicht verständliche Information zu einer ausgewogenen Ernährung. Daheim und an den Schulen sollte aber auch über eine gesunde Einstellung zum eigenen Körper gesprochen werden. In der Verantwortung stehen dabei auch die Medien: Sie sollten nicht weiter falsche Schlankeitsideale propagieren dürfen und stattdessen auf die Gefahr von Diäten und sehr selektivem Essverhalten aufmerksam machen. Die Magersucht ist unter allen psychischen Erkrankungen diejenige mit der höchsten Mortalität. Daher ist die Früherkennung und Intervention von Essstörungen, aber auch allen anderen seelischen Erkrankungen eine Herausforderung, um eine schnelle Genesung erreichen zu können und Chronifizierungen zu vermeiden.

PROF. DR. MED. ULRICH VODERHOLZER

Ärztlicher Direktor/Chefarzt der
Schön Klinik Roseneck

LITERATUR

1. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2014) <http://www.gbe-bund.de>. Zugriffen: 15.07.2016
2. Mensink GBM, Schienkiewitz A, Haftenberger M, Lampert T, Ziese T, Scheidt-Nave C (2013) Übergewicht und Adipositas in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt 56(5/6):786–794
3. Currin L, Schmidt U, Treasure J, Jick H (2005) Time trends in eating disorder incidence. Br J Psychiatry 186:132–135
4. Keski-Rahkonen A, Mustelin L (2016) Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. Curr Opin Psychiatry 29(6):340–345
5. Favaro A, Caregario L, Tenconi E, Bosello R, Santonastaso P (2009) Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. J Clin Psychiatry 70(12):1715–21



DGPPN KONGRESS 2016

Hauptsymposium I Lifestyle, Körperkult, Superfoods – der Einfluss gesellschaftlicher Trends auf die psychische Gesundheit
24.11.2016 | 17:15 bis 18:45 Uhr

GEHIRNENTWICKLUNG

DIGITALISIERUNG: RISIKEN UND NEBENWIRKUNGEN

Junge Menschen verbringen in Deutschland doppelt so viel Zeit mit digitalen Medien wie mit dem Schulstoff. Dass diese intensive Mediennutzung auch Risiken birgt, wird kaum diskutiert. Kurzsichtigkeit, Schlafdefizite und süchtiges Verhalten sind nur einige der Nebenwirkungen. Wie in der Medizin üblich, sollte deshalb auch beim Gebrauch von Informationstechnik eine Abwägung von Nutzen und unerwünschten Effekten stattfinden. Gleichzeitig wären unbedingt Regeln für ihren Gebrauch nötig.

Autor: Manfred Spitzer

Die digitale Informationstechnik – Computer und Tablette, TV und DVDs, Spielekonsolen und Smartphones – durchdringt mittlerweile nahezu alle Aspekte unseres Lebens: die Arbeit, die Freizeit und in besonderem Maße die Bereiche Bildung und Medizin. Zugleich werden die Nutzer immer jünger: Der Anteil der Smartphone-Nutzer unter den 12- bis 13-jährigen in Deutschland beträgt 85 %. Bekamen Kinder ihr erstes Smartphone vor wenigen Jahren noch beim Übertritt ins Gymnasium oder zur Konfirmation, später dann zur Einschulung oder spätestens zur Erstkommunion, so erhalten es heute manche schon im Kindergarten.

Die Wirkungen digitaler Informationstechnik auf die Produktivität der Wirtschaft oder auf die Freizeitgestaltung sind bestens bekannt. Anders sieht es bei den Risiken und Nebenwirkungen aus: Zwar liegen Studien zu den negativen Auswirkungen übermäßigen Fernseh- oder Computerkonsums seit längerer Zeit vor, Untersuchungen zur Smartphone-Nutzung sind jedoch neu und noch wenig bekannt. In den kommenden Monaten wird erwartet, dass die Zahl der verkauften Geräte die der Weltbevölkerung übersteigt. Dies macht es notwendig, deren unerwünschten Effekte gerade bei jungen Menschen, deren Gehirne sich noch in Entwicklung befinden und daher besonders empfindlich für Störungen sind, medizinisch-wissenschaftlich zu untersuchen.

Nach dem gegenwärtigen Wissensstand schadet die digitale Informationstechnik bei unkritischer Verwendung der körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Entwicklung junger Menschen nachweislich. Sie kann Bewegungsmangel, Übergewicht, Schlafmangel, Sucht, Stress, hohen Blutdruck, Aufmerksamkeitsstörungen, Ängste, Aggressivität, Depression (einschließlich Selbstverletzungen und Suizidgedanken), Risikoverhalten oder Schulversagen verursachen und die Empathiefähigkeit vermindern.

Das Jugendwort des Jahres 2015 *Smombie*, die Zusammensetzung aus *Smartphone* und *Zombie* – ein seiner Seele beraubter willenloser Mensch – zeigt, dass die jungen Menschen selbst diese von der Wissenschaft beschriebenen Phänomene thematisieren.

GEFAHR VON KURZSICHTIGKEIT

Der übermäßige Gebrauch von Smartphones führt bei Kindern und Jugendlichen zu *Kurzsichtigkeit*. Dies liegt daran, dass das Längenwachstum des Augapfels beim Menschen im zweiten Lebensjahrzehnt genau so lange erfolgt, bis das Auge beim Blick in die Weite scharf sieht. Wie Studien an Hühnern (Küken), Fischen, Mäusen, Hasen, Meerschweinchen und Affen zeigten, ist dies ganz generell der Fall und wird durch den Neurotransmitter Dopamin geregelt – wie dies genau geschieht, ist bis heute nicht endgültig geklärt. Fokussiert man nun vor allem im Nahbereich, bei Betrachtung des kleinen Bildschirms vom Smartphone mit kurzem Abstand, so wird das Auge zu lang, weil sich die Strahlen vom Bildschirm erst „weiter hinten“ schneiden und das Auge versucht, durch Längenwachstum ein scharfes Bild zu erzeugen. Halten sich Kinder und Jugendliche dagegen vor allem draußen auf und blicken in die Weite, stimmt der Fokus und das Auge hört früher mit dem Längenwachstum auf.

Auch das Lesen von Büchern führt zu diesem Effekt, fällt jedoch bei durchschnittlich etwa 15 Minuten pro Tag bei Jugendlichen in Deutschland kaum ins Gewicht. Da aber 85 % aller jungen Menschen mehrere Stunden am Tag das Smartphone nutzen, könnte dies zu einer Kurzsichtigkeitsepidemie führen. Schon heute ist der Anteil der Kurzsichtigen bei den 15- bis 19-jährigen höher als bei allen höheren Altersgruppen und liegt in Europa bei etwa 30 %; in China schon bei etwa 80 % und in Südkorea, dem Land mit der weltweit besten digitalen Infrastruktur, bei über 90 %.



Chatten, surfen, spielen: Wer nur noch online ist, schadet seiner Gesundheit.

SCHLAF UND SCHULE LEIDEN

Unter Jugendlichen ist der Trend zu weniger Schlaf schon seit längerer Zeit zu beobachten: Sie gehen relativ spät zu Bett, weisen eine vergleichsweise lange Einschlafzeit und eine kurze Schlafdauer von etwa 6,5 Stunden auf, was in einem täglichen *Schlafdefizit* von rund zwei Stunden resultiert. Wie große Studien zeigen, besteht gegenwärtig insbesondere der Trend, in der Stunde vor dem Schlafengehen nochmals ein digitales Endgerät zu verwenden, um z. B. Einträge auf *WhatsApp* und *Facebook* anzusehen oder SMS zu schreiben. Das von LCD-Bildschirmen emittierte Blaulicht unterdrückt die abendliche Freisetzung des Schlafhormons Melatonin und verstellt die innere Uhr, die am nächsten Morgen nachgeht. Dies sorgt am Folgetag für eine erhöhte Müdigkeit. Davon betroffen sind über 90 % der Smartphonebesitzer. Die Auswirkungen des Schlafdefizits in den Bildungseinrichtungen kommen daher einer Bildungskatastrophe gleich, die mittlerweile zwar von sehr vielen Lehrern und Eltern bemerkt wird, gegen die jedoch bislang keine wirksamen Maßnahmen eingeleitet wurden.

DIGITALE MEDIEN KÖNNEN SÜCHTIG MACHEN

Digitale Medien haben ein erhebliches *Suchtpotential*. Dies liegt am schier unstillbaren Bedürfnis aller Menschen, am Schicksal anderer Menschen teilzuhaben – schon Aristoteles bezeichnete den Menschen als *Zoon politikon*, d. h. „Gemeinschaftstier“. Wir haben nicht nur Hunger nach Nahrung, sondern auch nach sozialer Information, mit der wir unser Gehirn „füttern“, um besser in der Gemeinschaft klar zu kommen. Soziale Onlinemedien befriedigen diesen Hunger so, wie Popcorn den Hunger nach Nahrung stillt: mit Luft und „leeren“ Kalorien. Wie mehrere Studien zeigen, kann die Nutzung sozialer Onlinemedien depressiv und unzufrieden machen, weil unser Bedürfnis nach Nähe und Gemeinschaft durch sie nicht befriedigt wird. Zugleich entsteht süchtiges Verhalten, was ebenfalls durch die methodische Verwendung eigens entwickelter Skalen zur Smartphone- und *Facebook*-Sucht nachgewiesen werden konnte.

Das Wissenschaftsministerium in Süd-Korea gibt den Anteil der Smartphonesüchtigen unter den 10- bis 19-jährigen jungen

Menschen mit über 30 % an und hat deshalb ein Gesetz verabschiedet, das die Smartphonennutzung von Menschen unter 19 Jahren einschränkt und reglementiert. Dazu wird Software verwendet, die den Zugang zu Pornographie und Gewalt blockiert, die Nutzungszeit registriert und den Eltern meldet, wenn bestimmte Wörter – „Selbstmord“, „Schwangerschaft“, „Mobbing“ – ins Smartphone eingegeben wurden. Zudem erfahren die Eltern ebenfalls, wenn der tägliche Smartphonegebrauch, der in Süd-Korea im Durchschnitt in der genannten Bevölkerungsgruppe bei 5,4 Stunden täglich liegt, ein bestimmtes Maß überschreitet.

*DAS SMARTPHONE MACHT
NIEMANDEN SMART,
ABER ES BEWIRKT,
DASS BEI DENEN,
DIE OHNEHIN PROBLEME
IN DER SCHULE HABEN,
DIE LEISTUNGEN NOCH
SCHLECHTER WERDEN.*

Diese Beispiele machen deutlich, dass der Gebrauch des Smartphones Risiken birgt, die gesamtgesellschaftlich relevant sind. Dabei sind das epidemieartige Auftreten von Kurzsichtigkeit, Tagesmüdigkeit und Sucht keineswegs die einzigen negativen Folgen des Smartphonegebrauchs junger Menschen, wie eine immer größere Anzahl wissenschaftlicher Untersuchungen eindeutig belegt.

Im Einzelnen wurde in den vergangenen drei Jahren für Smartphones nachgewiesen, dass ihre Nutzung zu Sucht, Depressionen, Ängsten, Lebensunzufriedenheit, Aufmerksamkeitsstörungen, Schlafstörungen, Persönlichkeitsstörungen, vermehrter Aggressivität, einer Verminderung von Mitgefühl und Empathie und mit alledem verbunden zu vermehrter Einsamkeit führen kann. Auf der körperlichen Ebene können Bewegungsmangel und Haltungsschäden, Bluthochdruck, Übergewicht, und eine Neigung zur Zuckerkrankheit entstehen. Smartphonennutzung führt sowohl beim Straßen- als auch beim Geschlechtsverkehr zu risikoreicherem Verhalten, d. h. zu Unfällen durch Unachtsamkeit und zu ungeschütztem Verkehr durch Gelegenheitssex – via sogenannter *geosocial networking apps* wie *Tinder* oder *Grindr*. Auch in Deutschland nimmt daher die Häufigkeit von Geschlechtskrankheiten seit fünf Jahren kontinuierlich zu.

Wie bereits anhand der Beispiele demonstriert, sind die genannten Auswirkungen der übermäßigen Smartphonennutzung auf die Gesundheit junger Menschen vor allem deswegen so bedeutsam, weil es um nahezu alle, d. h. eine ganze Generation geht. Betroffen sind dabei nicht nur die Gesundheit, d. h. die körperliche und seelische Unversehrtheit der jungen Generation, sondern auch deren *Bildung*: Smartphones beeinträchtigen die Gehirnentwicklung, die Aufmerksamkeit, das Lernen und damit die Bildungskarriere eines Menschen. Ihre Nutzung schadet, wie mittlerweile klar belegt wurde: Je häufiger Jugendliche ein Smartphone nutzen, desto schlechter sind ihre schulischen Leistungen. Umgekehrt führt die Einführung eines Verbots von Mobiltelefonen an Schulen zu einer Verbesserung der schulischen Leistungen, wie eine britische Studie an mehr als 130.000 Schülern zeigen konnte. Das Besondere daran: Man fand zudem heraus, dass besonders die schwachen Schüler vom Smartphoneverbot profitierten. Das Smartphone macht also niemanden smart, aber es bewirkt bei denen, die ohnehin Probleme in der Schule haben, dass die Leistungen noch schlechter werden. Die Behauptung, dass digitale Informationstechnik zu mehr Bildungsgerechtigkeit führe, ist nachweislich falsch, wie mittlerweile mehrere Untersuchungen gezeigt haben.

DIE WILLENSBILDUNG BLEIBT AUF DER STRECKE

Zu den bislang kaum untersuchten aber zugleich sehr schwerwiegenden Auswirkungen des Smartphones gehört dessen *Beeinträchtigung der Willensbildung*. Der Personalchef eines großen deutschen Technologiekonzerns beschrieb dieses Problem schon vor einigen Jahren wie folgt: „Wissen Sie, Herr Spitzer, dass unsere angehenden Lehrlinge keine Prozent- oder Bruchrechnung mehr können, ist ja nicht das Problem – das können wir ihnen beibringen. Das wirkliche Problem ist: Die jungen Leute WOLLEN nichts mehr!“

Wie konnte dies geschehen? Grundsätzlich entwickeln sich Gehirnfunktionen von Kindern und Jugendlichen durch ihre Nutzung. Die Gehirnzentren für das Laufen oder das Sprechen sind zwar zum Zeitpunkt der Geburt schon vorhanden, müssen jedoch trainiert werden, um ihre Funktion auszubilden. Beim Laufen richtet sich ein kleines Kind auf und balanciert auf zwei Beinen bis es wieder auf allen Vieren landet. Viele solcher Versuche bewirken schließlich, dass das motorische Areal im Gehirn die richtige Anzahl von Impulsen an die richtigen Muskeln sendet, um die Balance dauerhaft zu halten. Das Laufen lernt man also „von Fall zu Fall“.

Wichtig dabei ist, dass man hier eine allgemeine Fähigkeit anhand einzelner Erfahrungen lernt. Nicht anders ist es beim Erlernen des Sprechens: Schon das Neugeborene reagiert anders auf die Laute der Muttersprache als auf andere Sprachlaute, und auf Sprachlaute anders als auf andere, nicht-sprachliche Töne oder Geräusche, weil es die Stimme der Mutter schon im Mutterleib gehört hat. Ab der Geburt sprechen alle möglichen

Menschen mit dem kleinen Kind, und so lernt es sprechen.

Ebenso wie mit dem Laufen oder dem Sprechen verhält es sich mit dem *Wollen*; auch dies ist das Ergebnis eines Lernprozesses: Ein junger Mensch will ständig etwas, weil er Spaß daran hat, etwas zu tun: Toben, Klettern, Malen, Singen oder Fußball spielen. Es geht hier jeweils darum, ein Ziel zu haben, eine Handlung zu beginnen, sie über einen Zeitraum hinweg zu verfolgen und durchzuhalten, bis das Ziel erreicht ist. Wer auf einen Baum klettern will, der hat seinen Spaß, wenn er oben ist. Hat er sein Ziel erreicht, freut er sich und ist stolz. Das Ziel vor Augen und die Vorfreude darauf helfen ihm dabei, durchzuhalten. Beim Singen eines Liedes oder Malen eines Bildes ist das nicht anders.

So lernt er in tausenden solcher Erfahrungen nicht nur das Klettern, Singen und Malen, sondern vor allem das, was all diesen Tätigkeiten zugrunde liegt: Das planvolle Ausführen einer Handlung, die ein Ziel verfolgt, das man sich selbst vorgenommen hat. Kurz, man bildet seine Willenskraft aus: Ich habe mir etwas vorgenommen und kann es auch erreichen. Das Wollen und unabgelenkte Durchhalten wird also genau so trainiert wie das Laufen: in tausenden kleinen Schritten.

Aufmerksames Durchhalten, sein Ding zu machen (wie Udo Lindenberg das nennt), exekutive Funktionen (wie amerikanische Psychologen diese Fähigkeit nennen), lernt man nicht, wenn man dauernd nur reagiert (auf die nächste Nachricht, die nächste Ablenkung) und permanent durch das Smartphone abgelenkt wird.

DIGITALISIERUNG JA, ABER NICHT OHNE REGELN

Dass die jungen Leute selbst diese Zusammenhänge begriffen haben, zeigt wie oben angeführt das von ihnen kreierte Wort *Smombie*. Es stimmt optimistisch, dass kritische Stimmen zur Digitalisierung heute zahlreicher sind und mehr Gehör finden als noch vor wenigen Jahren. Sehr pessimistisch dagegen stimmt die Zunahme der Aggressivität und der Verfall der guten Sitten im Internet: „Are we losing the Internet to the culture of hate?“ titelte das *Time Magazine* am 29. August 2016, nachdem bereits am Anfang desselben Monats *Der Spiegel* mit Bezug auf das Smartphone den von Eltern millionenfach geäußerten Satz „Leg doch mal das Ding weg“ auf der Titelseite trug. Eine bislang vor allem von Juristen geführte Debatte in der *FAZ* machte zeitgleich deutlich, dass Digitalisierung Regeln bedarf, um sich nicht negativ auf die Lebenssituation der Menschen auszuwirken. Die großen Player im Silicon Valley – *Apple*, *Google*, *Microsoft*, *Amazon*, *Facebook* – benehmen sich ähnlich gesetzlos wie die kalifornischen Goldgräber von vor 150 Jahren. Nationale Regierungen sind machtlos gegenüber Herren wie Marc Zuckerberg, Bill Gates, Jeff Bezos oder Eric Schmidt, die wenig oder keine Steuern bezahlen, Länder gegeneinander auspielen und geltendes Recht missachten. Wie gut es der EU gelingen wird, durch ihre durchaus kritische Gesetzgebung („Safe

Harbor“, „europäisches Datenschutzgesetz“), dem Wirken der genannten Firmen Einhalt zu gebieten, werden die nächsten Jahre zeigen.

Welches Gefährdungspotential die Digitalisierung hat, wird derzeit mit der Rede von „disruptiver Technologie“ besonders deutlich. Damit ist gemeint, dass eine Neuerung bzw. eine Erfindung den Effekt hat, die Welt nicht nur zu verändern, sondern Teile der bekannten Welt überflüssig zu machen, sodass es diese Teile zerreißt und sie erstaunlich schnell verschwinden: Das Auto ließ die Pferdekutsche verschwinden, die CD die Schallplatte und MP3 samt iPod dann die CD.

Interessant dabei ist, dass Angst mittlerweile das alles Digitale beherrschende Grundgefühl darstellt. „Im Silicon Valley hat der Glaube an Disruption mittlerweile einen nahezu religiösen Beigeschmack. Alles, was zerreißt, ist gut – und alles, was dem Zerreißen im Wege steht, verdient es zu ‚verschwinden‘ – wie etwa die Taxiunternehmen in San Francisco oder die lokalen Tageszeitungen“, so charakterisierte der Chefherausgeber der Zeitschrift *Harvard Business Review* kürzlich die Lage und fährt fort: „Das ist ganz schön viel für ein Wort, das eigentlich einmal ‚zerbrechen‘ bedeutete.“

Angesichts der Geschwindigkeit der angesprochenen Entwicklungen fällt es schwer, zu bewerten, wo der dringendste Handlungsbedarf liegt: im Gesundheits- oder Bildungswesen und den Gefahren für jeden Einzelnen oder in den Wirtschafts- und Geisteswissenschaften, welche die gesamtgesellschaftliche Entwicklungen kritisch betrachten und auf ihre Auswirkungen für das Funktionieren der Gemeinschaft untersuchen sollten? Unsere Kultur ist schon mit vielen technischen Fortschritten fertig geworden, hat Gefahren abgewendet und Risiken minimiert. Die Folgen waren unterschiedlich: Autos gibt es überall und Gesetze dazu ebenso; Radioaktivität existiert nur sehr vereinzelt und unter strengen Sicherungsmaßnahmen; Asbest wurde verboten, die betroffenen Häuser abgerissen. Wie mit digitaler Informationstechnik langfristig umgegangen werden sollte, muss ausgiebig diskutiert werden. Dies sollte nicht den Spezialisten für Medien überlassen werden – wie das z. B. die Enquetekommission des Bundestages tut. Denn: Wenn Sie wissen wollen, ob Dreijährige Bonbons essen sollten, fragen Sie dann Experten für Bonbons oder Experten für Dreijährige?

PROF. DR. MED. DR. PHIL. MANFRED SPITZER

Direktor der Klinik für Psychiatrie und

Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm



DGPPN KONGRESS 2016

Infotag für Eltern und Lehrer | Manfred Spitzer: Risiken und Nebenwirkungen digitaler Medien bei Kindern und Jugendlichen
23.11.2016 | 14:15 bis 15:15 Uhr



Das Wohl der Patienten fest im Blick

Drängende Versorgungsprobleme bedürfen gemeinsamer Lösungen: Die Psychiaterin, Psychotherapeutin und Präsidentin der DGPPN Dr. Iris Hauth spricht mit dem Psychologischen Psychotherapeuten und Präsidenten der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) Dr. Dietrich Munz über die großen Herausforderungen im Gesundheitssystem – und darüber, was jetzt für den Erhalt und die Weiterentwicklung einer guten Versorgung von psychisch erkrankten Menschen zu tun ist.

„DIE ZUSAMMENARBEIT IM KLEINEN WIRD DURCH DIE ZUSAMMENARBEIT IM GROSSEN ERLEICHTERT.“

DR. IRIS HAUTH

Hauth: Auch wenn sie berufspolitisch zuweilen sehr unterschiedliche Standpunkte vertreten, steht für die DGPPN und auch für die BPTK immer wieder dieselbe Frage im Vordergrund: Wie lässt sich die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen angesichts des wachsenden Hilfebedarfs qualitativ gestalten und weiterentwickeln – sowohl ambulant wie auch stationär? Ganz aktuell geht es um die Weiterentwicklung des Entgeltsystems: Wie beurteilen Sie den Entwurf eines „Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“, das sogenannte PsychVVG?

Wie lässt sich die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen qualitativ gestalten und weiterentwickeln?

Munz: Insgesamt schätze ich die Entwicklung hin zu einem Budgetsystem positiv ein. Der gefundene Kompromiss ist ein guter Kompromiss: Das Gesetz zielt auf eine bessere Qualität in der Versorgung, weil es anerkennt, dass die Personalausstattung verbessert und die Behandlung der Patienten an den wissenschaftlichen Leitlinien – und dazu gehört eben auch mehr Psychotherapie – ausgerichtet werden muss. Gleichzeitig will der Gesetzgeber für mehr Transparenz sorgen – ein Aspekt, auf den die BPTK großen Wert legt. Allerdings lassen sich eine bessere Personalausstattung und eine leitliniengerechte Versorgung nur dann realisieren, wenn auch die Finanzierung stimmt. Doch gerade bei diesen Punkten sehe ich große Herausforderungen bei der Umsetzung.

Hauth: Das PsychVVG sieht vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine verpflichtende Personalausstattung vorgibt, die leitliniengerechtes Behandeln sicherstellen soll. Das ist sicherlich richtig und auch wichtig. Doch nicht alle Bereiche und Behandlungssituationen sind durch die Leitlinien abgedeckt, etwa die Behandlung von Menschen mit Komorbidität oder schwer kranke Patienten auf Akutstationen. Auf welcher Basis soll der G-BA hier die Personalausstattung definieren? Hinzu kommt, dass die Leitlinien keine quantitativen Angaben zur Personalausstattung machen.

Munz: Der G-BA will ja in einem ersten Schritt den Ist-Zustand erfassen und anschließend prüfen, wo Versorgungslücken beste-

hen. Für uns steht außer Frage, dass die neuen Personalvorgaben alle Behandlungsbereiche abdecken müssen. Bestimmt wird es schwierig sein, die Bereiche mit den Sondersituationen in den Kliniken in einer Personalstruktur abzubilden. Der Einbezug der klinischen Expertise wird ganz wesentlich sein, um vor dem Hintergrund von Leitlinienempfehlungen zu quantitativen Mindestanforderungen an das in den Einrichtungen vorzuhaltende therapeutische Personal zu kommen. Wir werden diesen Prozess sehr aufmerksam beobachten und darauf einwirken, dass hier keine Fehlplanungen und Einsparungen ihren Lauf nehmen. Ich sehe die Gefahr, dass zum Beispiel der Bereich der Pflege weiter unter Druck gerät und versucht wird, dort Kosten einzusparen. Auch besteht die Gefahr, dass die Kurzkontakte mit den Patienten und mit den Kollegen nicht adäquat abgebildet werden.

Hauth: Dies hätte insbesondere für Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen gravierende Folgen, da sie auf Kurzinterventionen angewiesen sind. Deshalb ist es notwendig, dass wir uns als Experten beratend einbringen und der Politik und Selbstverwaltung aufzeigen, wie viel zeitliche Ressourcen die verschiedenen Berufsgruppen auf den Stationen benötigen. Die heute immer noch geltende Psychiatrie-Personalverordnung hat hier eine gute Grundlage geschaffen, auch wenn sie jetzt veraltet ist.

Munz: Ja, die Psychiatrie-Personalverordnung hat den Vorteil, dass sie aus der Klinik heraus entwickelt wurde. Diese Richtlinie des G-BA darf natürlich nicht einfach am grünen Tisch entstehen. Deshalb ist es so wichtig, dass die neuen Personalvorgaben, wie vom G-BA geplant, unter Einbeziehung von klinischen Experten entwickelt werden.

Hauth: Schon heute sind die Stellen in den meisten Kliniken nicht ausreichend finanziert: Die in der Psychiatrie-Personalverordnung vorgesehenen Stellen lassen sich nicht umsetzen, weil die durchschnittlichen Kosten für eine Vollkraft höher sind als die Refinanzierung durch die Krankenkassen. Diese Entwicklung hat natürlich direkte Auswirkungen auf die Strukturqualität. Und das PsychVVG wird diese Situation voraussichtlich weiter verschärfen: Wenn eine Klinik eine Stelle in einem Jahr nicht besetzt, z. B. weil sich kein geeigneter Mitarbeiter findet, muss sie die dafür vorgesehenen Mittel zurückbezahlen. Im Folgejahr würde das Budget entsprechend abgesenkt. Die Klinik hätte also von Jahr zu Jahr weniger Geld zur Verfügung.

„WIR SOLLTEN DIE STANDESPOLITISCHEN PERSPEKTIVEN NICHT ÜBER ALLES STELLEN.“

DR. DIETRICH MUNZ



Dr. Dietrich Munz

Munz: Die Entwicklung würde ganz klar in die falsche Richtung führen – vor allem vor dem Hintergrund des heute schon in vielen Regionen akuten Fachkräftemangels. In Bezug auf die Personalausstattung kommt noch ein weiterer Aspekt hinzu: Wir benötigen an den Kliniken auch eine gewisse Form von Psychohygiene, wir müssen mit unseren Kollegen sprechen können und wir brauchen Pausen. Psychotherapie ist keine Fließbandarbeit.

Psychotherapie ist keine Fließbandarbeit.

Hauth: Und auch Supervision und der Austausch mit den externen Versorgern, z. B. mit der Gemeindepsychiatrie, braucht seine Zeit. Dieser Austausch ist bisher nicht berücksichtigt. Im PsychVVG werden erstmalig stationsäquivalente Leistungen beschrieben. Wie stehen Sie dem Home-Treatment gegenüber?

Munz: Der Gesetzgeber unterstreicht damit die Wichtigkeit der Kontinuität in der Behandlung, gerade auch bei schwer kranken Patienten. Wir haben uns dafür stark gemacht, dass sich die Behandlung in einer ähnlichen Intensität aus dem ambulanten Bereich heraus gestalten lässt, um so stationäre Aufenthalte zu vermeiden oder zu verkürzen und um die Behandlungskontinuität zu gewährleisten.

Dies muss natürlich regional unterschiedlich umgesetzt werden und die verschiedenen Sektoren müssen eng miteinander kooperieren. Hier sehe ich eine der zentralen Herausforderungen für die Versorgung.

Hauth: Die Vielfalt der Therapieangebote in den verschiedenen Sektoren ist für Patienten nur schwer zu durchschauen, die Schnittstellen sind nicht klar definiert. Für eine verbindliche strukturierte Versorgung stellt sich die Frage: Wer steuert und welche Anreize gibt es, damit die Leistungsanbieter auch mitmachen? Das PsychVVG bietet hier aus meiner Sicht kaum Lösungen. Das Home-Treatment allein schafft noch keine echte Kontinuität, weil es im Gesetz als stationsäquivalente Leistung beschrieben ist: Wenn Patienten eine Indikation für die stationäre Behandlung haben, aber aus bestimmten Gründen eine Behandlung zuhause sinnvoller ist, dann übernimmt das Team der Klinik die Behandlung zuhause für einen definierten Zeitraum. Nichtsdestotrotz ist es ein erster Schritt in die richtige Richtung. Neben dem PsychVVG ist auch die Überarbeitung der Psychotherapierichtlinie mit dem Ziel angetreten, die Versorgung zu verbessern. Kann die Reform ihre Versprechen einlösen?

Das Home-Treatment allein schafft noch keine echte Kontinuität.

Munz: Wir gehen davon aus, dass die Wartezeit – und das ist gesetzlich auch so geregelt – für ein erstes Gespräch zur diagnostischen Abklärung und Beratung deutlich kürzer wird und nicht länger als vier Wochen beträgt. Wenn dies vor Ort einmal in der vertragsärztlichen Versorgung nicht eingehalten werden kann, müssen die Terminservicestellen Angebote der Krankenhäuser vermitteln. Das ist ganz klar ein Fortschritt für die Betroffenen, auch wenn damit längst nicht alle Probleme gelöst sind. Deshalb haben wir als Kammer die Sprechstunde in der politischen Diskussion mit Nachdruck gefördert.

Hauth: Wie sieht denn die Resonanz der Kollegen aus? Sind sie bereit, die Sprechstunde anzubieten? Haben sie denn überhaupt noch Kapazitäten dafür? Oder sind zusätzliche Anreize notwendig?

Munz: Das ist unterschiedlich. Viele Kollegen wollen und können diese Aufgabe gerne übernehmen, andere sind zögerlich. Sie

sagen uns: „Ich habe mich spezialisiert, ich arbeite in diesem Bereich und habe bisher Patienten nur zugesagt, wenn ich für sie auch einen freien Therapieplatz hatte.“ Mit ihnen müssen wir sprechen, sie aufklären und Lösungen finden, wie sie die Sprechstunde in die eigene Praxisgestaltung integrieren können. Aus unserer Sicht muss die Sprechstunde besser vergütet werden als eine reguläre Therapiestunde, weil man dafür entsprechende Strukturen vorhalten und zusätzliche Leistungen, z. B. bei der Vermittlung der Patienten auf die indizierten Versorgungsangebote, erbringen muss. Außerdem ist zu befürchten, dass sich durch die Sprechstunden die Wartezeiten für die Patienten, bei denen nicht ganz unmittelbar mit einer Therapie begonnen werden muss, weiter verlängern, weil die Behandlungskapazitäten mit der Reform nicht zunehmen. Wir können nur hoffen, dass neben einer stärkeren Auslastung der Praxissitze durch die Flexibilisierungen beim Jobsharing und die Zunahme der halben Praxissitze hier die Reform der Bedarfsplanung eine Verbesserung bringt. Selbstverständlich haben wir Ideen hierzu und werden diese in den Prozess einbringen, um eine bedarfsgerechtere Planung der Psychotherapeutensitze zu ermöglichen.

Hauth: Psychotherapeuten behandeln heute in der Regel etwa 50 Patienten pro Quartal und erhalten pro Stunde 89 Euro, Psychiater durchschnittlich zwischen 400 und 500 Patienten mit einer Pauschale von 50 Euro. Mit diesem Vergleich will ich nicht sagen, dass Psychotherapeuten überbezahlt sind – sondern dass niedergelassene Psychiater nicht ausreichend Honorar für eine qualitätsvolle Behandlung erhalten.

Munz: Grundsätzlich muss man feststellen, dass Psychiater wie Psychotherapeuten von allen Facharztgruppen durchschnittlich die geringsten Einkommen erzielen. Die anderen Fachgruppen können ihre Forderungen offenbar besser durchsetzen als die grundversorgenden Facharztgruppen der sprechenden Medizin.

Hauth: Aber das ist doch fatal: Ebenso wie bei der Richtlini-entpsychotherapie muss die Gesprächsleistung des niedergelassenen Psychiaters, die der Kern der Behandlung ist, außerbudgetär vergütet werden. Eine weitere Stellschraube zur besseren Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist die Entwicklung neuer Behandlungsformen. Momentan wird viel über internetgestützte Interventionen diskutiert. Befürworter sehen darin eine Möglichkeit, die herkömmliche Versorgung zu ergänzen, indem z. B. Wartezeiten überbrückt werden. Gleichzeitig sind noch viele Fragen, insbesondere bezüglich der Qualitätssicherung, ungeklärt. Wie steht die BPTK dazu?

Munz: Wir haben natürlich erkannt, dass sich dieser Bereich rasant entwickelt und wir uns damit beschäftigen müssen. Wir sehen durchaus die Chancen zur Anwendung dieser Programme im Rahmen einer klassischen Psychotherapie im Sinne einer

Entlastung und Unterstützung der Psychotherapeuten. Unsere Grundforderung dabei ist aber, dass die Qualität der Programme gewährleistet sein muss. Insofern unterstützen wir, dass die DGPPN bereits einen Vorschlag für Qualitätskriterien gemacht hat. Denn für Patienten, Therapeuten und Ärzte, aber auch Forscher und Entwickler muss Klarheit herrschen, was effektive und sichere Programme ausmacht. Man sollte dieses Thema nicht primär unter dem Gesichtspunkt der finanziellen Entlastung der Krankenkassen und des Gesundheitssystems sehen, sondern als Chance zur Verbesserung der Versorgung.

Hauth: Auch aus unserer Sicht bietet diese Entwicklung viele Chancen, wenn es gelingt, die neuen Möglichkeiten qualitäts- und sicherheitsgeprüft und als Ergänzung in die Regelversorgung zu bringen. Auch für Patientengruppen, die bislang nicht oder kaum mit dem Versorgungssystem in Kontakt getreten sind, kann dies ein niedrigschwelliger Zugang sein. Insbesondere die Sicherstellung der Diagnostik und Indikationsstellung am Anfang der Therapie durch einen Arzt oder Psychologen ist aus unserer Sicht äußerst wichtig. Offen bleiben die Fragen, wie viel Begleitung im Laufe der Therapie notwendig ist, welche Patienten besonders von den neuen Angeboten profitieren und wie eine schnelle Hilfe in Krisensituationen gewährleistet werden kann.



Dr. Iris Hauth

Munz: Auch Haftungsfragen gilt es zu klären, denn wir können als Behandler die Verantwortung für die Angebote nur übernehmen, wenn wir genau wissen, wie sie funktionieren und ob sie wirken. Die bisherigen Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass die Wirksamkeit von blended therapy besser ist als eine unbegleitete Inanspruchnahme dieser Programme, auch die Abbruchrate ist dann geringer. Zudem muss ein Monito-

ring des Therapieverlaufs gewährleistet sein. Daneben muss die Forschung auch klären, welche Patienten eher solche Angebote nachfragen und warum sie es scheuen, die gängigen Behandlungsangebote bei einem Psychotherapeuten oder Arzt zu nutzen.

Wir können als Behandler die Verantwortung für die Angebote nur übernehmen, wenn wir genau wissen, wie sie funktionieren.

Hauth: Viele offene Fragen bestehen auch zur Reform des Psychotherapeutengesetzes im Hinblick auf ein Direktstudium für Psychotherapie. Für den Sommer wurde vom Bundesgesundheitsministerium ein Referentenentwurf angekündigt, der aber bis heute nicht vorliegt. Rechnen Sie noch in der laufenden Legislaturperiode mit einer Verabschiedung?

Munz: Es gibt deutliche Signale aus dem Bundesgesundheitsministerium, dass das Thema noch in dieser Legislaturperiode angepackt wird. Die Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz wird Anfang November auf unserem Symposium den Stand der Pläne vorstellen. Daher hoffen wir, dass zeitnah auch ein Referentenentwurf folgt und der Versuch unternommen wird, das Gesetz noch vor der Wahl im nächsten Jahr durch den parlamentarischen Prozess zu bringen.



Hauth: Die DGPPN unterstützt natürlich die Ziele der Reform, nämlich die Ausbildung der Psychologischen Psychotherapeuten weiter zu verbessern und vor allem die schlechte Vergütungssituation der Psychotherapeuten in Ausbildung zu ändern. Gleichzeitig muss aus unserer Sicht gewährleistet sein, dass die angehenden Psychologischen Psychotherapeuten und Kin-

der- und Jugendlichenpsychotherapeuten schon im Studium und insbesondere in der auf die Approbation folgenden Weiterbildung mit dem gesamten Spektrum von Diagnosen, Komplexität und Schweregraden Erfahrung sammeln. Hier bedarf es einer Vernetzung mit den Praxen und Kliniken, die solche Patienten behandeln. Denn nur dann wird sich etwas an dem Missstand ändern, dass heute Patienten mit bestimmten Diagnosen wie Schizophrenie, Bipolare Störung oder Suchterkrankung trotz Leitlinienempfehlung kaum Richtlinienpsychotherapie erhalten.

Munz: Sie sprechen genau die Punkte an, die auch uns wichtig sind und die im jetzigen Studium oftmals zu kurz kommen. Schon die Studenten sollten zukünftig die gesamte Palette von Diagnosen und Schweregraden kennenlernen und gerade die praktischen Anteile sollen durch studienbegleitende Praktika im Sinne von Famulaturen und ein verpflichtendes Praktisches Jahr bzw. Praktisches Semester am Ende des Studiums ausgebaut werden. In diesem Rahmen ist eine Praxisausbildung von mindestens drei Monaten in einer stationären Einrichtung der Psychiatrie zu absolvieren. Dadurch verlängert sich das Studium bis zur Approbation auf elf Semester. Die Weiterbildungsordnung soll regeln, dass die „Assistenzpsychotherapeuten“ auch formal in die Abläufe und Strukturen der Behandlungsteams im stationären aber auch ambulanten Setting integriert werden.

Hauth: Die Stellen in den Kliniken sind jetzt durch Fachärzte, Assistenzärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Klinische Psychologen besetzt. Woher sollen also die neuen Weiterbildungsstellen für Psychologische Psychotherapeuten kommen?

Munz: Diesen potentiellen Flaschenhals haben wir erkannt und das Deutsche Krankenhausinstitut beauftragt, eingehend zu untersuchen, wie man die Finanzierung der Weiterbildungsstellen sicherstellen kann. Dabei wurde deutlich, dass die Psychotherapeuten in Ausbildung auch heute schon therapeutische Leistungen in den Kliniken erbringen und vielerorts fest im Behandlungskonzept integriert sind, auch wenn dies nirgendwo abgebildet ist.

Hauth: Zu fordern wäre also die zusätzliche Finanzierung von Weiterbildungsstellen für Psychotherapeuten inklusive Finanzierung der Anleitung und Supervision. Die zusätzliche Finanzierung der Weiterbildung müssen wir auch für Ärzte fordern. Diese wird bis heute nicht gesondert finanziert, sondern von den Kliniken in Eigenleistung erbracht. Die BpTK vertritt etwa 40.000 Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten – Tendenz steigend. Auf ärztlicher Seite arbeiten etwa 20.000 Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde, Psychosomatische Medizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Wie sehen Sie denn für die Zukunft die Entwicklung der Rollen der Berufsgruppen in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen?

Munz: Hier erwarte ich mir von der Ausbildungsreform eine Verbesserung der Zusammenarbeit in den multiprofessionellen Teams. Wenn hier Psychologische Psychotherapeuten und Ärzte schon als junge Kollegen während der Weiterbildung strukturiert zusammenarbeiten, so stärkt das den Respekt und die Anerkennung für die Stärken und Perspektiven des Anderen – auch der Differenzen. Im Zugang zum Menschen unterscheiden wir uns und sollten die unterschiedlichen Perspektiven und Schwerpunkte – insbesondere auch die eigenen Grenzen – respektieren. Für die Zusammenarbeit bedeutet dies, dass sich Ärzte und Psychotherapeuten gegenseitig gut ergänzen können. Ich empfand es in meiner eigenen Ausbildung und in meiner klinischen Tätigkeit immer als bereichernd, gemeinsame Fallbesprechungen abzuhalten und miteinander gute Lösungen für die Patienten zu finden.

Hauth: Die Zusammenarbeit im Kleinen wird durch die Zusammenarbeit im Großen erleichtert. Deshalb plädiere ich auch auf der politischen Ebene dafür, dass wir unsere unterschiedlichen Standpunkte respektieren und uns auf Augenhöhe und mit gegenseitiger Wertschätzung begegnen. Ich denke, das ist uns in den vergangenen zwei Jahren gut gelungen und angesichts der anstehenden Herausforderungen für die Versorgung ist dies auch für die Zukunft zu hoffen. Wo sehen Sie denn die größten Herausforderungen für die nächste Legislaturperiode?

Die sektorenübergreifende Versorgung ist die größte Herausforderung für die nächste Legislaturperiode.

Munz: Intensiv beschäftigen wird uns sicherlich die Digitalisierung des Gesundheitswesens und speziell mediengestützte Behandlungsformen. Hier wird möglicherweise auch ein neuer gesetzgeberischer Auftrag benötigt. Auch im Bereich der sektorenübergreifenden Versorgung sehen wir Handlungsbedarf, neue Möglichkeiten zur strukturierten Zusammenarbeit und flexibleren Vergütung zu schaffen. Der G-BA könnte z. B. mit der Entwicklung neuer Modelle beauftragt werden. Falls Hermann Gröhe (CDU) Bundesgesundheitsminister bleiben sollte, könnte die weitere Verbesserung der Suizidprävention, die ihm sehr am Herzen liegt, auf die politische Agenda gesetzt werden. Ferner werden uns insbesondere die Suchterkrankungen beschäftigen, sowohl im Bereich der Prävention als auch der Behandlung und Rehabilitation.

Hauth: Bei der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen sehen wir die Notwendigkeit, die Schnittstellen zwischen Akut- und Rehavversorgung besser zu definieren und ausreichend Zeit für eine qualifizierte Entzugsbehandlung zu geben. Aus meiner Sicht wird die größte Herausforderung für die nächste Legislaturperiode sein, die sektorenübergreifende Versorgung mit



verbindlichen Kooperationen endlich auf den Weg zu bringen. Nur wenn der Gesetzgeber entsprechende Vorgaben schafft, die dann von der Selbstverwaltung umgesetzt werden müssen, wird es zu einer Überwindung des fragmentierten Versorgungssystems kommen.

Munz: Hier ist Druck von oben, aber auch von unten notwendig. In einigen Regionen gibt es hier schon gute Modelle für eine strukturierte Zusammenarbeit. Aber auch in den Führungsetagen einiger Verbände sollte wieder offen über Lösungen nachgedacht werden, ohne gleich die alten Gräben wieder aufzureißen. Wir sollten uns immer wieder fragen, was jetzt zum Wohle der Patienten zu tun ist und die standespolitischen Perspektiven nicht über alles stellen.

DR. RER. NAT. ERNST DIETRICH MUNZ

Dietrich Munz ist seit 2015 Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer und seit 2006 Präsident der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Baden-Württemberg. Er arbeitet als Psychotherapeut an der Sonnenberg Klinik GmbH in Stuttgart und ist Autor und Mitautor von zahlreichen Fachbüchern und -artikeln.

DR. MED. IRIS HAUTH

Iris Hauth ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie sowie für Psychosomatische Medizin. Zwischen 2006 und 2012 war sie Vorstandsvorsitzende der Bundesdirektorenkonferenz und seit 2008 ist sie Geschäftsführerin des St. Joseph-Krankenhauses in Berlin-Weißensee. Iris Hauth ist seit 2004 Mitglied im Vorstand und aktuell Präsidentin der DGPPN.

DGPPN KONGRESS 2016

Symposium I Weiterentwicklung der Psychotherapie-Richtlinie – Chancen für eine kooperative Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen
25.11.2016 | 15:30 bis 17:00 Uhr



23.-26. NOVEMBER 2016 | CITYCUBE BERLIN

DGPPN KONGRESS 2016

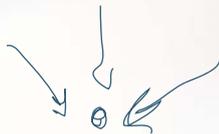
Erleben Sie Europas größten Fachkongress auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit: Unter dem Motto „Psyche – Mensch – Gesellschaft“ setzt der DGPPN Kongress 2016 zu einer umfassenden Standortbestimmung für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie an.

JETZT ANMELDEN

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

TREFFPUNKT
GESUNDHEITSFACHBERUFE

Mit Symposien und Workshops



WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM

Rund 600 Einzelveranstaltungen, über
1600 Referentinnen und Referenten



FORT- UND WEITERBILDUNG

Mehr als 30 CME-Punkte, über 80 Workshops

KULTURELLE HIGHLIGHTS

Konzerte, Ausstellungen, Filme und Lesungen

POSTERAUSSTELLUNG

Mit über 450 Präsentationen

NETWORKING RECEPTION

Netzwerktreffen für
alle Kongressteilnehmer

DGPPN-LOUNGE

Mit Infostand, Publikationen
und Fotobox

SCHWERPUNKT HAUSARZTPRAXIS

14 Symposien, über 50 Einzelvorträge

KONGRESSERÖFFNUNG

Mittwoch 23.11.2016
10:15 bis 12:00 Uhr

Begrüßung und Einführung
Iris Hauth (Berlin)

Grußwort
Bundesgesundheitsminister
Hermann Gröhe (Berlin)

Thomas Fuchs (Heidelberg)
Zwischen Psyche und Gehirn –
Überlegungen zur Standortbestimmung
der Psychiatrie

Big Band
The Flintstones

HIGHLIGHTS AUS DEM PROGRAMM

➤ MITTWOCH | 23.11.2016

KEYNOTES

PLENARVORTRAG

12:15 bis 13:15 Uhr

Ronald C. Petersen (Rochester, MN, USA)

Pre-dementia biomarker patterns

LECTURE

15:30 bis 16:30 Uhr

Hans-Christian Pape (Münster)

Rhythmen der Furcht in Netzwerken der Amygdala

VIDEO-LIVE-INTERVIEW

17:15 bis 18:45 Uhr

Eric R. Kandel (New York, USA)

Neuroscience drives psychiatry

WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM

DISKUSSIONSFORUM

13:30 bis 15:00 Uhr

Aktuelle Aspekte und Novellierung der Cannabis-Politik

Falk Kiefer, Ursula Havemann-Reinecke, Rainer Thomasius, Heribert Fleischmann

HAUPTSYMPOSIUM

15:30 bis 17:00 Uhr

Psychotropic drug treatment – is the cure worse than the disease?

Gerhard Gründer, Joanna Moncrieff, Irving Kirsch

PRÄSIDENTENSYMPOSIUM

15:30 bis 17:00 Uhr

Flüchtlingskrise: Herausforderungen für die medizinische Versorgung

Iris Hauth, Malek Bajbouj, Gerd Müller, Ulrich Clever, Thomas Elbert, Günter Niklewski

➤ DONNERSTAG | 24.11.2016

KEYNOTES

PLENARVORTRAG

12:00 bis 13:00 Uhr

Eckart von Hirschhausen (Bonn)

Humor Hilft Heilen

PLENARVORTRAG

15:30 bis 16:30 Uhr

Peter Fonagy (London, Vereinigtes Königreich)

Psychotherapy in the social context

LECTURE

13:30 bis 14:30 Uhr

Christiane Woopen (Köln)

Das Wohl des Patienten in Zeiten von Ökonomisierung und Digitalisierung

LECTURE

17:15 bis 18:15 Uhr

Tania Singer (Leipzig)

Affektive und kognitive Routen des sozialen Gehirns in Plastizität und Psychopathologie

WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM

DISKUSSIONSFORUM

10:15 bis 11:45 Uhr

Mediale Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen

Iris Hauth, Harald Dreßing, Georg Schomerus, Asmus Finzen, Manfred Protze

PRÄSIDENTENSYMPOSIUM

10:15 bis 11:45 Uhr

Stadt und Psyche – Chancen und Risiken

Andreas Meyer-Lindenberg, Mazda Adli, Andreas Heinz, Christina West, Andreas Koch

MITGLIEDERFORUM

17:15 bis 18:45 Uhr

Offene Türen in der Psychiatrie

Thomas Pollmächer, Arno Deister, Karl H. Beine, Andreas Küthmann, Andreas Heinz, Peter Falkai

DAS GESAMTE PROGRAMM AUF EINEN
BLICK: WWW.DGPPNKONGRESS.DE

→ FREITAG | 25.11.2016

KEYNOTES

PLENARVORTRAG

09:00 bis 10:00 Uhr
Elisabeth Binder (München)

Epigenetische Einbettung von frühem Stress

PLENARVORTRAG

12:00 bis 13:00 Uhr
Gerhard Andersson (Linköping, Schweden)

Internet-delivered psychotherapy – as effective as regular therapy?

LECTURE

15:30 bis 16:30 Uhr
Manfred Lütz (Köln)

Wie Sie unvermeidlich glücklich werden

WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM

PRÄSIDENTENSYMPOSIUM

10:15 bis 11:45 Uhr
Gewalt im Kontext psychischer Erkrankungen
Wolfgang Maier, Henning Saß, Michael Soyka,
Tilman Steinert, Britta Bannenberg

SYMPOSIUM

13:30 bis 17:00 Uhr
Zum Umgang mit inhibierter und unkontrollierter Wut in der Psychotherapie: ein praxisbasiertes Doppelsymposium
Eva-Lotta Brakemeier, Martin Bohus, Anna Buchheim,
Eckhard Roediger

PRO-CON-DEBATTE

15:30 bis 17:00 Uhr
Prädiktionsdiagnostik der Alzheimer Demenz: nützlich oder schädlich?
Joachim Klosterkötter, Wolfgang Maier,
Frank Jessen, Hermann-Josef Gertz

BESONDERE VERANSTALTUNG

15:30 bis 17:00 Uhr
Breakthroughs in Psychiatry – Big Data: neue Möglichkeiten und Herausforderungen in der Psychiatrie
Peter Falkai, Andreas Meyer-Lindenberg, Laura Flatau,
Nikolaos Koutsouleris, Emanuel Schwarz

→ SAMSTAG | 26.11.2016

KEYNOTES

LECTURE

09:00 bis 10:00 Uhr
Ulrich Voderholzer (Prien am Chiemsee)
Essstörungen – Krankheiten des 20. Jahrhunderts

LECTURE

12:00 bis 13:00 Uhr
Ruth Lanius (London, Ontario, Kanada)
Posttraumatische Dissoziation: Neurobiologie und Behandlung

WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM

HAUPTSYMPOSIUM

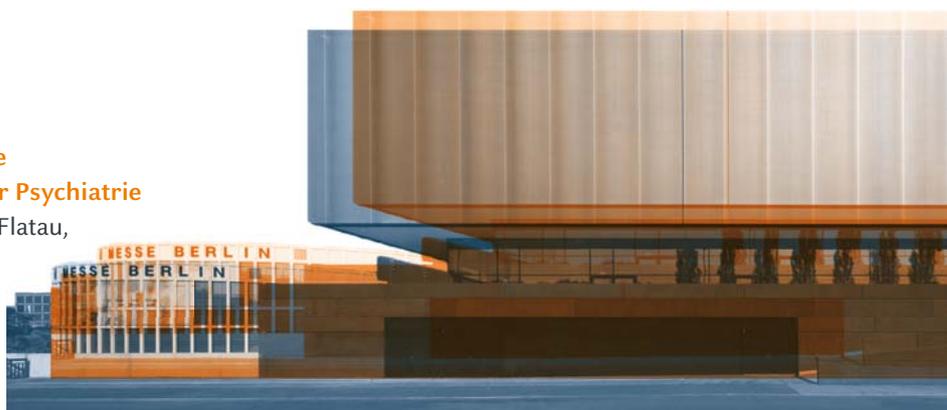
08:30 bis 10:00 Uhr
Arbeit und Psyche – das Zusammenwirken von Arbeitsmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie
Wolfgang Panter, Mathias Berger, Christian Gravert,
Uwe Gerecke, Steffi G. Riedel-Heller, Kristin Hupfer

PRÄSIDENTENSYMPOSIUM

10:15 bis 11:45 Uhr
Positive Psychiatrie – Ausweitung in die psychische Gesundheit
Iris Hauth, Martin Bohus, Wolfgang Maier, Lisa Lyssenko,
Michèle Wessa

DISKUSSIONSFORUM

10:15 bis 11:45 Uhr
Forschung ist unverzichtbar! Dürfen wir tatsächlich nicht mit untergebrachten Patienten der forensischen Psychiatrie forschen?
Jürgen L. Müller, Peer Briken, Gunnar Duttge, Matthias Koller,
Dieter Birnbacher



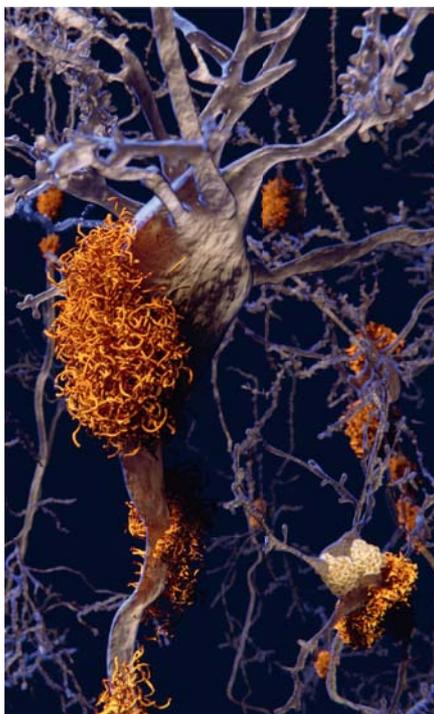
NEUE STUDIEN

AKTUELLE ERKENNTNISSE AUS DER FORSCHUNG

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

ALZHEIMER: FORSCHER HEBEN GEDÄCHTNISVERLUST BEI MÄUSEN AUF

Seit Jahrzehnten arbeiten Wissenschaftler an einem Medikament gegen Alzheimer. Nun fand ein Forscherteam von der University of Manchester her-



Lassen sich die Entzündungsreaktionen auch im menschlichen Gehirn blockieren?

aus, dass sich ein experimentelles Baumuster der Krankheit mit allgemein verwendeten Antirheumatika erfolgreich behandeln lässt. Bei der Versuchsanordnung wurden Mäuse gentechnisch

so verändert, dass sie an Alzheimer erkrankten. Danach erhielten die Tiere über einen Monat lang, eine bestimmte Menge des Wirkstoffs Mefenaminsäure aus der Gruppe der nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAID). Die Mäuse waren daraufhin frei von kognitiven Einschränkungen und wiesen auch keine für die Alzheimerkrankheit typischen Hirnveränderungen auf. Die Mefenaminsäure blockiert das NLRP3-Inflammasom, ein Proteinkomplex, welcher maßgeblich an der Entzündungsreaktion im Gehirn beteiligt ist, die negativen Einfluss auf die Lern- und Gedächtnisleistungen hat. In einem nächsten Schritt wollen die Forscher nun zeigen, ob sich die Ergebnisse auch auf den Menschen übertragen lassen. Ein Vorteil ist, dass Mefenaminsäure als Wirkstoff bereits in zugelassenen Medikamenten der Humanmedizin existiert, so dass ein eventuelles Zulassungsverfahren wesentlich schneller ablaufen könnte.

BIOMARKER ERKENNT SUIZIDVERSUCHE

Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation nehmen sich weltweit jährlich mehr als 800.000 Menschen das Leben. Jetzt hat ein internationales Forscherteam einen potenziellen Biomarker gefunden, mit dem suizidgefährdete Menschen identifiziert werden können. Im Fokus steht das Enzym Amino- β -Carboxymuconat Semialdehyd



In Deutschland nehmen sich jährlich über 10.000 Menschen das Leben.

Decarboxylase (ACMSD), das eine wichtige Rolle bei der Entzündungsregulation spielt. Die Forscher knüpften an die Resultate früherer Studien an, die bei depressiven und suizidgefährdeten Menschen andauernde Entzündungsprozesse nachgewiesen haben. Sie untersuchten daher das Blut und den Liquor von Probanden, die sich das Leben nehmen wollten, und einer gesunden Vergleichsgruppe auf Komponenten des Immunsystems, speziell auf zwei Proteine, deren Gleichgewicht

das ACMSD reguliert. Menschen, bei denen eine reduzierte ACMSD-Aktivität vorliegt, sind besonders anfällig für Depressionen oder Suizidgedanken, wenn eine Entzündung oder Infektion vorliegt. Auch die Gefahr der Chronifizierung von Entzündungen ist bei diesen Personen erhöht. Die in der Untersuchung identifizierten Proteine könnten sich folglich nicht nur als Biomarker für das individuelle Suizidrisiko eignen, sie stellen gleichzeitig auch einen therapeutischen Angriffspunkt dar.

GANZKÖRPERHYPERTHERMIE ZUR BEHANDLUNG VON DEPRESSIONEN

Weltweit suchen Forscher nach neuen Ansätzen für die Behandlung von Depressionen, welche Psychotherapie und Antidepressiva ergänzen können. Eine aktuelle Untersuchung der University of Arizona zeigt nun, dass sich depressive Symptome mit Ganzkörperhyperthermie (GHT) verbessern lassen – allerdings ist noch unklar, welche konkreten Aspekte der Intervention wirksam sind. Die GHT in der Studie



Die Ganzkörperhyperthermie scheint die Stimmung anhaltend aufzuhellen.

wurde mittels wassergefiltertem Infrarot A (wIRA) durchgeführt. Wassergefiltertes Infrarot A (wIRA) stellt eine spezielle Form der Infrarotstrahlung (Wärmestrahlung) im Bereich von 780–1400 nm dar, die aufgrund ihrer sehr guten Verträglichkeit in der Medizin zur Prävention und Therapie Einsatz findet. Im Versuch wurden die Effekte einer GHT-Sitzung mit einer Scheintherapie verglichen, die bis auf die intensive Wärmezufuhr, exakt denen der GHT entsprachen. Mittels Hamilton-Skala konnten die Forscher im Ergebnis signifikante Gruppenunterschiede feststellen. Sie kommen zur Schlussfolgerung, dass die GHT eine sichere, schnell wirkende und anhaltende antidepressive Behandlungsmethode darstellt.

NEUER BEHANDLUNGSANSATZ BEI ZWANGSSTÖRUNGEN

Zwangsstörungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter. Bisher wird diese Erkrankung meist mit einer kognitiven Verhaltenstherapie behandelt – einer effektiven Behandlungsmethode, von der aber nicht alle Patienten profitieren können. An den psychologischen Instituten der Universität Leipzig und der Philipps-Universität Marburg wird deshalb derzeit eine neuartige Therapiemethode für die Zwangserkrankung erforscht – die metakognitive Therapie. Schwerpunkt ist dabei die Veränderung von krankheitstypischen Annahmen und Verhaltensweisen. Spezielle Therapietechniken werden angewendet, um den Betroffenen eine Distanzierung von eigenen belastenden Gedanken zu ermöglichen. Der neue Ansatz brachte in der Pilotstudie beachtliche Therapieerfolge nach sehr kurzer Therapiedauer und könnte daher als alternativer oder ergänzender Behandlungsansatz für Zwangserkrankungen in Frage kommen. Im Rahmen des Projekts sollen sowohl bewährte als auch neue Therapieverfahren zur Behandlung der Zwangserkrankung optimiert werden. Nach einer ausführlichen Diagnostik haben



Spezielle Therapietechniken helfen bei der Distanzierung von belastenden Gedanken.

Personen mit einer Zwangserkrankung die Möglichkeit, Therapiesitzungen entsprechend einer der beiden Therapieformen in Anspruch zu nehmen. Im Anschluss daran findet eine Untersuchung statt, um Therapieerfolge zu erfassen.

QUELLEN

1. Brough D et al. (2016) Fenamate NSAIDs inhibit the NLRP3 inflammasome and protect against Alzheimer's disease in rodent models. *Nat Commun* 7 doi:10.1038/ncomms12504
2. Brundin LC et al. (2016) An enzyme in the kynurenine pathway that governs vulnerability to suicidal behavior by regulating excitotoxicity and neuroinflammation. *Translational Psychiatry* 6(8) doi:10.1038/tp.2016.133
3. Janssen CW et al. (2016) Whole-Body Hyperthermia for the Treatment of Major Depressive Disorder – A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.1031
4. Universität Leipzig (2016) Metakognitive Therapie – Neuer Behandlungsansatz bei Zwangsstörungen. *Pressemitteilung* 19/1/2016 vom 11.07.2016



DGPPN KONGRESS 2016

Symposium I Primärprävention als Perspektive psychiatrischer Forschung
24.11.2016 | 13:30 bis 15:00 Uhr

NACHWUCHS

GENERATION PSY RÄUMT MIT VORURTEILEN AUF

Die Nachwuchsinitiative Generation PSY hat weiter Fahrt aufgenommen. Im Herbst ist das zweite Kampagnenthema gestartet, das sich mit der Borderline-Persönlichkeitsstörung befasst. Und auch sonst tut sich einiges: Von Berlin nach Magdeburg, Freiburg, Bochum und Münster bis nach Athen und wieder zurück – Generation PSY ist inzwischen in aller Munde.

Jeder hat schon mal davon gehört, doch was Borderline eigentlich ist, wissen die wenigsten. Pünktlich zum Start des Wintersemesters rückt Generation PSY ein psychiatrisches Thema in den Fokus, das mit vielen Vorurteilen behaftet ist. Hier setzt die Kampagne an und macht deutlich, dass es sich bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung um eine komplexe psychische Erkrankung handelt, die extreme Stimmungsschwankungen verursacht und die Betroffenen völlig aus der Bahn werfen kann. Aktuelle Schätzungen zufolge sind etwa drei Prozent der Bevölkerung daran erkrankt. Junge Erwachsene sind besonders häufig betroffen. Die Störung ist für die Patienten mit einem großen Leidensdruck verbunden.

Oftmals kommen weitere psychische Erkrankungen wie Depressionen, Essstörungen, Angst- oder Zwangserkrankungen dazu. Auch wiederholte Suizidgedanken und -versuche sind ein großes Problem. Auf generation-psy.de setzt sich die Initiative intensiv mit dem Krankheitsbild und den Therapiemöglichkeiten auseinander. Betroffene und Behandler kommen zu Wort, daneben gibt es viele Hintergrundinformationen. Eine bunte Plakatkampagne an Hochschulen und Kliniken macht auf das Thema aufmerksam und soll Anlass für Gespräche geben.

Mit griffigen Texten, ausdrucksstarken Bildern und lauten Farben widmet sich Generation PSY über das Jahr verteilt verschiedenen Schwerpunktthemen

aus der Psychiatrie und Psychotherapie. Die Initiative hat sich zur Aufgabe gemacht, mit Vorurteilen und Klischees gegenüber psychischen Erkrankungen aufzuräumen. Gleichzeitig sollen junge Menschen für den Beruf des Psychiaters begeistert werden, denn das Fachgebiet braucht dringend Nachwuchskräfte, damit es in Zukunft zu keinen Engpässen in der Versorgung kommt. Generation PSY bietet nicht nur Informationen und digitale Vernetzung, sondern auch Wissenstransfer und Kontakte. Zu den konkreten Angeboten gehört ein besonderes Servicepaket, das auf die unterschiedlichen Abschnitte der Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie abgestimmt ist. Hinzu kommen viele weitere Aktionen.

UNSERE GESELLSCHAFT BRAUCHT JUNGE PSYCHIATER

Helpen Sie mit, die Generation PSY bekannt zu machen.

*Fordern Sie jetzt unsere Postkarten und Poster an oder liken Sie uns auf Facebook:
www.generation-psy.de und
facebook.com/generationpsy*

Die Generation PSY freut sich über einen Neuzugang aus dem Lager der Studierenden: Angela Zapp studiert Medizin an der Uni Würzburg und engagiert sich seit diesem Sommer für die Nachwuchsarbeit.

Sie weiß aus eigener Erfahrung, was junge Menschen bewegt, die Psychiater werden wollen.

Wie bist du auf Generation PSY aufmerksam geworden?

Die Generation PSY habe ich auf dem DGPPN Kongress 2015 kennengelernt – damals noch unter dem Namen Junge Akademie. Bei einer Vorstellungsrunde der Mitglieder erfuhr ich mehr über deren Arbeit und fühlte mich direkt angesprochen. Generation PSY ist für mich eine perfekte Möglichkeit, mich in meinen späteren Beruf sinnvoll einzubringen.



Angela Zapp



Die neue Nachwuchskampagne:
offensiv und fachlich sehr fundiert.

EINE TÜTE VOLL SCHLAF FÜR MEDIZIN-ERSTSEMESTER

Im Oktober haben an deutschen Universitäten wieder tausende Studierenden ihr Medizinstudium aufgenommen. Um die Erstsemester willkommen zu heißen und ihnen Orientierung zu bieten, veranstalten viele Hochschulen eine Kennenlernwoche. Viele Fachschaften stellen dabei in Kooperation mit verschiedenen Partnern als Pendant zur Schultüte sogenannte „Ersti-Tüten“

zusammen, gefüllt mit Give-aways, die den Studienalltag erleichtern. Die Generation PSY hat sich etwas ganz Besonderes einfallen lassen, um auf diesem Wege auf die Initiative und damit auf das Fach Psychiatrie und Psychotherapie aufmerksam zu machen: Eine Schlafmaske mit dem Aufdruck „Keine Sprechstunde.“ spielt darauf an, dass komplettes Abschalten und Ruhe auch im Studium wichtig sind, denn Dauerstress kann Körper und Seele krank machen. Gleichzeitig lässt sich hier die Sprechstunde der Professoren an der Uni und auch die ärztliche Sprechstunde assoziieren. Eine Postkarte mit dem Aufdruck „Nur was für Ausgeschlafene.“ ergänzt die Schlafmaske und weist darauf hin, dass sich Psychiater unter anderem mit den Themen Stress und Prävention beschäftigen. Verteilt wurden die Schlafmasken in diesem Semester an den Unis in Magdeburg, Freiburg, Bochum und Münster. Im nächsten Semester sind andere Standorte an der Reihe.

VON BERLIN NACH GRIECHENLAND UND ZURÜCK

Die Generation PSY ist aber auch immer dort präsent, wo es um den fachärztlichen Nachwuchs geht: Bei der gemeinsamen Tagung der Arbeits-

gemeinschaft der Chefärzte der Kliniken für Psychiatrie (ackpa) und der Bundesdirektorenkonferenz (BDK) im September an der Berliner Charité drehte sich alles um die Frage „Was macht den Beruf des Psychiaters reizvoll?“ – eine ideale Gelegenheit, die Nachwuchsinitiative vorzustellen. Jakob Kaminski und Angela Zapp, beide aktive Mitglieder der Generation PSY, haben den Vortrag übernommen und die Tagungsteilnehmer begeistert.

Im Oktober ging es für Jakob Kaminski und zwei weitere Generation-PSY-Mitglieder, Marc Augustin und Franziska Bäßler, nach Athen zum *2nd World Congress of Early Career Psychiatrists*. Ihr Symposium mit dem Titel „The impact of migration on refugees' mental health in Europe“ stellte dieses brandaktuelle Thema in den Mittelpunkt, das unsere Gesellschaft und das Fach Psychiatrie und Psychotherapie noch lange beschäftigen wird: Die Flüchtlingskrise in Europa und ihr Einfluss auf die psychische Gesundheit der Geflüchteten.



DGPPN KONGRESS 2016
Generation PSY – Nachwuchsprogramm
23. bis 26.11.2016

Was macht dir am meisten Spaß?

In einem jungen Team mitzuarbeiten, neue Leute zu treffen und das Berufsfeld des Psychiaters auf unterschiedliche Weise kennenzulernen. Spannend finde ich auch, einen Blick hinter die Kulissen zu werfen, z. B. bei der Kongressorganisation, dem Mentoringprogramm oder der Summer School. An dem Tag, an dem ich im persönlichen Gespräch mit einem Mitglied der Generation PSY Interesse an der Mitarbeit signalisiert habe, wurde ich sofort herzlich aufgenommen und gefragt, ob ich spontan Lust hätte, gleich voll einzusteigen und einen Vortrag zu halten. Ich sagte sofort zu, da ich es toll fand, in meinem Engagement ernst genommen zu werden und mich einer neuen Herausforderung stellen zu können.

Wie kam es, dass du Psychiaterin werden willst?

Nach der Vorlesung im Fach Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik an meiner Universität spielte ich das erste Mal mit dem Gedanken. Ich entschied mich nach dem Pflichtpraktikum im Rahmen des Studiums, mir den Fachbereich genauer anzusehen. Durch Famulatur, Kongressbesuche, verschiedene Summer Schools und letztendlich dem Wahlfach Psychiatrie und Psychotherapie im Praktischen Jahr wurde ich mir in meiner Entscheidung immer sicherer. Mittlerweile weiß ich: Ich werde Psychiaterin! Mich reizt daran besonders, dass man nicht nur als Arzt gefordert ist, sondern sich als Mensch einbringt: Nicht nur medizinische Technik und Fachwissen über Krankheitsbilder und Pharmakologie sind gefordert, sondern auch Empathie und Menschlichkeit.

PSYCHOEDUKATION

EXPERTE DER EIGENEN KRANKHEIT WERDEN

Psychoedukation ist aus der Versorgung psychisch erkrankter Menschen nicht mehr wegzudenken. Sie zählt heute zu den Grundpfeilern der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. In den wissenschaftlichen Leitlinien wird Psychoedukation als Basis aller Therapieformen für psychische Erkrankungen empfohlen. Um psychoedukative Verfahren zu fördern, hat die DGPPN ein eigenes Fachreferat eingerichtet.

Autoren: Josef Bäuml, Gabi Pitschel-Walz

Ursprünglich wurde die Psychoedukation Anfang der 1980er Jahre in den USA entwickelt, damals vor allem für Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ihren Ursprung hat sie in der Verhaltenstherapie. Als einer der Vordenker gilt der Schweizer Psychotherapeut Paul Dubois, der den Terminus der Edukation bereits 1908 im Rahmen seiner Persuasionstherapie verwendete.

Seit 1996 sammelt in Deutschland die Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“ die unterschiedlichen psychoedukativen Ansätze und arbeitet mit den verschiedenen Experten kontinuierlich an einer konsensfähigen Definition. Dadurch gelang es, einen allgemein akzeptierten Rahmen für die Weiterentwicklung psychoedukativer Konzepte zu schaffen, der mittlerweile nahezu alle Diagnosen umfasst. 2006 kam es zur Gründung der Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation e. V. (DGPE), die 2012 den Referatestatus der DGPPN erhalten hat.

Unter Psychoedukation werden heute systematische, didaktisch-psychotherapeutische Interventionen verstanden, um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, mehr Krankheitsverständnis sowie den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen. Im Rahmen

einer Psychotherapie bezeichnet Psychoedukation denjenigen Bestandteil der Behandlung, bei dem die aktive Informationsvermittlung, der Erfahrungsaustausch unter den Betroffenen und die Bearbeitung allgemeiner Krankheitsaspekte im Vordergrund stehen. (Bäuml, Pitschel-Walz, 2003/2008).

EMPOWERMENT IM ZENTRUM

Die Stärkung der Souveränität der Betroffenen und deren Empowerment gilt heute als ein zentrales Behandlungsziel in der Versorgung. Auch wenn es in den einzelnen Psychotherapieschulen unterschiedliche Zugangswege zu den Störungsbildern gibt, steht die laien-gerechte Information der Erkrankten bezüglich ihres Beschwerdebildes und hilfreichen Bewältigungsstrategien außer Frage. Denn das subjektive Wissen um und das Vertrauen in die „Richtigkeit“ einer verordneten Therapie aktivieren ganz wesentlich salutogenetische Selbstheilungskräfte. Deshalb könnte die systematische Förderung des Placeboeffektes als kleinster gemeinsamer Nenner der Psychoedukation in den unterschiedlichen Therapieschulen genannt werden.

Um den Stellenwert der Psychoedukation in der Versorgung multiprofessionell zu verankern, ist die DGPE auf vielen Ebenen aktiv: Seit 2004 führt sie regelmäßig einen eigenen Kongress mit

Workshops und Fortbildungsangeboten durch. In diesem Jahr ist das „Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin“ herausgekommen, das Therapeuten einen Leitfaden für nahezu alle relevanten psychischen Erkrankungsbilder bietet. Die DGPE zählt über 100 Mitglieder, die 40 Mitglieder der wissenschaftlichen Arbeitsgruppe treffen sich zweimal jährlich. Der Vorstand der DGPE berät die DGPPN im Fachreferat bei allen Fragen zu psychoedukativen Interventionen. Auf www.dgpe.de werden regelmäßig aktuelle Informationen zur Psychoedukation veröffentlicht.

PROF. DR. MED. JOSEF BÄUML

*Leiter des DGPPN-Referates „Psychoedukation“
Vorsitzender der DGPE e. V.
Leitender Oberarzt*

PD DR. RER. BIOL. HUM.

GABI PITSCHEL-WALZ

*Stellvertretende Vorsitzende der DGPE e. V.
Leitende Psychologische Psychotherapeutin*

Beide: Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar, Technische Universität München

DGPPN KONGRESS 2016

*Symposium I Psychoedukation im Einzel-Setting
25.11.2016 | 13:30 bis 15:00 Uhr*

REZENSION

VOM ENDE DER EINSAMKEIT

Als ihn der Diogenes Verlag 2008 unter Vertrag nahm, war er der jüngste Autor im Hause. Heute hat sich Benedict Wells längst als einer der herausragenden jungen deutschsprachigen Autoren etabliert. Sein Roman Vom Ende der Einsamkeit ist eine berührende Geschichte über das Überwinden von Verlust und Einsamkeit und über die Frage, was in einem Menschen unveränderlich ist.

Autor: Mazda Adli

Benedict Wells versteht es, über komplizierte emotionale Sachverhalte zu schreiben und den Leser dabei nicht zu verlieren. Sein Roman *Vom Ende der Einsamkeit* berührt den Leser mit einer sehr feinen und dabei schlichten Schilderung von psychologischen Entwicklungen: Der Protagonist Jules erzählt als Anfang 40-Jähriger seine Geschichte, nachdem er nur knapp einen Motorradunfall überlebt hat und in einem Krankenzimmer aufwacht. „Ich kenne den Tod schon lange, doch jetzt kennt der Tod auch mich.“ Mit diesem Satz beginnt das Buch. In wunderbarer Weise nimmt er die Stimmung vorweg, die sich über alle Seiten hindurch zieht. Das Buch ist schwer und leicht zugleich, Tragik und Komik stehen dicht beieinander. Benedict Wells weiß Lebenswege zu erzählen, die vom Schicksal schwer gezeichnet sind, und gleichzeitig auch eine tröstliche Atmosphäre zu entwickeln, die den Leser am Ende glücklich entlässt – oder zumindest im Frieden.

VON EINER TIEFEN LIEBE ZUM LEBEN GETRAGEN

Im Alter von zehn Jahren verliert Jules bei einem Autounfall seine Eltern und kommt zusammen mit seinem Bruder Marty und seiner Schwester Liz ins Internat. Die bis dahin unbeschwertere Kindheit der drei Geschwister nimmt damit ein jähes Ende. Die Jahre des Internats sind düster und einsam. Und in der Tat: Der Tod begegnet dem Leser häufig, manchmal auch nur in der Anmutung einer Szene. Vieles im Buch bleibt vage, so wie die Bedeutung einer Inschrift, die der – vermutlich durch Suizid – verstorbene Onkel in eine Baumrinde geritzt hat. Aber es ist auch ein hoffnungsvolles Buch. Mit einer leisen und feinen Sprache beschreibt Wells, dass Verlusterfahrungen zwar Wunden zufügen, aber dass man sie in erster Linie überlebt. Es ist ein Buch, das die Charaktere psychologisch sehr sorgfältig beschreibt und sie wie mit der präzisen Linse einer Filmkamera durch ihr Leben begleitet. Jules ist ein temperamentvolles und draufgängerisches Kind, das sich nach dem Tod der Eltern zu einem schüchternen und zurückhaltenden Jungen entwickelt und später die Leidenschaft des Schreibens für sich entdeckt. Sein Bruder Marty ist ein Computerfreak, der als Erwachsener

zu einem erfolgreichen Unternehmer wird, mit einer Zwangsstörung – er muss Türklinken zu einem Zahlenritual herunterdrücken –, die ihn zeitlebens begleitet. Seine Schwester Liz ist ein Mädchen, das sich in Drogen-, Alkohol- und manchmal auch Männer-Exzessen verliert. Die Geschwister entwickeln sich sehr unterschiedlich, der Tod der Eltern treibt sie innerlich auseinander. Sie finden erst dann wieder zusammen, nachdem ihre Charaktere an Reife und Authentizität gewonnen haben.

Benedict Wells ist mit diesem Roman ein Werk gelungen, das nicht nur berührend ist, sondern von einer tiefen Liebe zum Leben getragen ist. Ein Roman, der die Vergänglichkeit zum Thema macht und gleichzeitig ein Appel ist, angesichts dieser Vergänglichkeit nicht zu hadern, sondern die Lebenszeit zu nutzen, statt sie verstreichen zu lassen. Und genau das ist auch der Weg aus der Einsamkeit, ihr Ende. „Eine schwierige Kindheit ist wie ein unsichtbarer Feind: man weiß nie, wann er zuschlagen wird“, heißt es im Roman. Bei Benedict Wells wird dieser Satz nicht zur Bedrohung, sondern zur Einladung zum Handeln.

PD DR. MED. MAZDA ADLI

Chefarzt der Fliedner Klinik Berlin,

Leiter Forschungsbereich Affektive Störungen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie CCM, Charité – Universitätsmedizin Berlin



BUCH: Benedict Wells:
Vom Ende der Einsamkeit.
Roman. Diogenes Verlag.
Zürich 2016, 368 Seiten.



DGPPN KONGRESS 2016

Autorentisch mit Lesungen

24. und 25.11.2016 | 10:00 bis 17:00 Uhr

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN IM SPIELFILM

BLICK IN DEN GESELLSCHAFTLICHEN SPIEGEL

Figuren mit psychischen Auffälligkeiten oder Erkrankungen sind fester Bestandteil von Spielfilmen. Meist kommen sie nur am Rande vor, doch häufig spielen sie auch eine zentrale Rolle. Das Medium Film trägt somit wesentlich dazu bei, wie die Öffentlichkeit psychische Störungen und das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie wahrnimmt.

Autor: Dirk Arenz

Filme beeinflussen die öffentliche Wahrnehmung von psychischen Störungen deshalb so stark, weil ein großer Teil der Bevölkerung seine Informationen über diese Krankheiten aus ihnen bezieht. Den Alltag in den psychiatrischen Kliniken kennen die wenigsten. Doch die für Laien oft nur schwer verständliche Diagnostik und Therapie psychiatrischer Krankheitsbilder – eine Psychose lässt sich weniger konkret darstellen als ein radiologisch sichtbarer Knochenbruch – macht das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie auch zu einem Projektionsfeld verschiedenster Vorstellungen und Emotionen, das im Medium Film seine Entsprechung findet. Spielfilme tragen deshalb eine große Verantwortung, gerade in Zeiten, in welchen eine kollektive Angst vor Terror und Amok um sich greift und dadurch eine erneute Zunahme der Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen droht.

STEREOTYPE STATT SACHLICHKEIT

Psychische Störungen werden in Filmen oft sehr vereinfacht und stereotyp dargestellt. Dies liegt einerseits an der Komplexität der Krankheitsbilder und der Notwendigkeit einer verkürzten Darstellung. Andererseits müssen psychische Erkrankungen oft auch als einfache Erklärungsmuster für bestimmte Entwicklungen und Handlungen der Figuren herhalten, meist im Zusammenhang mit Verbrechen und Gewalt. Die Kopplung solcher Eigenschaften und Aktionen mit psychischen Erkrankungen führt zu einer emotionalen und affektiven Konnotation, die einer sachlichen Wahrnehmung im Wege steht. Dieses Phänomen ist auch in den Printmedien zu beobachten: Sie haben zwar den Anspruch objektiv zu berichten, lassen aber dennoch oft die notwendige Differenzierung vermissen und verwechseln z. B. in der Berichterstattung regelmäßig psychiatrische Kliniken mit forensischen Krankenhäusern des Maßregelvollzugs. Im Spielfilm steht zudem die Intentionalität der Drehbuchautoren und Regisseure im Vordergrund: Sie wollen eine ganz spezifische, oftmals subjektive Botschaft transportieren. Filme sind dadurch immer auch ein Blick in den gesellschaftlichen

Spiegel, der das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie in den Augen der Öffentlichkeit reflektiert. Dieser Spiegel offenbart äußerst viele Facetten, nicht selten aber auch die Vorurteile und verborgenen Ängste der Zuschauer.

Bei nahezu allen Filmen, in denen psychiatrische Aspekte thematisiert werden, lassen sich verschiedene Ebenen finden, die – je nach Intention des Films – unterschiedlich stark gewichtet werden:

■ Außenperspektive

Psychische Störungen werden im Film als fremd und unheimlich dargestellt. Das Fremdartige oder „Befremdliche“ ist ein oft angewandtes Sujet, um Spannung aufzubauen und Gruseffekte zu erzeugen. Oft geht es dabei um Psychosen und schwere Psychopathien. Andere Störungen wie z. B. Abhängigkeitserkrankungen scheinen sich weniger zu eignen, wahrscheinlich weil die Zuschauer einen näheren Bezug zum Thema Sucht und Substanzkonsum haben.

■ Binnenperspektive

Mit den Augen des Protagonisten zu schauen, sich empathisch in ihn hineinzusetzen, bedeutet, Mitleid und Sympathie zu entwickeln. Dieser Perspektivwechsel lässt sich bei schweren psychotischen Störungen oft schwieriger darstellen als bei leichteren Störungen, neurotischen Störungen oder Süchten. Diese Tatsache bewog einst Karl Jaspers zu seiner prägenden Unterscheidung zwischen „Erklären“ und „Verstehen“. Eine Binnenperspektive ist umso leichter realisierbar, je näher und vertrauter die dargestellte Figur dem Betrachter ist. Eine völlig unverständliche und bizarre Wahnwelt lässt sich binnenperspektivisch kaum erschöpfen.

■ Antipsychiatrische Perspektive

Die Psychiatrie als Ort des Unheimlichen und der Repression dient häufig als filmisches Schockmerkmal. Am deutlichsten wird dies wohl im Film *Einer flog über das*

Kuckucksnest (1965). Das rebellische oder hilflose Individuum gegen die kalte Machtinstitution Psychiatrie zieht sich als Motiv durch viele Filme. Die Ur-Angst, ob vielleicht gesunde Menschen aus dunklen Motiven heraus „psychiatrisiert“ und weggesperrt werden, ist Thema von unzähligen Filmen. Auch wenn die antipsychiatrische Perspektive nur noch selten so drastisch wie im *Kuckucksnest* dargestellt wird, finden sich Anklänge daran noch häufig.

■ Psychiatrische Perspektive

Diese Perspektive findet sich in realistischen „Falldarstellungen“, wie sich psychiatrische Erkrankungen äußern. Als Beispiel mag der Film *Das weiße Rauschen* (2001) gelten, in dem die Leiden des Protagonisten und seine psychopathologischen Symptome realitätsnah und ohne moralische oder tendenziöse Bewertungen beschrieben werden.

Alle vier Perspektiven begegnen uns auch im Rahmen filmischer Darstellungen der Psychiater und Psychotherapeuten. Je nach Intention des Films werden sie als skurril-fremdartig bis dämonisch-bedrohlich oder aber empathisch, hilfreich und philanthropisch dargestellt. Ein wunderbares Beispiel eines resignierten Psychiaters, der sich als „Priester“ einer eher tristen Normalität empfindet, ist der von Richard Burton gespielte Dr. Dysart in dem Film *Equus*, der Verfilmung eines Dramas von Peter Shaffer durch Sidney Lumet aus dem Jahr 1977.

Gerade in jüngerer Vergangenheit kam es auch im deutschsprachigen Raum zu gelungenen Verfilmungen mit psychiatrischem Sujet, beispielweise im Rahmen von Demenzzarstellungen. Neben *Honig im Kopf* mit Dieter Hallervorden (2014) ist besonders der Film *Mein Vater* mit dem kürzlich verstorbenen Götz George (2003) erwähnenswert. Diese Filme erzählen aus der Binnenperspektive der Betroffenen. Besonders das Thema der Selbstbestimmung unter dem Eindruck des kognitiven Verfalls wird thematisch unter unterschiedlichen Gesichtspunkten behandelt.

THEMENSCHWERPUNKT AUF DEM DGPPN KONGRESS

Seit 2009 sind Filme mit unterschiedlichen Bezügen zu Psychiatrie und Psychotherapie auch Thema auf dem DGPPN Kongress. In den Symposien stehen Werke mit unterschiedlichen Bezügen zu Psychiatrie und Psychotherapie im Vordergrund. Nach einer theoretischen Einführung werden kurze Filmsequenzen gezeigt und diskutiert. Der zeitliche Bogen um-



Richard Burton in der Figur des Psychiaters Dr. Martin Dysart in Sidney Lumets Klassiker „Equus“ aus dem Jahr 1977.

fasst Spielfilme seit Beginn der Filmära: Klassiker wie *Das Cabinet des Dr. Caligari* aus dem Jahr 1919 von Robert Wiene haben ebenso Platz wie Filme aus dem aktuellen Kinoprogramm. Die Symposien spiegeln dabei die thematische Bandbreite des Fachgebietes wider. So wurden in den letzten Jahren neben verschiedenen Erkrankungen des psychiatrisch-psychotherapeutischen Spektrums – Psychose, Depression, Sucht oder Demenz – auch die filmische Präsentation von Patienten, Psychiatern oder thematische Schwerpunkte wie „Die psychiatrische Klinik“, „Antipsychiatrie“ und „Hirnforschung“ untersucht. Hinter dem Symposium steht aktuell eine Reihe engagierter Experten: die Medizinhistoriker Axel Karenberg und Ekkehardt Kumbier, die Historikerin Kathleen Haack und der Psychiater Dirk Arenz.

Das Filmsymposium des diesjährigen Kongresses steht unter der thematischen Klammer „Let There Be Light: 100 Jahre Psychotherapie im Spielfilm“. Die Präsentationen kurzer Filmausschnitte und deren Interpretation umfasst dabei die weite Zeitspanne von den Anfängen des Films im Jahre 1912 bis zu neuen Filmen aus dem Jahre 2006. Auch die propagandistische Intention des Filmes im Nationalsozialismus findet anhand eines Beispiels Erwähnung. Die präsentierten Filme verdeutlichen somit, dass sie in besonderer Weise das Image der psychischen Störungen und des abweichenden Verhaltens unter den jeweiligen Koordinaten des „Zeitgeistes“ nicht nur abbilden, sondern prägen.

DR. MED. DIRK ARENZ

Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Marien-Hospital Euskirchen

DGPPN KONGRESS 2016
Symposium I Let There Be Light:
100 Jahre Psychotherapie im Spielfilm
24.11.2016 | 17:15 bis 18:45 Uhr



150 JAHRE LEHRSTUHL UND KLINIK FÜR PSYCHIATRIE IN GÖTTINGEN

EIN KAPITEL GESCHICHTE DER PSYCHIATRIE UND IHRER KRANKEN

*1866 wurde mit Ludwig Meyer der erste Ordinarius für Psychiatrie an die Georg-August-Universität berufen. Göttingen war nach der Charité Berlin und der LMU München erst die dritte Universitätspsychiatrie in Deutschland. Anhand der zurückliegenden 150 Jahre lässt sich ein Kapitel der bewegten Geschichte der Psychiatrie und ihrer Kranken schreiben.**

Autor: Heinz Häfner

Im Jahr 1866 war Ludwig Meyer (1827–1900) als erster Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie an die Universität Göttingen berufen worden. Er machte die Klinik zu einer Reformanstalt. Ludwig Meyer war kein Durchschnittsbürger. Ausgebildet als Architekt und Feldmesser entschloss er sich, an der Preußischen Universität Bonn Medizin zu studieren.

STUDIUM IN UNRUHIGEN ZEITEN

Von revolutionären Ideen bewegt, schloss sich der Student Meyer der republikanischen Bewegung an. Am 12. April 1848 wurde auch in Bonn die Revolution ausgerufen. Am nächsten Tag marschierte ein preußisches Bataillon mit Marschmusik in Bonn ein – die erste Bonner Revolution war beendet! 1849, nachdem die Kunde revolutionärer Unruhen von Berlin auch nach Bonn gedrungen war, gründete die Stadt eine Bürgerwehr. Der Senat der Universität rief zur Bildung von Kompanien mit 40–60 Studenten unter dem Kommando eines Professors auf. Das revolutionäre Ziel war eine republikanische Verfassung.

Nachdem König Friedrich Wilhelm IV die ihm am 3. April 1849 von der Frankfurter Nationalversammlung angebotene Kaiserkrone abgelehnt hatte, gab es neue Unruhen. Die Bonner Bürgerwehr beschloss, das Zeughaus in Siegburg



Ludwig Meyer

zu stürmen, in dem 1400 Gewehre, 80 Pistolen und viele Säbel und Lanzen lagen. Auch der Student Ludwig Meyer zog mit nach Siegburg. Schon auf der Rheinbrücke lichtete sich die Zahl der Kämpfer. Am Ziel angekommen hatten die Revolutionäre ihre Anhängerschaft weitgehend eingebüßt, weshalb sie darauf verzichteten mussten, das Zeughaus zu stürmen. So endete die zweite Bonner Revolution.

Der Revolutionär Ludwig Meyer wurde verhaftet, zu fünf Monaten Festungshaft verurteilt und von der Universität Bonn relegiert. Durch die Fürsprache von Rudolf Virchow konnte er das Medizinstudium in Würzburg und Berlin

fortsetzen. 1852 promovierte er als Assistent und habilitierte sich 1857 als Oberarzt bei dem Psychiater Karl Wilhelm Ideler an der Charité. Er reiste nach England und lernte bei John Conolly die *No-Restraint*-Methode kennen. Seinem Freund Wilhelm Griesinger folgend, der leider schon 1868 verstarb, versuchte er, diese Methode im deutschen „Irrenwesen“ einzuführen. Meyer gründete mit Wilhelm Griesinger und Karl Westphal das *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*. Die konservativen Anstaltspsychiater Damerow, Fleming und Roller gründeten die *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*. Das waren damals Gegenwelten.

Ludwig Meyer schuf eine psychiatrische Mehrgenerationendynastie: Sein Sohn Ernst wurde Lehrstuhlinhaber in Königsberg, seine Enkel Hans Hermann Meyer und Joachim Ernst Meyer Lehrstuhlinhaber in Saarbrücken und Göttingen.

1858 ging Ludwig Meyer nach Hamburg und wirkte an der Planung der Irrenanstalt Friedrichsberg mit, die nach Wilhelm Griesingers Modell stadtnah in Hamburg-Eilbek entstand und das *No-Restraint*-Prinzip einführte. Der Revolutionär hatte sich zum Reformier gewandelt. Er vertrat eine radikale Gegenposition zu dem konservativen Anstaltspsychiater Christian Roller aus Heidelberg. Nachdem Wilhelm Griesinger anstelle des neu geschaffenen Lehr-

stuhls für Psychiatrie in Göttingen an die Charité gegangen war, wurde Meyer 1866 als erster Ordinarius für Psychiatrie an die Universität Göttingen berufen. Damit begannen 34 Jahre aktiver Amtszeit – ein Jahr davon als Rektor – während der er an der Göttinger Klinik eine für damalige Zeiten vorbildliche Reformpsychiatrie betrieb.

GESCHICHTE DER PSYCHIATRIE BEGANN ALS TRAUERSPIEL

Die Geschichte der Psychiatrie hat zwei sehr unterschiedliche Traditionen. Die akademische Tradition würdigt vor allem die Verdienste bedeutender Psychiater. Die Geschichte der psychisch Kranken ist von anderer Natur. Sie beginnt mit der Übertragung der „Irrenfürsorge“ an die Medizin. Aber der Aufbruch von Hoffnung erwies sich als Ouvertüre eines Trauerspiels, denn es gab weder Wissen noch Therapie der großen Psychosen. Sowohl der Mangel an Therapie als auch die Überzeugung, dass alle „Irren“ gefährlich seien, führten zur dauerhaften geschlossenen Unterbringung der Kranken. Der Direktor der psychiatrischen Anstalt Heidelberg, Dr. Friedrich Groos (1768–1852), hat dies klar zum Ausdruck gebracht: „Die Irrenanstalt ist eigentlich als eine polizeiliche Anstalt, als ein Gefängnis aufzufassen. Bei den meisten Insassen besteht ohnehin keine Hoffnung auf Heilung. Durch die Internierung werden sie wenigstens der Öffentlichkeit entzogen.“ [1]

Die Psychiatrie beschränkte sich auf den Betrieb geschlossener „Irrenanstalten“ zum „Schutz der öffentlichen Ordnung“. Langfristige, oft lebenslange geschlossene Unterbringung erforderte eine kollektive Disziplinierung der Kranken. So gab es mitunter schmerzliche und zuweilen auch skurrile Züchtigungen von Aufhalten in Einzelzellen bis zum Essens- oder Tabakentzug, bis zum Ausschluss aus Hofgängen und Gemeinschaftsveranstaltungen. Das war noch so bis an die Zeit des 2. Weltkriegs.

Nicht nur die Kranken, sondern auch das Personal war dem Direktor in vielfältiger Hinsicht unterstellt. Das Selbstbewusstsein eines solchen psychiatrischen Herrschers brachte der Direktor der Münchner Kreisirrenanstalt Prof. K. A. v. Solbrig 1841 zum Ausdruck: „Der Arzt ist der Gott des Kranken, allgegenwärtig [...] mit dem Schatz seines materiellen Wissens und Erfahrenseins, [...] mit der Macht seiner Phantasie, mit der Schärfe des historischen Weltverstandes, mit dem Seherblick des religiösen Glaubens.“ [2]

Mit dieser Dissonanz von Größenphantasien der Anstaltsdirektoren und hilflosem Leid der Kranken konnte es nicht weitergehen. Die notwendige Reform unternahm Ludwig Meyers radikaler Gegenspieler, der Sohn des Pforzheimer Zuchthausdirektors C. F. W. Roller. Er hatte eine kurze psychiatrische Ausbildung bei Dr. Groos in Heidelberg erfahren. Roller nahm an, dass die Ursachen von Geisteskrankheit in belastenden Umweltbedingungen und ausschweifender Lebensführung bestünden. Die Möglichkeit der Heilung sah er in der Isolierung von pathogenen Einflüssen: „Jeder Seelengestörte muß von den Personen getrennt werden, mit welchen er früher Umgang pflog; er muß an einen andern, ihm unbekanntem Ort gebracht werden; die, welche ihn verpflegen, müssen ihm fremd seyn. Er muß, mit einem Wort gesagt, ISOLIRT werden.“ [3] Nicht nur individuell, sondern auch kollektiv sollten die Kranken isoliert werden: „Eine Irrenanstalt liegt am besten entfernt von einer Stadt. Das Leben in ihr muß ein neues und fremdes und abgeschieden von dem in Städten und Dörfern seyn.“ [3] Die 1842 eröffnete Musteranstalt Illenau und die Isolierungstheorie Rollers waren die international erfolgreichste Reformbewegung der deutschen Psychiatrie. Psychiater, Architekten und Ministerialbeamte aus vielen Ländern pilgerten zur Illenau und errichteten dann vergleichbar konstruierte Anstalten fern von den Ballungszentren der



Psychiatrie im 18. Jahrhundert:
Sturzbäder als therapeutische Intervention.

Bevölkerung. Die Isolierung hatte jedoch böse Folgen: „Verblödung der Kranken“ und „Anstaltsartefact“, erklärte Kraepelin 1893 [4].

Die Reform war beendet. Aber mit der zunehmenden Industrialisierung nahm der Bedarf an Anstaltsunterbringung unversorgter Geisteskranker gewaltig zu. Zwischen 1880 und 1910 wurden 140 neue staatliche Irrenanstalten im Deutschen Reich in Betrieb genommen. Emil Kraepelin war 1910 von der k.u.k. Gesundheitsbehörde beauftragt worden, die psychiatrische Klinik der Universität Wien zu begutachten. Sein Urteil lautete: „Ich fand sie insgesamt in einem furchtbaren Zustand. Die Patienten waren wie Sardinen an den Wänden extrem uncomfortabler überbelegter Räume untergebracht, einige davon in geschlossenen Gitterbetten.“ [5] Die miserablen Verhältnisse in den Anstalten hatten Bestand.

AUCH DIE NÄCHSTE REFORM SCHEITERT

In den 1860er Jahren hatte Ludwig Meyer die Bettbehandlung empfohlen. Er fand rasch breite Zustimmung. Die Absicht war zu zeigen, dass auch psychiatrische Patienten kranke Menschen und die Psychiater Ärzte seien. Auch diese Reform hatte einen Pferdefuß. Der Pionier der Arbeitstherapie Hermann Simon in Gütersloh bezeichnete sie 1920 als einen großen Rückschritt, denn sie habe die Inaktivierung der Kranken noch verschlimmert.

Hermann Simon empfahl die Beschäftigung der Kranken in anstaltseigenen Betrieben und in der Landwirtschaft. Das trug zur Besserung der Anstaltsatmosphäre bei, verhinderte aber nicht Katastrophen. Im Weltkrieg, besonders im Hungerjahr 1916, starben, wie Faulstich [6] ermittelte, 10–40 % der Insassen psychiatrischer Anstalten in Deutschland. In der Wirtschaftskrise 1929/30 trafen die Sparmaßnahmen die psychisch Kranken besonders hart. Der Reichssparkommissar urteilte beispielsweise über die hessischen psychiatrischen Anstalten 1930: „Eine Behandlung von Geisteskranken gibt es nicht. Deshalb kann von einer ärztlichen Tätigkeit in den Anstalten kaum die Rede sein. Die Tätigkeit des Pflegepersonals ist rein überwachend und dazu bedarf es keiner besonderen Ausbildung. Sie muß deshalb beendet werden.“ [7]

Damit wurde der Psychiatrie die Fähigkeit zur Behandlung psychisch Kranker abgesprochen und die Anstalten wieder als Gefängnisse verstanden. Das kommende Unheil wurde durch die von der europäischen Intelligenz begeistert aufgenommene eugenische Bewegung vorbereitet. Zahlreiche Staaten und Länder haben die Zwangssterilisation erblich Kranker und Behinderter eingeführt. Das deutsche Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses trat am 1. Januar 1934 in Kraft. Aus Rassenwahn wurden auch „Zigeuner“ zwangssterilisiert. Die Zahl der Zwangssterilisierten ist nicht exakt bekannt. Die Schätzungen variieren zwischen 200.000–400.000 Opfern. Die nächste Stufe nach der Zwangssterilisation war die „Tötung lebensunwerten Lebens“. Sie wurde von einer erstaunlich großen Zahl europäischer Politiker, Juristen und Ärzte vom Ende des 19. Jh. an vorgeschlagen.

Die fatale Ideologie der Tötung „lebensunwerten Lebens“ oder von „leeren Menschenhüllen“, wie es in der aufsehenerregenden Schrift von Binding und Hoche [8] heißt, hat Adolf Hitler übernommen und in ein kollektives Programm von Massentötungen umge-

setzt (Aktion T4). Der Geist der Zeit war ein fruchtbarer Boden für diese grauenhafte Missachtung des Grundrechts auf Leben. So hatte der Leiter der Behindertenanstalt Katharinenhof in Sachsen (Dr. Meltzer), die etwa 200 vorwiegend geistig behinderte Kinder beherbergte, deren Eltern 1925 gefragt, ob sie mit einer schmerzlosen Tötung ihrer Kinder einverstanden wären. 73 % der Befragten hatten bejaht.

DER HÖHEPUNKT DES VERBRECHENS: DIE MASSENTÖTUNG PSYCHISCH KRANKER

Das Programm T4 wurde von 40 führenden deutschen Psychiatern (9 davon Ordinarien) aktiv mitgetragen. Eine vielfach größere Zahl von nachgeordneten Ärzten, Pflegepersonal, Verwaltungs- und Transportpersonal, war zu Mittätern oder Zeugen geworden. Formal beendet wurde die Aktion T4 nach einer Predigt des Bischofs Clemens August Graf von Galen am 3. August 1941 in der Lambertikirche zu Münster. Bis Kriegsende wurde das Tötungsprogramm als wilde Euthanasie fortgesetzt: Durch Hungersterben [6, 9], Giftinjektionen und Massenerschießungen sollen insgesamt 200.000–260.000 psychisch

Kranke und Behinderte getötet worden sein. Es war das schlimmste Verbrechen, das jemals einer großen Zahl kranker Menschen widerfuhr. So konnte es nicht weitergehen.

Nach dem Krieg und dem Ende des NS-Regimes hatte die Psychiatrie alles Vertrauen in der Bevölkerung verloren. Die verbliebenen Anstalten waren in miserablen Zustand, es herrschte Not an allem. Beim Wiederaufbau wurden die Kranken und ihre Anstalten weitgehend vergessen. Bis zur Psychiatrie-Enquete (1971–1975) änderte sich wenig. Die Anstalten blieben verschlossen, die Not der Kranken unverändert. Erst am 17. April 1970 hatte der CDU-Abgeordnete Walter Picard mit einer historischen Rede, die er mit Prof. Kulenkampff und mir abgesprochen hatte, im Bundestag den Anstoß zur Psychiatrie-Enquete eingebracht und eine einmütige Zustimmung aller Parteien erfahren. Diese Initiative hatte eine tiefgreifende Wende zur Folge.

DIE PSYCHIATRIE-ENQUETE ALS WIRKLICHE REFORM

Die Bundesministerin für Gesundheit, Käthe Strobel, bestellte die 19 Mitglieder der Enquetekommission, bei Arbeitsen-



Viele Patienten auf engstem Raum: Blick in eine psychiatrische Klinik um 1970 in Warstein.

de waren es 24. Berufen wurden Repräsentanten aller in der psychiatrischen Versorgung tätigen Berufe. Allenfalls die niedergelassenen Psychiater, das Pflegepersonal und der sogenannte Heimsektor waren nicht ausreichend vertreten.

Ich beschränke mich auf einige herausragende Details: 1973 publizierte die Enquetekommission ihre ersten Empfehlungen in Gestalt eines Zwischenberichts über die stationäre Versorgung chronisch Kranker. Beanstandet wurden die extrem langen Aufenthaltsdauern und die unerträglich dürrtige Unterbringung der Kranken. Gefordert wurden Sofortmaßnahmen zur Sicherstellung der Grundbedürfnisse der Kranken, etwa eine ausreichende sanitäre Ausstattung, genügend Raum für das persönliche Eigentum, persönliche Kleidung und eine Unterbringung, die den heutigen Ansprüchen genügt.

Es ist unmöglich, einen Gesamtüberblick über die Schlussempfehlungen der Enquetekommission (1975) zu geben. Deshalb habe ich hier nur einige Schlaglichter genannt: Die zentrale Einheit der Schlussempfehlungen ist das neue Kernelement des gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems, Standardversorgungsgebiet genannt.

SCHLUSSWORTE

„Was es für mich nach fast 67 Jahren psychiatrischer Tätigkeit bedeutet, dass die Änderung der grauenhaften Verhältnisse in den Anstalten gelungen ist, werden Sie wahrscheinlich verstehen. Ich verkenne dabei nicht, dass es auch nach der Enquete noch eine Serie alter Baustellen und etliche neu aufgebrochene Gräben gibt.

Ich hoffe aber, dass meine jungen Kolleginnen und Kollegen nicht wie eine frühere Generation resignieren, sondern im Geist des frühen Psychiatriereformers und ersten Lehrstuhlinhabers der Göttinger Klinik, Ludwig Meyer, weiter für die Kranken und

Es soll für eine definierte Bevölkerung von 70–150.000 Bürgern alle erforderlichen Institutionen psychiatrischer Versorgung – vom sozialpsychiatrischen Dienst über komplementäre Einrichtungen bis zu den niedergelassenen Ärzten sowie teil- und vollstationären Klinikabteilungen – umfassen. Die Vielfalt der neuen Einrichtungen und Aufgaben erfordert Ausbildungsförderung auf allen Ebenen. Der entscheidende Erfolg der Psychiatrie-Enquete war jedoch ein tiefgreifender Mentalitätswandel gegenüber psychisch Kranken.

Zwingende Voraussetzung dieser Psychiatriereform war die Entdeckung und Einführung der Antidepressiva, Neuroleptika und Anxiolytika in den späten 1950er und 1960er Jahren und die Entwicklung praktikabler Psychotherapieverfahren. Sie ermöglichten in zunehmendem Umfang den Übergang auf ambulante und teilstationäre Behandlung. Die mittlere stationäre Aufenthaltsdauer ging beispielsweise von 227 Tagen im Jahr 1972 auf etwa 22 Tage im Jahr 2011 zurück. Die berufliche Tätigkeit in der psychiatrischen Krankenversorgung wurde wieder attraktiv und die Unterbringung psychisch Kranker entspricht heute weitgehend dem Standard der Allgemeinkrankenhäuser.

für therapiefreundliche Arbeitsbedingungen in der Psychiatrie eintreten und sich der eingeleiteten Industrialisierung unseres Faches widersetzen.“



Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Heinz Häfner

Das war die erste Psychiatriereform in Deutschland, die aus guten Gründen Bestand hatte und behalten soll. Die Geschichte der Kranken und ihrer Psychiatrie sind zu einer einzigen gemeinsamen geworden. So gilt unser Dank jenen, die diese Reform vorbereitet, realisiert und ihre Beständigkeit im Wechsel der Zeit abgesichert haben.

** Dies ist eine Kurzfassung des Vortrags, den der Autor unter dem Titel „So konnte es nicht weitergehen. Ein Kapitel Geschichte der Psychiatrie und ihrer Kranken“ aus Anlass des 150-jährigen Jubiläums der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie und des psychiatrischen Lehrstuhls der Universität Göttingen anlässlich des Jubiläumssymposiums am 27. Mai 2016 gehalten hat. Der ungekürzte Text des Vortrags wird in der Festschrift der Universitätsklinik (in Vorbereitung) publiziert werden.*

PROF. DR. DR. H.C. MULT. HEINZ HÄFNER

Mitglied im Beirat der DGPPN

*Zentralinstitut für Seelische Gesundheit,
Mannheim*

LITERATUR

1. Ammerer H (2011) *Am Anfang war die Perversion*. Richard von Krafft-Ebing. Styria, Wien
2. Eberstadt E (1946) K. A. von Solbrig's Liebe zu den Irren. In Leibbrand W (Hrsg) *Um die Menschenrechte der Geisteskranken*. Die Egge, Nürnberg: 31–49
3. Roller CFW (1831) *Die Irrenanstalt nach all ihren Beziehungen*. Chr. Fr. Müller'sche Hofbuchhandlung, Karlsruhe
4. Kraepelin E (1883) *Compendium der Psychiatrie zum Gebrauche für Studierende und Aerzte*. Abel Verlag, Leipzig [1. Auflage des späteren Lehrbuchs]
5. Kraepelin E (1983) *Lebenserinnerungen*. Hrsg: Hippus H, Peters G, Ploog D. Springer, Berlin, Heidelberg, New York
6. Faulstich H (1998) *Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949*. Lambertus, Freiburg
7. Barkey B (1983) *Die Entwicklung der Psychiatrischen Krankenhäuser Haina, Merxhausen/Emstal und Hofheim/Goddelau („Philippshospital“) unter der Trägerschaft des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen und seiner Rechtsvorgänger (1866–1982)*. In: Heinemeyer W, Pänder T (Hrsg) *450 Jahre Psychiatrie in Hessen*. Elwert, Marburg: 349 ff.
8. Binding K, Hoche A (1920) *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, ihr Maß und ihre Form*. Felix Meiner, Leipzig
9. Kersting FW, Schmuhl HW (2004) *Quellen zur Geschichte der Anstaltspsychiatrie in Westfalen*. Schöningh, Paderborn

DGPPN KONGRESS 2016

Besondere Veranstaltung | Neue historische Kommission der DGPPN – Psychiatrie in Deutschland nach 1945
25.11.2016 | 17:15 bis 18:45 Uhr



INDIVIDUALITÄT UND SOZIALITÄT

DER MENSCH LEBT NICHT FÜR SICH ALLEIN

Ermöglichungsgrund für unser heutiges Verständnis psychischer Störungen ist die moderne Rationalität, die sich im Ausgang des Mittelalters entwickelte. Der Einzelne wurde vom Allgemeinen zunehmend freigesetzt und die Eigenständigkeit und der Wert des individuellen Menschen wurden ebenso betont wie seine Ansprüche auf die Verwirklichung individueller Bedürfnisse.

Autor: Martin Heinze

Psychiatrie und Psychotherapie stehen als angewandte Wissenschaften vom Menschen im jeweiligen Kontext der historischen und kulturellen Entwicklung der Gesellschaften zu ihrer Zeit. Ihr Wissen und ihre Praxis bedürfen der Reflektion auf diese Bedingungen, die den wissenschaftlichen und praktischen Fortschritt des Faches ermöglichen, aber auch notwendigerweise Einschränkungen des Denkens und Handelns aufgrund der gesellschaftlich vorherrschenden Schematisierungen bewirken.

Erkenntnistheoretisch wurde das Individuum im Rahmen der sich entwickelnden Wissenschaft als abstraktes und unvermitteltes Subjekt aufgefasst: *cogito ergo sum*. Daraus entwickelte sich der allgemein bekannte Dualismus der Moderne, der bis heute im psychiatrischen Denken in Form von Gegensätzen wie Geist und Materie oder Psyche und Soma fortlebt. Als Konkretes aber steht das Individuum in seiner Lebenswelt, in der es etwas zu können lernt und in der es Können kann, die also Bedingung seiner individuellen Freiheit ist. Das Auseinander-treten der konkreten lebensgeschichtlichen Situation und der wissenschaftlichen Perspektivität fasst Theunissen hinsichtlich des Freiseins wie folgt zusammen: „Die neuzeitliche Philosophie betrachtet Freiheit in einer auf charakteristischerweise verkürzenden Perspektive. Zunächst einmal schaltet sie die reale gesellschaftliche Freiheit weithin ab. [...] Sie begreift Freiheit fast ausschließlich als Freiheit des Menschen zu sich selbst, als Vermögen individueller Selbstverwirklichung.“ In der Moderne hat sich als Titel für diese Freiheit der Begriff des Selbstseins durchgesetzt.

DAS VERHÄLTNISS VON EINZELNEM UND SOZIALEM

Die Isolierung des Einzelnen von seiner konkreten Lebenswirklichkeit, die ihm Bedingung für sein Leben ist, ist somit ein „Kollateralschaden“ des Ausgangs der Menschen aus ihrer selbstverschuldeten Unmündigkeit auf dem Weg zu sich rational selbst reflektierenden freiheitlichen Individuen. In der Philosophie bis zu Kant wird die Subjektivität des Menschen

transzendental gedacht, unkonkret und leer. Das Ich ist ein Ding an sich, losgelöst, abstrakt, und der Mensch als ganzer nicht bestimmbar. Der Einzelne erscheint in dieser Abtrennung von seinen sozialen Lebensgrundlagen als überfordert, seine Individualität als getrennt vom Allgemeinen und seine Freiheit reduziert als Autonomie. Von hier aus kann man eine Linie zum Heute ziehen, z. B. zum „überforderten Subjekt“ im Burnout. Der deutsche Idealismus hat diesen „Kollateralschaden“ erkannt und hinsichtlich des Verhältnisses von Einzelem und Sozialem durch die Einführung der Denkfigur des konkreten Allgemeinen einiges richtig gestellt. Diese Figur ermöglicht, das getrennt erscheinende Paar „individueller Mensch und Gesellschaft“ wieder zusammenzudenken, ohne die Fortschritte in der Emanzipation des Menschen zurücknehmen zu müssen. Hegel formuliert, man könne von menschlichen Individuen nur als gesellschaftlichen sprechen, wobei die gesellschaftliche Allgemeinheit nicht gegen die individuelle Einzelheit stehe. Quadflieg kommentiert dies wie folgt: „Ein bewusstes Verhältnis zu sich selbst kann der Einzelne nur in der Sozialisation, in der Übernahme von bereits bestehenden Denk- und Verhaltensmustern entwickeln. [...] Der Prozess der Selbstwertung verlangt deshalb eine gewisse Verzichtleistung, ein Aufgeben des eigenen Absolutheitsanspruchs, ohne den keine Anerkennung durch den Anderen und damit auch kein Selbstbewusstsein möglich wäre.“

Hinsichtlich der mit der Abtrennung verbundenen sozialen Problematik hat vor allem Baader, ein katholischer Sozialdenker, das Ziel formuliert, die Gemeinschaft als grundlegende Lebensbedingungen der menschlichen Entwicklung wieder in den Blick zu nehmen: „So widerspricht es, wie Hegel bemerkt, der vernünftigen Natur des Menschen, nur ein einzelner (im Denken, Wollen und Schaffen) zu sein, [...] weil diese Natur den gemeinschaftlichen Bestand des einzelnen mit allen anderen seiner Gattung verlangt, in der Verwirklichung eines gemeinsamen zentralen Selbstbewusstseins, welches alle einzelne, selbstbewusste Wesen in sich gründend voneinander frei macht“. Die Hemmung der eigenen individuellen Entwicklung, die – für

die Psychiatrie höchst relevant – schon von Baader als Problem der Abtrennung des Einzelnen von der Gemeinschaft erkannt wurde, findet sich heute wieder in Konzepten einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung aufgrund des Verlusts der sozialen Eingebettetheit der Einzelnen. Wissenschaftstheoretisch formuliert Baader sogar noch schärfer: Die einzelne Person für die Gesamtheit der sozialen Bedingungen zu nehmen, sei „Idiotie“.

DAS SOZIALE IN DER PSYCHIATRIE

Das Werk Baaders sollte für den heutigen Psychiater wiederentdeckt werden, da sowohl Hegel als auch Baader die Übersteigerungen der individuellen Autonomie im Rahmen der Moderne im Hinblick ihrer Ablösung vom Sozialen als „Terror“ (Hegel) oder „Zerstörungslust“ (Baader) thematisiert haben, ein Vorgriff auf heutige Gedanken, dass die Entwicklung von sozial destruktiven Verhaltensweisen möglicherweise dem Fehlen eines sozial verlässlichen Entwicklungsrahmens geschuldet ist. Baader dazu: „Da in jeder Menschenbrust ein Keim der Zerstörungslust schlummert, so darf es endlich nicht befremden, wenn solche Lehren der absoluten Souveränität oder Unbedingtheit des Menschen wenigstens in einzelnen jungen Gemütern jenen Keim in dem Maße erwecken, dass er zur Furie des Zerstörens sich entwickelt, und dieser Zerstörungstrieb endlich mit dem Gefühl des Daseins dermaßen identisch wirkt, dass ein solcher Mensch zerstören (alles Bestehende hassen und vernichten) muss, um sich nur in der Kontinuität seines Daseins zu erhalten.“

Was hat dieser philosophiehistorische Abriss nun mit heutiger Psychiatrie zu tun? Die Tendenz zur Auffassung des menschlichen Lebens ausschließlich aus der Individualität des Menschen heraus ist ein (positiver) Bedingungsgrund der modernen wissenschaftlichen Psychiatrie. Sah noch die romantische Psychiatrie vor Griesinger den Menschen sozial eingebettet als Teil einer Familie, einer Gruppe oder eines Volkes, so trennt ihn zunächst die Organpathologie von diesen Verhältnissen ab, um einen neuen wissenschaftlichen Verstehenszugriff, der äußerst erfolgreich war, zu erreichen. Später setzt sich diese Trennung praktisch auf allen Ebenen psychiatrischer Wissenschaftlichkeit und Praxis fort: In heutigen Befundschemas finden sich nur wenige Items, die über Störungen des sozialen Lebens informieren. Noch bei Bleuler war Autismus als übergeordnetes Charakteristikum einiger Krankheitsbilder gedacht mit dem wesentlichen Zug des Verlustes der sozialen Teilhabe und des gemeingültigen Verstehenskontextes. Die spätere kognitive Wendung der Psychopathologie verlor solches Verstehen. Beispielhaft wurde Wahn weniger als Teilhabeverlust gemeinschaftlicher Interpretationsmöglichkeiten von Welt aufgefasst als vielmehr als individuelle Störung des Denkens hinsichtlich seiner Evidenzen. Es entstanden ätiologische Konzepte mit der Generaltendenz, das Störungsbild eines psychisch Kranken kaum mehr als Störung seiner Fähigkeit zu sehen,



Das Individuum als Teil der Gemeinschaft. Hier Oskar Schlemmers „Fünf Figuren in einem Raum (Römisches)“ (1925).

Welt zu teilen und sich in einer sozialen Welt zu entwickeln, sondern als Verlust individueller Funktionen. Dieses Paradigma kennzeichnet dann auch die Forschungsstrategien der letzten Jahre: Man untersucht die Geistestätigkeit am isolierten Individuum als Veränderung seiner Physiologie oder lokalisiert sie im Gehirn. Thomas Fuchs hat hier mit dem „Gehirn als Beziehungsorgan“ ein Gegenmodell aufgestellt. Auch Therapievorstellungen entwickeln sich entlang dieser Linie, als Eingriff in die individuellen Physiologien oder, in der Psychotherapie, als dyadisches Arzt-Patienten-Gespräch, oft unter Ausblendung der sozialen Wirklichkeit des Patienten, aber auch der des Therapeuten. Bis vor wenigen Jahren wurden klinische Studien der Psychiatrie wesentlich mit dem Outcome der Besserung der klinischen Symptomatik im Sinne der Wiederherstellung von Funktionen durchgeführt; erst in den letzten Jahren werden Konzepte wie Lebensqualität oder die Teilhabefähigkeit des Patienten an seiner sozialen Wirklichkeit als möglicherweise sinnvollere Kriterien für die Bewertung psychiatrischer Behandlung herangezogen.

In der psychiatrischen Wissenschaft wurde – analog zur philosophischen Kritik der Abtrennung des Individuums – Kritik dagegen an unterschiedlichen Stellen geäußert. Es greift viel zu kurz, wenn man dann die sich international ab den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts entwickelnde soziale Psychiatrie einer „biologischen“ Psychiatrie gegenüber setzte. So formuliert Fischer schon 1919, dass Psychiatrie ohne soziale Psychiatrie keine sei. Griesinger forderte Hausbesuche durch seine Ärzte, um die soziale Wirklichkeit von Patienten kennenzulernen. Und die schädlichen Auswirkungen von Armut, Arbeitslosigkeit usw. in der Genese psychischer Erkrankungen wurden in den Zeiten Virchows und von ihm inspirierter Psychiater durchaus untersucht und empirisch belegt. In Folge aber eines „blinden Fleckes“ der psychiatrischen Wissenschaft werden solche Ätiologien oftmals ausgeblendet, obwohl Arbeitslosigkeit und Armut höhere *Odds-Ratios* für die Erkrankungswahrscheinlichkeit an Depressionen aufzeigen als manche genetische Veränderungen. Eine Kritik an einer solchermaßen einseitigen wissenschaftlichen Wahrnehmung äußerte zunächst die Anthropologische Psychiatrie ab den 1920er Jahren, deren Autoren affektive Erkrankungen und Psychosen nicht nur als Störungen bestimmter Normalitäten des Denkens, Fühlens und Wollens auffassten, sondern als dem Individuum innerhalb seiner Lebensbedingungen jeweils mögliche Existenzformen, die zwar hinsichtlich der Symptomatik schlechte Kompromisse darstellen, jedoch möglicherweise schlimmere Verluste von Lebensmöglichkeiten verhindern. Das berühmteste Beispiel mag hier die Funktionalität des Wahns sein, die drohende Auflösung des Ichs in einer Psychose durch eine stabile Attribution nach Außen abzuwehren, so dass Wahn keine Störung sondern ein Heilungsversuch ist. Die Anthropologische Psychiatrie kritisierte so Verengungen des Wissenschaftsbegriffs der Psychiatrie hinsichtlich der Ätiologie und daraus folgend der therapeutischen Konzepte. Allerdings überwand sie im Praktischen die Trennung von Einzelem und Sozialem nicht und verschärfte sie sogar im Rahmen der Übernahme bürgerlich-philosophischer Grundhaltungen, wenn sie z. B. Therapie als Prozess zwischen zwei Einzelnen außerhalb ihrer Kontexte beschrieb.

VOM HOMO INDIVIDUALE ZUM HOMO SOCIALE

Es bedurfte der Wende einiger anthropologisch-psychiatrischer Autoren hin zur Sozialen Psychiatrie, um auch diese Nebenwirkung der modernen Rationalität zu korrigieren. Beispielsweise beschreibt Wulff für die Psychopathologie die Notwendigkeit, sich vom Konzept des isolierten Individuums modern europäischer Prägung zu verabschieden – er selbst lernte dies durch ethnopsychiatrische Studien – und den in der Psychiatrie begegnenden Menschen nicht als *homo individuale* sondern als *homo sociale* aufzufassen. Es entwickelten sich dann neue Modelle der psychiatrischen Versorgung,

aber auch neue wissenschaftliche Paradigmen, die soziale Ursachen von Erkrankungen erforschen und Therapie auf die soziale Teilhabefähigkeit ausrichten. Die Lehre ist: Der psychisch kranke Mensch mag krank sein, weil er für sich allein lebt und nicht anders leben kann. Er mag gesunden, wenn er nicht mehr für sich allein lebt.

Die neueste Philosophie und vor allem die Sozialwissenschaften haben dies in ihre Betrachtung aufgenommen. Die Hemmung der eigenen individuellen Entwicklung, die schon von Baader als Problem der Abtrennung des Einzelnen von der Gemeinschaft erkannt wurde, wird heute wieder angeführt bei Überlegungen zu einer gestörten Persönlichkeitsentwicklung durch den Verlust von Anerkennung im familiären und sozialen Raum oder auch, wenn eine depressive Entwicklung als Ergebnis einer sozialen Über- und Unterforderung erscheint. Die psychiatrische Wissenschaft gewinnt hier die Breite der für sie notwendigen Grundlagenwissenschaften zurück, indem sie Philosophie, Soziologie und Ethnologie als Ideengeber respektiert. Daraus entsteht kein Gegensatz zu Erkenntnissen, die aus anderen Grundlagenwissenschaften wie der Biologie und der Genetik entstehen. Denn, um zu Hegel und Baader zurückzukehren, es besteht ja kein Widerspruch zwischen der individuellen, biologisch verfassten Einzelheit des Menschen und der Allgemeinheit der historischen und kulturellen Bedingungen seiner Existenz, wenn er als konkretes Individuum hinsichtlich aller relevanten Perspektiven des Lebensentwurfs verstanden wird. Hegel formuliert, dass je mehr sich ein menschliches Individuum als gesellschaftliches entfalte, desto einzigartiger werde es. Psychiatrische Therapie muss darauf zielen, dass sich der uns anvertraute Patient in seiner Individualität gesellschaftlich entfalten kann, und bei einer möglichen Störung dieser Entfaltungsfähigkeit entsprechende Hilfen auf allen Ebenen seiner Existenz erhält, natürlich auch auf der Ebene seines biologisch individuellen Seins. So trägt, um wieder mit Baader zu formulieren, gut gemachte Psychiatrie und Psychotherapie dazu bei, einzelne selbstbewusste Wesen in sich gründend voneinander frei zu machen, gerade dadurch, dass sie nicht abgetrennt von der Gemeinschaft sind, das heißt nicht für sich allein leben.

UNIV.-PROF. DR. MED. MARTIN HEINZE

Leiter des DGPPN-Referats „Philosophische Grundlagen der Psychiatrie und Psychotherapie“

Hochschulklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Hochschule Brandenburg, Rüdersdorf

Aus Platzgründen werden Zitate und Literatur nicht ausgewiesen. Sie können beim Autor erfragt werden.



DGPPN KONGRESS 2016

Symposium | Neuere Entwicklungen in der Philosophie der Psychiatrie
25.11.2016 | 15:30 bis 17:00 Uhr

BERLIN



JETZT EINREICHEN

Bereichern Sie das Kongressprogramm, indem Sie Ihren wissenschaftlichen Beitrag auf www.wpaberlin2017.com einreichen.



WPA World Psychiatric Association

WPA **XVII** WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY **2017**

Die Welt der Psychiatrie und Psychotherapie zu Gast in Berlin: Im nächsten Jahr veranstaltet die DGPPN gemeinsam mit der World Psychiatric Association vom 8. bis 12. Oktober den WPA XVII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY.

Unter dem Leitthema *Psychiatry of the 21st Century: Context, Controversies and Commitment* referieren und diskutieren hochkarätige Experten aus der ganzen Welt brandaktuelle Themen aus Forschung und Praxis.

- Alle Facetten der Psychiatrie und Psychotherapie
- Internationaler Austausch
- Deutschsprachiger Programmteil
- Triologisches Symposiumen
- Vielfältiges wissenschaftliches Programm
- CME- wie auch EACCME-Zertifizierung wird beantragt

Vorteil sichern! Als DGPPN-Mitglied profitieren Sie von einer vergünstigten Gebühr für den WPA XVII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY. Registrieren Sie sich jetzt auf www.wpaberlin2017.com

WPA XVII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY
Wissenschaftliches Sekretariat, DGPPN-Geschäftsstelle
Dipl.-Psych. Julie Holzhausen
Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
wp2017@dgppn.de
www.facebook.com/wp2017berlin

AM PULS VON WISSENSCHAFT UND VERSORGUNG

➔ **DGPPN KONGRESS 2016**

23.–26. November 2016 | CITYCUBE BERLIN

JETZT ANMELDEN

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

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

MESSE BERLIN
MESSE BERLIN