

PSYCHE IM FOKUS

DAS MAGAZIN DER DGPPN



Welche ärztliche Versorgung brauchen Demenzkranke?



DGPPN

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

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

KONGRESS 2014

Ende November steht Berlin
im Zeichen der psychischen
Gesundheit – ein erster Blick
auf die Programmhöhepunkte

UNTER VIER AUGEN

MFT-Präsident Heyo K. Kroemer
und Psychiater Andreas Meyer-
Lindenberg zur Lage der Psychi-
atrieforschung in Deutschland

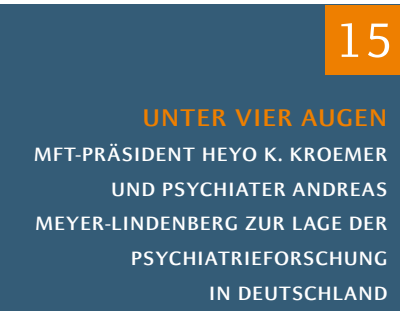
PSYCHIATRIE UND PHILOSOPHIE

Der Psychiater und Philosoph
Joachim Küchenhoff über
Psychotherapie und Freiheit



8

STIGMA – DIE ZWEITE KRANKHEIT



15

UNTER VIER AUGEN

MFT-PRÄSIDENT HEYO K. KROEMER
UND PSYCHIATER ANDREAS
MEYER-LINDENBERG ZUR LAGE DER
PSYCHIATRIEFORSCHUNG
IN DEUTSCHLAND



20

DGPPN KONGRESS 2014:
HIGHLIGHTS AUS DEM PROGRAMM



33

NERVÖSE ZEITEN

DIE THEMEN DIESER AUSGABE

EDITORIAL

GESUNDHEITSPOLITIK

Versorgung von Demenzerkrankungen	2
Qualität in der psychiatrischen Versorgung	4
Entgeltssystem Psychiatrie und Psychosomatik	5
Studie zur Gefährdungsbeurteilung	6
Novellierung der Facharztweiterbildung	7

PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT

Stigma – die zweite Krankheit	8
Die Verwirklichung von Potenzialen im Alter	12

UNTER VIER AUGEN

Zur Lage der Psychiatrieforschung	15
-----------------------------------	----

DGPPN KONGRESS

Highlights aus dem Kongressprogramm	20
Austausch mit Tradition	26

VERANSTALTUNGEN

Expertenworkshop Menschenrechte	27
---------------------------------	----

INSIDE DGPPN

Referate aktuell – Religiosität und Spiritualität	28
Drei Vorstandsmitglieder im Profil	30

ZUKUNFT

DGPPN Summer School 2014	31
Kongress 2014: Nachwuchstrack	32

VON GESTERN FÜR HEUTE

Krankheit als Kulturercheinung	33
--------------------------------	----

PSYCHIATRIE UND PHILOSOPHIE

Psychotherapie und Freiheit	37
-----------------------------	----

PSYCHE IN MEDIEN

Buchrezension – Die Populismus-Falle	40
--------------------------------------	----

IMPRESSUM

HERAUSGEBER:

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

Reinhardtstraße 27 B
D-10117 Berlin

Tel.: 030.2404 772 0

Fax: 030.2404 772 29

E-Mail: pressestelle@dgppn.de

Präsident

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier
(Vi.S.d.P.)

Registergericht:

VR 26854 B, Amtsgericht Berlin
Charlottenburg

REDAKTION:

J. Beutler, lic. phil.
Dipl.-Psych. G. Gerlinger M. A.

AUFLAGE:

8400 Exemplare

ERSCHEINUNGSDATUM:

Juli 2014

LAYOUT UND SATZ:

Timm Knoerr

SCHLUSSKORREKTUR:

Wortkultur | Dr. Ana Kugli

DRUCK:

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

ABBILDUNGEN:

SCHUTTERSTOCK: Titelseite (Paul Vasarhelyi), S. 40 (Radu Bercan); FOTOLIA: S. 14 (Georgios Kollidas), 20 (Marco2811), 24 (Christian Schwier, Bild unten), 25 (Tom-Hanisch, Bild oben und Inhaltsv. mittleres Bild; berlinphotos30, Abb. unten rechts), 26 (salparadis), 31 (andersphoto); THINKSTOCK: S. 3 (AlexRaths), 6 (iStock, monkeybusinessimages), 24 (iStock, aerogondo, linkes Bild; iStock, pojoslav, rechtes Bild), 25 (bizoo_n, Bild unten), 32 (Digital Vision/Michael Blann); PHOTOCASE: Inhaltsv. mittleres Bild und S. 8 (TimToppik), 10 (Andreas Siegel), 13 (cydonna), 30 (manun), 38 (das_banni); picture alliance: S. 4 (ZB, Waltraud Grubitzsch), 5 (ZB, Michael Reichel), 7 (BSIP/BELMONTE); S. 15-19 (Andreas Förg; AFWK, Roland Schmidt); S. 21 (Messe Berlin); S. 22 (Alena Soboleva, Bild oben); S. 23 (Gerhard Daniels, Bild unten); S. 25 (Hans Starosta, mittleres Bild); Inhaltsv. unteres Bild und S. 34 (Bildarchiv IGEN Heidelberg)

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

Der demographische Wandel wird in den kommenden Jahrzehnten auch unser Fach „Psychiatrie und Psychotherapie“ deutlich verändern. Die sich wandelnden Bevölkerungsstrukturen und Lebensstile schaffen neue Risikofaktoren und Verlaufsformen psychischer Störungen. Damit ändern sich auch die Erwartungen an das Versorgungssystem. Unsere Therapie- und Behandlungsangebote müssen entsprechend reformiert und neu entwickelt werden.

Insbesondere die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Demenzerkrankungen stellt für unser Fach eine zunehmende Herausforderung dar. Bei kaum einer anderen Krankheit sind wir in der Praxis weiter von einer leitlinienorientierten medizinischen Versorgung entfernt. Dieses Defizit begünstigt vermehrte Heimeinweisungen und führt zu einer vermeidbaren Steigerung von Pflegelasten. Politisch wird Demenz heute vorzugsweise als Problem der Pflege gesehen. Das ist zu kurz gegriffen! Die medizinischen inklusive psychiatrisch-psychotherapeutischen Möglichkeiten werden dabei kaum beachtet. Wie ein solcher Versorgungsansatz aussehen könnte, diskutierte die DGPPN Mitte April auf ihrem 17. Hauptstadtsymposium in Berlin mit einer Reihe renommierter Experten (Gesundheitspolitik, S. 2-3).

Einem einseitig negativem Bild des Alters stellt der Gerontologe Professor Andreas Kruse aus Heidelberg eine Potenzialperspektive entgegen: Sie beschreibt das „umfassende Lebenswissen, die differenzierte Sicht auf das eigene Selbst, die Fähigkeit, Grenzsituationen auszuhalten, sowie die Bereitschaft, das eigene Leben in eine Generationenfolge zu stellen“ (Psychiatrie und Gesellschaft, S. 12-14).

Wie die klinische und translationale Forschung in Deutschland gestaltet werden muss, um den durch die Altersverschiebung entstehenden neuen medizinischen Bedarf an Therapien zu decken, diskutierte DGPPN-Vorstandsmitglied Professor Andreas Meyer-Lindenberg mit dem Präsidenten des Medizinischen Fakultätentages Professor Heyo K. Kroemer (Unter vier Augen, S. 15-19).

Lesen Sie außerdem in dieser Ausgabe:

- Der Schweizer Sozialpsychiater und Journalist Professor Asmus Finzen fordert, dass in den Bevölkerungskampagnen zur Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen die Stigmatisierten selbst nicht vergessen werden (Psychiatrie und Gesellschaft, S. 8-11).
- Der Medizinhistoriker Professor Wolfgang U. Eckart zeigt auf, wie in der Epoche der Industrialisierung um 1900 Neurasthenie, Nervenerschöpfung und Nervosität zu international anerkannten Modekrankheiten wurden (Von Gestern für Heute, S. 33-36).
- Wie Psychotherapie zu einem freien und selbstbestimmten Leben und Erleben beitragen kann, beschreibt der Psychiater und Philosoph Professor Joachim Küchenhoff (Psychiatrie und Philosophie, S. 37-39).

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

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier
Präsident DGPPN



DEMENZERKRANKUNGEN

REDUKTION VON PFLEGELASTEN DURCH EINE BESSERE MEDIZINISCHE VERSORGUNG

Die Versorgungslage ist alarmierend: Ein Großteil der rund 1,4 Millionen Menschen, die heute in Deutschland an einer Demenz erkrankt sind, wird unzureichend medizinisch betreut. Nur ein Bruchteil der Betroffenen erhält eine leitliniengerechte Behandlung. Ihre Versorgung gilt als vorwiegend pflegerische Aufgabe – dabei hilft eine gute medizinische Betreuung, die Pflegenden zu entlasten, einen Heimeintritt der Betroffenen zu verzögern oder gar zu vermeiden und die Lebensqualität aller Beteiligten zu erhöhen.

Demenzerkrankungen wirken sich nicht nur schwerwiegend auf das Leben der Betroffenen aus, der hohe und lange Pflegeaufwand bedeutet auch eine enorme Belastung für die Angehörigen und die Gesellschaft. Dabei könnten demenziell erkrankte Menschen länger im häuslichen Umfeld leben, wenn sie adäquat medizinisch behandelt würden. Pflegerischer Bedarf ist oftmals die Folge der unzureichenden medizinischen Betreuung. Viele der Patienten können sich nur schwer artikulieren, leiden z. B. unter Schmerzen und werden unruhig. Gerade psychische – aber auch körper-

liche – Begleiterkrankungen werden oft nicht erkannt oder behandelt. Dadurch entstehen vermeidbare Problemsituationen für die demenziell erkrankten Menschen, ihre Angehörigen und die Pflegenden.

LÄNGER SELBSTSTÄNDIG, DANK RICHTIGER BEHANDLUNG

Die Versorgung von Demenzerkrankungen gilt in Deutschland als eine vorwiegend pflegerische Aufgabe. Dabei offenbart die Versorgungsforschung schon seit längerem Optimierungsbe-

darf in der medizinischen Versorgung. Wissenschaftliche Studien zeigen, dass heute nur rund die Hälfte neuer Demenzerkrankungen überhaupt als solche erkannt wird. Kognitive Leistungsdiagnostik und bildgebende Verfahren kommen selten zum Einsatz. Nur ein Bruchteil der Demenzerkrankten erhält eine leitliniengerechte medikamentöse Behandlung. Im Zusammenhang mit den körperlichen Begleiterkrankungen ist sogar eine akute Unterversorgung festzustellen: Im Vergleich zu demenziell Unbeeinträchtigten erhalten Demenzerkrankte in Pflegeheimen zum Beispiel deutlich

VERSORGUNGSSITUATION FÜR DEMENZIELL ERKRANKTE MENSCHEN IN DEUTSCHLAND

- In Deutschland leben gegenwärtig rund 1,4 Millionen Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind. Jährlich werden fast 300.000 neue Fälle diagnostiziert.
- Aktuelle Studien zeigen, dass nur 51 % der neu an Demenz Erkrankten – z. B. von ihrem Hausarzt – als solche erkannt werden.
- Nur ein Bruchteil der demenziell erkrankten Menschen erhält eine leitliniengerechte medikamentöse Behandlung.
- Demenz führt oft zu Störungen im Erleben und Verhalten. Es können Depressionen, Unruhe, Angst, Aggressivität, Sinnestäuschungen, Schlafstörungen und Beeinträchtigungsideen auftreten. Die Betrof-
- fenen verstehen ihre Umgebung nicht mehr und werden oft nicht verstanden. Hieraus folgen erhebliche Probleme in der Pflege und Unterbringungen in Pflegeheimen.
- Demenziell erkrankte Heimbewohner erhalten deutlich häufiger Neuroleptika (38,2 % vs. 22,9 %) als kognitiv Unbeeinträchtigte – vermutlich zur Unterdrückung von Verhaltenssymptomen, meist außerhalb der Indikation. Risiko: Reduktion der Lebenserwartung.
- Demenziell erkrankte Menschen erhalten viel weniger Schmerzmittel als Gleichaltrige – vermutlich weil ihre Schmerzen nicht erkannt werden. Die Folgen sind unnötiges Leiden und Pflegelasten.
- Rund die Hälfte aller Kranken an internen Krankenhausabteilungen ist 60 Jahre oder älter. Je nach Alterszusammensetzung leiden zwischen 10 und 20 % unter einer Demenzerkrankung. Demenzsensible Krankenhäuser aber sind selten.
- Vor allem bei körperlichen Krankheiten, die eine Spitalaufnahme nötig machen, kommt es bei Demenzerkrankten gehäuft zu akuten Delirien, die oft nicht erkannt und behandelt werden.
- Pflegeheimaufnahmen führen oft zu einer deutlichen Abnahme der kognitiven Fähigkeiten und einer Verschärfung der Demenz. In Pflegeheimen leiden etwa zwei Drittel der Bewohner an einer Demenz.



Demenziell erkrankte Menschen können länger im häuslichen Umfeld leben, wenn sie adäquat medizinisch behandelt werden.

seltener eine kontinuierliche Schmerztherapie. Doch auch die medizinischen Behandlungsangebote müssen eine stärkere Demenzsensibilität zeigen. So bewirken z. B. Krankenhausaufenthalte viel zu häufig Verschlechterungen alltagsrelevanter Fähigkeiten.

Zwar ist Demenz derzeit nicht heilbar, aber es gibt viele therapeutische Möglichkeiten, um die Symptome zu lindern. Dabei sollten medizinische und pflegerische Maßnahmen in einem therapeutischen Gesamtkonzept eingesetzt werden. Bei einer frühzeitigen Diagnose und einem rechtzeitigen Beginn der Therapie ist es möglich, den Verlauf der Krankheit positiv zu beeinflussen. Die Betroffenen können über einen längeren Zeitraum in der häuslichen Umgebung leben und müssen weniger rasch pflegerische Unterstützung in Anspruch nehmen.

DGPPN FORDERT NATIONALEN DEMENZPLAN

- Wie ein solcher umfassender sektorenübergreifender Versorgungsansatz zu gestalten ist, diskutierte die DGPPN Mitte April auf ihrem 17. Hauptstadtsymposium in Berlin mit einer Reihe renommierter Experten. Über 60 Teilnehmer nahmen am Symposium teil. Annette Widmann-Mauz, Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit, sprach zur Eröffnung der Veranstaltung ein Grußwort und bestätigte dabei den Handlungsbedarf der Politik. Die Experten widmeten sich u. a. dem ethischen Umgang mit demenziellen Erkrankungen, den verschiedenen Behandlungssettings, neuen Therapieansätzen, der aktu-

ellen Forschungslage, neuen Versorgungsstrukturen sowie sektorenübergreifenden Modellen. Die DGPPN unterstrich dabei nochmals ihre Forderung nach einem Nationalen Demenzplan: Eine intensive, kompetente fachärztliche sowie pflegerische Betreuung ist heute noch nicht in ausreichendem Maß gewährleistet. Demenziell erkrankte Menschen haben Anspruch auf eine multiprofessionelle, leitliniengerechte und qualitätsgesicherte Betreuung – und zwar über Settings hinweg zu Hause, im Krankenhaus oder im Pflegeheim.

MEDIZINISCHE VERSORGUNG

QUALITÄT UND QUALITÄTSSICHERUNG IN PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

Die Bundesregierung hat die Qualität in der medizinischen Versorgung zu einem der Kernthemen in der Gesundheitspolitik gemacht. In der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen bemisst sich die Qualität am wissenschaftlichen Niveau, am ethischen Verantwortungsbewusstsein und am Erfolg der präventiven, diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen.



Die DGPPN setzt sich dafür ein, dass die personelle Ausstattung psychiatrischer Krankenhäuser auch nach dem Außerkrafttreten der Psychiatrie-Personalverordnung am 1. Januar 2017 verbindlich geregelt wird.

HINTERGRUND

Auszug aus dem Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD:

„Eine flächendeckende Krankenhausversorgung gehört zu den wesentlichen Elementen der Daseinsvorsorge. Das Krankenhaus der Zukunft muss gut, gut erreichbar und sicher sein. Die Menschen müssen sich darauf verlassen können, nach dem neuesten medizinischen Stand und in bester Qualität behandelt zu werden. In einer Qualitätsoffensive werden wir die Qualität der stationären Versorgung verbessern. Qualität wird als weiteres Kriterium für Entscheidungen der Krankenhausplanung gesetzlich eingeführt (§ 1 KHG).“

Im Koalitionsvertrag der Regierungskoalition sind dementsprechend zahlreiche Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Gesundheitswesen angekündigt. Der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages beriet Ende Mai über die Ausgestaltung des neuen „Instituts zur Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen“ (IQTG), das dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) dauerhaft wissenschaftliche Grundlagen für Entscheidungen im Bereich der Qualitätssicherung liefern soll.

Schon im Psych-Entgeltgesetz von Juli 2012 hat der Gesetzgeber zwei Aufträge an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) erteilt. Zum einen sollen sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren für die Versorgung psychisch Kranker entwickelt werden. Dazu hat der G-BA eine Unterarbeitsgruppe gegründet und einen entsprechenden Auftrag an das AQUA-Institut erteilt. Zum anderen sieht das Psych-Entgeltgesetz vor, dass für die Zeit nach dem Wegfall der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) Empfehlungen für die personelle Strukturqualität in der Psychiatrie definiert werden sollen. Im Frühjahr dieses Jahres gründete der G-BA deshalb die Unterarbeitsgruppe „Strukturqualität für Psychiatrie und Psychosomatik“.

NEUE TASKFORCE DER DGPPN

Aus Sicht der DGPPN müssen die Empfehlungen des G-BA verpflichtenden Charakter haben und vor allem muss wie bei der Psych-PV die Refinanzierung durch die Krankenkassen gesichert sein. Für eine entsprechende Positionierung der DGPPN wurde jetzt eine Taskforce „Strukturqualität“ unter Leitung der President Elect, Dr. Iris Hauth, gegründet, an der die wesentlichen Verbände der Psychiatrie und Psychosomatik beteiligt sind. Ziel ist es, nach den Vorgaben des Gesetzgebers, ausgehend von der Psych-PV und unter Berücksichtigung der Erfordernisse des medizinischen Fortschritts und der Leitlinien, insbesondere der evidenzbasierten Psychotherapie und psychosozialen Maßnahmen, den Personalbedarf zu ermitteln. Ein Positionspapier ist für den Herbst geplant.

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft setzt sich die DGPPN seit Jahrzehnten für die Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde ein. Dazu gehört insbesondere die Entwicklung praxisbezogener Leitlinien für die häufigsten Krankheitsbilder in verschiedenen Settings. Ebenso hat sie sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren erarbeitet.

ENTGELTSYSTEM PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK

GRUNDLEGENDE KURSKORREKTUR NOTWENDIG

Ab 2015 sollten in Deutschland alle psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken mit dem neuen pauschalierenden Entgeltsystem (PEPP) abrechnen. Doch aufgrund der anhaltenden Kritik von Ärzten, Pflegefachpersonal, Patienten und Angehörigen hat die Bundesregierung die sogenannte Optionsphase Ende Juni um zwei Jahre verlängert.

Die Verlängerung war an das Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz geknüpft. Die Politik machte damit einen Schritt in die richtige Richtung, da sie den Krankenhäusern zumindest den akuten Umsetzungsdruck nahm. Doch PEPP bedarf grundlegender Korrekturen, nur so lässt sich Schaden für die Patienten abwenden. Die gewonnene Zeit muss deshalb für umfassende Anpassungen genutzt werden. Gemeinsam mit 17 weiteren Fachgesellschaften und -verbänden hat sich die DGPPN im Frühling mit einem Brief direkt an Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe gewandt und auf die zentralen Punkte aufmerksam gemacht,

die es bei der Weiterentwicklung zu berücksichtigen gilt. Die Botschaft ist klar: Wer aufgrund einer akuten und schweren psychischen Erkrankung auf eine Behandlung im Krankenhaus angewiesen ist, darf durch das neue Entgeltsystem keinesfalls benachteiligt werden. Auch der Deutsche Ärztetag forderte die Bundesregierung zu umfangreichen Anpassungen auf.

UNABHÄNGIGE EXPERTENKOMMISSION GEFORDERT

Um ein transparentes und leistungsgerechtes Vergütungssystem zu entwickeln, das auf breite Akzeptanz stößt,



Die Verlängerung der Optionsphase muss jetzt für grundlegende Korrekturen genutzt werden.

fordern die beteiligten Fachgesellschaften und -verbände die Einrichtung einer unabhängigen Expertenkommission. Diese soll den Entwicklungsprozess auf der Ebene der Politik und der Selbstverwaltung beratend begleiten.

GEMEINSAMER STANDPUNKT

Die zentralen Punkte der Fachgesellschaften und -verbände:

- Es bedarf einer fachlich begründeten, bürokratiearmen Leistungserfassung und Kalkulation.
- Die regionale Akut- und Notfallversorgung (Pflichtversorgung) muss angemessen als definierte Leistung gewichtet und vergütet werden.
- Auch nach dem Wegfall der Psychiatrie-Personalverordnung muss die erforderliche Strukturqualität umfassend in allen Fachgebieten sichergestellt und ausreichend finanziert werden. Notwendig ist eine an den Leitlinien ausgerichtete Personalbemessung, die mindestens auf dem 100 %-Erfüllungsgrad der Psych-PV aufsetzt.
- Bei Mehrleistungen, die durch erhöhte Morbidität und Umsetzung des Krankenhausplans entstanden sind, müssen Regelungen für einen sachgerechten Mittelzufluss in das Gesamtsystem erarbeitet werden.
- Es bedarf rechtlicher Rahmenseetzungen und adäquater Vergütungsregelungen für „neue“, sektorenübergreifende Behandlungsformen wie Home-Treatment durch das Krankenhaus, auch außerhalb von Modellvorhaben.
- Die Auswirkungen von PEPP auf die Verteilungsgerechtigkeit zwischen einerseits Elektivversorgung und andererseits regionaler Pflichtversorgung aller Patienten muss transparent gemacht werden. Es müssen geeignete Methoden entwickelt werden, um Fehlallokationen zu vermeiden.

PEPP weiterentwickeln

Weitere Informationen finden Sie auf www.dgppn.de > Presse > Pressemitteilungen

STUDIE ZUR GEFÄHRDUNGSBEURTEILUNG AM ARBEITSPLATZ

GEFAHREN ERKENNEN UND SCHUTZ VERSTÄRKEN

Eine aktuelle Studie zeigt auf, dass in Deutschland bei der Gefährdungsbeurteilung psychosozialer Risiken am Arbeitsplatz noch große Defizite bestehen. In vielen europäischen Staaten müssen Arbeitgeber mit deutlich empfindlicheren Sanktionen rechnen, wenn sie der Pflicht der Gefährdungsbeurteilung nicht nachkommen.

Wenn es um unseren Körper geht, ist Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz heute selbstverständlich. In ganz Deutschland gelten Gesetze und Verordnungen, um Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz zu reduzieren. Diese Maßnahmen waren erfolgreich: In den letzten 50 Jahren ist die Zahl der Berentungen aufgrund von Arbeitsunfällen um 75 % zurückgegangen.



Psychosoziale Risikofaktoren gehören in die gemeinsame Verantwortung von Arbeitgebern, Politik und Beschäftigten.

Anders sieht die Situation im Bereich der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz aus: Der Schutz vor psychosozialen Risiken wurde lange vernachlässigt.

Dabei nehmen die psychischen Erkrankungen quer durch alle Branchen zu. Mit 40 Millionen Arbeitsunfähigkeitstagen stehen sie heute auf Platz zwei der Krankschreibungen. Zudem werden rund 70.000 Menschen pro Jahr aufgrund von psychischen Erkrankungen frühberentet.

NACHHOLBEDARF IN DEUTSCHLAND

Ende 2013 reagierte die Politik und nahm die Gefährdungsbeurteilung auch bezüglich psychischer Belastungen in das Arbeitsschutzgesetz auf. Allerdings sind die Vorgaben an den Arbeitgeber zur Umsetzung noch zu wenig verbindlich. Eine aktuelle Studie der DGPPN und des Universitätsklinikums Freiburg zeigt: Die Möglichkeiten der Sanktionierung sind in Deutschland im Vergleich zu europäischen Nachbarländern minimal und im Gesetzestext noch nicht formuliert.

Wer als Arbeitgeber Gefährdungsbeurteilungen bei psychosozialen Risikofaktoren vernachlässigt oder gar nicht

vornimmt, hat zunächst nicht mit Konsequenzen zu rechnen. Die zuständigen Landesbehörden für Arbeitssicherheit überwachen die Einhaltung der Gesetzesvorgaben und weisen den Arbeitgeber auf die Verletzung seiner Pflichten hin. Erst wenn nach diesem Hinweis innerhalb einer Frist nicht nachgebessert wird, wird die Pflichtverletzung als Ordnungswidrigkeit geahndet und ein Bußgeld angeordnet.

BEISPIEL FRANKREICH

Andere Länder zeigen, dass es auch anders geht – z.B. Frankreich: Die Missachtung zur Erstellung der Gefährdungsbeurteilung gilt als unentschuldigbares Versäumnis im Arbeitsverhältnis. Der Arbeitgeber wird in die Haftung genommen: Kommt es zu einem Arbeitsausfall (z. B. Burnout bedingte Depressionen), haftet er voll für die Folgen, wenn er das Risiko in seiner Gefährdungsbeurteilung hätte erkennen können. Zudem kann eine Strafe bis zu 45.000 Euro oder bis zu drei Jahren Gefängnis verhängt werden.

Psychosoziale Risiken in der Arbeitswelt stärker priorisieren

Lesen Sie die vollständige Studie auf www.dgppn.de > Presse > Pressemitteilungen.

DIE FORDERUNGEN DER DGPPN

Es muss ein zentrales gesellschaftliches Ziel sein, die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitern zu erhalten. Unsere Forderungen:

- Umsetzungsdefizite des erweiterten Arbeitsschutzgesetzes beheben
- Präventive Maßnahmen ausschöpfen
- Klares Prozedere bei drohender Überlastung mit entsprechend

kompetentem Ansprechpartner für die Betroffenen einführen

- Überlastete Mitarbeiter oder bereits von einer psychischen Erkrankung betroffene Mitarbeiter zeitnah und kompetent beraten und unterstützen
- Zeitnahe Wiedereingliederung an den Arbeitsplatz in ggf. enger Abstimmung zwischen Behandelndem und Arbeitsstelle

NOVELLIERUNG DER FACHARZTWEITERBILDUNG

DER PSYCHIATER DER ZUKUNFT

Welche Anforderungen sind an die zukünftige Weiterbildung im Fach Psychiatrie und Psychotherapie zu stellen? Darüber diskutierten Mitte März 35 Experten in Berlin. Neben den inhaltlichen Schwerpunkten ging es dabei auch um die Dauer der Weiterbildungszeit.

Die Experten – 35 Fach- und Assistenzärzte, darunter viele Mitglieder der DGPPN – waren sich einig: Die Novellierung der Weiterbildungsordnung (WBO) im Fach Psychiatrie und Psychotherapie bietet die große Chance, die wissenschaftlichen, klinischen und demographischen Entwicklungen der letzten Jahre zu berücksichtigen und auf die heutige und zukünftige Versorgungslage anzupassen. Ziel muss es sein, die Breite der Versorgung durch den Facharzt abzudecken. Dabei ergeben sich gerade vor dem Hintergrund des demographischen Wandels und der Versorgungsstruktur in ländlichen Gebieten neue Herausforderungen – z. B. die Versorgung älterer Menschen oder Patienten mit neurologischen Erkrankungen. Die Mehrheit der Experten sprach sich deshalb dafür aus, Gerontopsychiatrie und Neuropsychologie als integralen Bestandteil in der WBO auszuweisen.

AUF DEN PATIENTEN AUSGERICHTET

Konsens bestand auch darin, dass Pharmako- und Psychotherapie – als Kernkompetenzen des Psychiaters – in der Weiterbildung gleichgewichtig vermittelt werden. Im Bereich der Pharmakotherapie soll es dabei neben der Breite an pharmakologischen Wirkstoffen und ihren Anwendungsgebieten auch um Aspekte der Arzneimittelsicherheit und den Umgang mit der Industrie gehen. Auch Psychotherapie umfasst heute in einer gestuften psychotherapeutischen Versorgung neben der Richtlinienpsychotherapie ein breites Repertoire an evidenzbasierten psychotherapeutischen Interventionen für die Behandlung psychischer Erkrankungen. Die Mo-



Der fachärztliche Nachwuchs legt großen Wert auf eine qualitativ hochstehende Weiterbildung.

dulare Psychotherapie bildet dabei in besonderer Weise die klinische Arbeitsweise im psychiatrischen ambulanten, stationären und teilstationären Setting ab. Nicht alle Betroffenen einer psychischen Erkrankung lassen sich im 50-Minuten-Takt der Richtlinienpsychotherapie adressieren. Viele schwer und chronisch erkrankte Patienten bedürfen einer langfristigen Erhaltungstherapie. Hier bietet die Modulare Psychotherapie nach Meinung der Experten störungsorientierte Interventionen, die gut lehrbar sind. Geplant ist zudem, Oberärzte zu Supervisoren zu qualifizieren, um so die Weiterbildung von Assistenzärzten im klinischen Alltag auf einem hohen Niveau zu verankern.

MENSCHENRECHTLICHE UND ETHISCHE ASPEKTE

In der Behandlung von Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung nicht einwilligungsfähig sind, ist die Psychiatrie in besonderer Weise zur Auseinandersetzung mit menschenrechtlichen und ethischen Aspekten aufgerufen. Die Experten waren sich einig, dass die WBO diesen Umstand unbedingt berücksichtigen muss. Deeskalationstechniken, Feststellung von Einwilligungsunfähig-

keit und die UN-Behindertenrechtskonvention sollen deshalb einen festen Bestandteil der WBO bilden.

DAUER DER WEITERBILDUNGSZEIT

Psychiater und Neurologen schlugen in der Novellierung der WBO eine Ausweitung der Weiterbildungszeit auf sechs Jahre vor, um eine inhaltliche Erweiterung zu ermöglichen. Hierzu fanden sich im Workshop Für- und Gegenstimmen: Deutlich wurde, dass der fachärztliche Nachwuchs großen Wert auf eine qualitativ hochwertige Ausbildung legt und auch bereit ist, in eine umfassendere Ausbildung mehr Zeit zu investieren. Für die kürzere, fünfjährige Weiterbildungszeit spricht insbesondere die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie und damit eine höhere Attraktivität für den Nachwuchs. Damit die Ausweitung der Inhalte in der Praxis gut umsetzbar bleibt, diskutierten die Experten auch über den Zusammenschluss zu Weiterbildungsverbänden oder die Nutzung internetbasierter Lehrmaterialien. Die Anforderungen und Bedürfnisse an die neue WBO werden in den nächsten Monaten in den Landesärztekammern beraten. Eine Verabschiedung ist für den Ärztetag 2016 in Aussicht.

STIGMA – DIE ZWEITE KRANKHEIT

TIEFVERWURZELTE EINSTELLUNGEN VERÄNDERN

In den vergangenen beiden Jahrzehnten ist das Bewusstsein dafür gewachsen, dass Stigmatisierungen eine schwere Last für psychisch Kranke und ihre Angehörigen sein können. Das Leiden unter Vorurteilen, Diskriminierung und Schuldzuweisungen wird zur zweiten Krankheit. Die Psychiatrie muss sich damit auseinandersetzen – durch ein größeres Engagement für Entstigmatisierung auf der einen und Stigmabewältigung auf der anderen Seite.

Autor: Asmus Finzen



Trotz Fortschritten in der psychiatrischen Forschung und Versorgung haben Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland nach wie vor mit Vorurteilen zu kämpfen.

Nationale psychiatrische Gesellschaften, Angehörigenvereinigungen und Selbsthilfeorganisationen Krankheitserfahrener versuchen, unter dem Oberbegriff der Entstigmatisierung das Bild der Öffentlichkeit von den psychisch Kranken und der Psychiatrie positiv zu beeinflussen. Daneben gibt es einen weiteren Ansatz, der konstruktive Auseinandersetzung mit der Stigmatisierung verspricht: das Stigma-Management – bzw. die Stigmabewältigung. Sie ist in ihrem Anspruch bescheidener und konzentriert sich darauf, die Stigmatisierten zu befähigen, ihr persönliches Stigma zu bewältigen und ihre „beschädigte Identität“ zu „heilen“ [1].

WAS ABER IST STIGMA?

Der amerikanische Soziologe Erving Goffman hat dem Problem der Stigmatisierung eines seiner frühen – inzwischen klassischen – Bücher gewidmet: „Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität“ (1963, dt. 1967). Die Griechen, so Goffman, „schufen den Begriff des Stigma als Verweis auf körperliche Zeichen, die dazu bestimmt waren, etwas Ungewöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand des Zeichenträgers zu offenbaren. Die Zeichen wurden in den Körper geschnitten oder gebrannt und taten öffentlich kund, dass der Träger [...] eine gebrandmarkte, rituell für unrein erklärte Person war, die gemieden werden sollte“ [1; S. 9].

Die Wirkung von Goffmans Überlegungen ist enorm – und bildet auch die gedankliche Grundlage dieses Artikels. Fast alles, was in der neueren Soziologie und Psychiatrie über Stigma geredet und geschrieben wird, geht auf ihn zurück – selbst dann, wenn er nicht als Quelle genannt wird. Für Goffman ist Stigma die Beschädigung der personalen sozialen Identität. Damit zeigt er, dass es für viele Menschen, die sich sozial abweichend verhalten oder zu einem abweichenden Dasein verurteilt sind, um viel mehr geht als um das Einhalten oder das Verletzen von Regeln und Normen. Für sie geht es um das „eigene Leben“ in der komplexen Lebenswelt einer größeren sozialen Gemeinschaft. Wir haben, wo immer wir leben, bestimmte Vorstellungen davon, wie Menschen sich verhalten, wie sie leben, wie sie sein sollten – ob uns das nun bewusst ist oder nicht: „Wenn ein Fremder uns begegnet, dürfte der erste Anblick uns befähigen, seine Kategorie und seine Eigenschaften, seine ‚soziale Identität‘ zu antizipieren [...]. Im Extremfall nehmen wir ihn als Person wahr, die durch und durch schlecht ist oder gefährlich oder schwach. In unserer Vorstellung wird er von einer ganz gewöhnlichen Person zu einer befleckten, beeinträchtigten herabgemindert. Ein solches Attribut ist ein Stigma“ [1; S. 10f.].

Goffman unterscheidet drei „krass verschiedene Typen“ von Stigma: Die „Abscheulichkeiten des Körpers“; „individuelle Charakterfehler, wahrgenommen als Willensschwäche“, einschließlich „Geistesverwirrung, Gefängnishaft, Sucht, Homosexualität, [...] und radikalem politischem Verhalten“; sowie „phylogenetische Stigmata von Rasse und Religion, die von Geschlecht zu Geschlecht weitergegeben werden“ [1; S. 13].

Trotz ihrer Verschiedenheit haben alle Stigma-Typen ähnliche Merkmale. Die Betroffenen, die wir sonst ohne Schwierigkeiten in unsere Gemeinschaft aufnehmen würden, haben eine Eigenschaft, die wir unter keinen Bedingungen hinnehmen können, die uns veranlasst, alle ihre sonstigen Eigenschaften, die wir an ihnen schätzen, als nichtig zu betrachten: Sie haben ein Stigma. Sie sind „in unerwünschter Weise anders, als wir es antizipiert hatten“. Im Grunde seien wir davon überzeugt, dass Personen mit einem Stigma „nicht ganz menschlich“ seien. Deshalb diskriminieren wir sie und reduzieren ihre Lebenschancen „wirksam, wenn auch oft gedankenlos“ [1; S. 14].

STIGMATISIERUNG GEHT WEIT IN DIE GESCHICHTE ZURÜCK

Das Ausschließen der Stigmatisierten ist beileibe kein besonderes Problem der modernen Gesellschaft. Sie reicht weit in die Geschichte zurück und ist in der gesamten Menschheit weitverbreitet. Schon dem gottesfürchtigen König David (ca. 1004 – 965 v. Chr.) „waren die Blinden und Lahmen in der Seele verhasst“ [2; Buch Samuel 5: 8]. Die „Krüppelscheu“ der Antike, auch der antiken Medizin, ist bekannt; und während des ganzen Mittelalters werden Aussätzige mit Siechenmänteln, Schellen und Klappern versehen, Geistesgestörte (Besessene) mit einer Kreuz-Tonsur geschoren, haben Juden gelbe Flecken auf ihren Gewändern zu tragen. „Die Angst, dem Bösen nahezukommen, und von seiner Berührung tödlich gebrannt zu werden, sass tief“ [2]. *Weiter auf nächster Seite >>>*

GEGEN STIGMATISIERUNG UND DISKRIMINIERUNG

Menschen mit psychischen Erkrankungen haben in Deutschland nach wie vor mit Vorurteilen zu kämpfen. Für die Betroffenen sind Zurückweisung und Ausgrenzung eine enorme Belastung, die sich auch negativ auf den Krankheitsverlauf auswirken kann. Die DGPPN engagiert sich deshalb seit vielen Jahren aktiv für den Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung.

- Durch kontinuierliche Information über psychische Erkrankungen und ihre Therapiemöglichkeiten fördert die Fachgesellschaft das Verständnis in der Öffentlichkeit. Gleichzeitig entwickelt sie Behandlungsleitlinien und Qualitätsindikatoren.
- Einmal pro Jahr vergibt die Fachgesellschaft den Antistigma-Preis – ein Förderpreis zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Der Preis zeichnet Projekte, Institutionen und Selbsthilfegruppen aus, die sich für eine nachhaltige gesellschaftliche Integration psychisch erkrankter Menschen engagieren.
- Der jährlich verliehene DGPPN-Medienpreis für Wissenschaftsjournalismus prämiert sachliche, nichtskandalisierende Darstellungen in Print, Film und Hörfunk. Hinzu kommen regelmäßige Fachveranstaltungen, z. B. für Pressevertreter.
- Die DGPPN Hauptstadtsymposien stellen ausgesuchte psychiatrische Themen mit gesundheits- und gesellschaftspolitischem Bezug ins Zentrum und leisten dadurch wichtige Aufklärungsarbeit.
- Öffentliche Veranstaltungen auf dem jährlichen DGPPN Kongress sprechen gezielt die breite Bevölkerung an. Dazu zählen speziell für Schüler und Lehrer konzipierte Veranstaltungen und Dialog-Foren mit Betroffenen, Angehörigen und Fachärzten.
- Die DGPPN ist Gründungsmitglied und Projektträger des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit und arbeitet auch hier eng mit Betroffenen- und Angehörigenverbänden sowie Selbsthilfegruppen zusammen.

Es muss nicht daran erinnert werden, wie weit wir es im 20. Jahrhundert damit gebracht haben. Bemerkenswert allerdings ist, wie wenig wir daraus gelernt haben. Völkermord und ethnische Säuberung haben das letzte Jahrhundert geprägt. Und heute werden im ganz normalen Alltag Rollstuhlfahrer angepöbelt, Andersfarbige drangsaliert, Menschen mit geistiger Behinderung verhöhnt und psychisch Kranke diskriminiert. Alles das ist Ausdruck und Folge von tiefsitzenden Vorurteilen und Stigmatisierung; und es ist eine gefährliche Illusion zu glauben, Stigmatisierung als soziales Phänomen könnte aufgehoben werden. Wir müssen uns vielmehr fragen, ob die Stigmatisierung bestimmter Individuen nicht „gesellschaftliche Notwendigkeit“ ist. Wir müssen uns fragen, ob die Kennzeichnung und Ausgrenzung „Andersartiger“ nicht eine der Voraussetzungen für die Aufrechterhaltung der sozialen Identität der „Normalen“ ist. Es spricht viel dafür, dass das so ist. Argumente dafür finden wir beispielsweise bei dem amerikanischen Ethnomethodologen Harold G. Garfinkel (1956) [3]. Und der große amerikanische Soziologe Talcott Parsons (1958) – selbst Vater einer psychisch kranken Tochter – betrachtet die Stigmatisierung als notwendig, um zu verhindern, dass Kranke sich in ihrer „privilegierten Krankenrolle“ häuslich einrichten. [4] Die amerikanische Essayistin Susan Sontag (1989) argwöhnt, bei der Stigmatisierung (von Kranken) handle es sich um die Befriedigung eines gesellschaftlichen Grundbedürfnisses: „Es scheint so, als brauchten alle Gesellschaften eine Krankheit, die sie mit dem Bösen identifizieren und ihren „Opfern“ als Schande anlasten können“ [5].

DER PROZESS DER STIGMATISIERUNG

Je nach Art des Stigmas verlaufen Prozess und Erleben der Stigmatisierung unterschiedlich. Aber alle Stigmatisierten müssen zur Kenntnis nehmen, dass sie anders sind als andere Menschen, als die „Normalen“. Sie müssen lernen, damit umzugehen. Die Stigmatisierung und der Umgang damit wird Teil ihrer Biografie. Sie führt zur Beschädigung oder zur Zerstörung ihrer Identität. Die meisten Menschen mit einem Stigma machen ähnliche Erfahrungen hinsichtlich ihrer „Misere“. Allerdings unterscheidet sich die Entwicklung, je nachdem, ob jemand mit einem angeborenen Stigma auf die Welt kommt, ob jemand im Laufe seines Lebens an einem stigmatisierenden Leiden erkrankt oder ob er in eine Gemeinschaft von Stigmatisierten hineingeboren wird, sei es aus religiösen, nationalen oder „rassischen“ Gründen.

Wenn das Stigma erst später im Leben auftritt wie bei den meisten Krankheiten, hat der Betroffene sich mit den Werten seiner Gesellschaft identifiziert, „bevor er sich als unzulänglich sehen musste. Voraussichtlich wird sein besonderes Problem seine Neuidentifizierung sein und mit besonderer Wahrscheinlichkeit wird er eine Missbilligung seiner selbst entwickeln“ [1; S. 14]. Das gilt auch und besonders für psychisch

Kranke. Sie sind mit allen Vorbehalten und Vorurteilen ihrer Gesellschaft gegenüber psychisch Kranken aufgewachsen. Sie haben sie geteilt. Entsprechend geraten sie in ein scheinbar nicht auflösbares Dilemma, wenn sie an einem „verrufenen“ Leiden erkranken. Dann erleben sie und ihre Angehörigen eine Entwertung ihrer selbst. Sie tun das um so mehr, je ausgeprägter die gesellschaftlichen Vorurteile gegenüber ihrer Krankheit sind, je stärker sie im alltäglichen Leben zurückgewiesen, geächtet, ausgeschlossen oder verhöhnt werden – und je intensiver sie sich in gesunden Zeiten damit identifiziert haben. Auf diese Weise wird das Stigma zur zweiten Krankheit, die ebenso belastend sein kann wie die erste und die im Genesungsprozess zu einem Hindernis ersten Ranges werden kann. Der psychiatrische Mainstream hat dafür den Begriff der „Selbststigmatisierung“ gefunden – ein untauglicher oder zumindest unglücklicher Terminus. Er unterstellt, die Betroffenen würden aktiv an ihrer Stigmatisierung mitwirken. Sie seien in gewissem Maße selber schuld. Tatsächlich sind sie wegen der Werte und der Vorurteile, die sie als Gesunde hatten, in eine Falle geraten, aus der sie sich als Kranke nicht ohne Hilfe befreien können.

PSYCHISCH KRANKE:

DISKREDITIERT UND DISKREDITIERBAR

Psychisch Kranke sind Stigmaträger, deren Andersartigkeit nicht auf den ersten Blick erkennbar ist. Sie sind durch das Stigma ihres Leidens nicht primär diskreditiert. Sie sind aber diskreditierbar. Ein innerer Kreis von Menschen, mehr oder weniger groß, weiß, dass sie krank sind. Die meisten aber wissen es nicht. Das Bewusstsein von Vorbehalten und Vorurteilen führt dazu, dass viele psychisch Kranke und ihre Angehörigen versuchen, ihr Leiden zu verbergen. Dies ist möglich, wenn die Krankheit ganz oder weitgehend überwunden ist. Aber es hat Konsequenzen. Denn das Verbergen eines Teils der eigenen Identität ist belastend. Mit anderen Worten: Psychisch Kranke, die ihre Störung verbergen, leben unter dauernder Anspannung und in der Sorge, entdeckt – diskreditiert – zu werden. Das Verbergen der Krankheit mag einige Probleme lösen, andere verschärft es. Tatsächlich brauchen psychisch Kranke und ehemals psychisch Kranke den Austausch mit anderen Menschen über ihr Leiden, ihre Behandlung und ihre damit verbundenen Probleme. Das soziale Leben in einer Welt der Täuschung kann außerordentlich belastend werden und einen Rückfall begünstigen. Trotzdem scheint es zu den schwierigsten sozialen Herausforderungen für rekonvaleszente psychisch Kranke zu gehören, über den engsten Familienkreis hinaus Menschen zu finden, denen sie ohne Furcht vor Missbrauch und Zurückweisung vertrauen können.

WAS ZU TUN IST

Stigmatisierung hat sehr viel mit Sicherung von Grenzen zu tun. Auch die gegenwärtige Gesellschaft kennt ihre rigorosen Abgrenzungen von denen, die nicht dazu gehören. Es sind nicht mehr die Aussätzigen, die ausgesetzt werden. Es sind die Angehörigen von Randgruppen, die mehr oder weniger ausgeschlossen sind: Bestimmte Ausländer, „Asylanten“, radikal Andersdenkende, Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen – und eben psychisch Kranke. Das Ausmaß und die Rigorosität des Ausschlusses und der Ausgrenzung unterscheiden sich. Aber es ist keine Gesellschaft vorstellbar, die auf solche Ausgrenzungen verzichtet. Wir sollten uns nicht der Illusion hingeben, dass wir dies grundsätzlich ändern könnten. Wir sollten es dennoch versuchen. Wir können versuchen, besonders gefährliche und irrationale Vorurteile durch gezielte Aufklärung und Sympathiewerbung zu mildern. Das ist schwierig, wenn wir die gesamte Gesellschaft als Zielgruppe auswählen. Gewiss, die Gesellschaft ändert sich – leider meist nicht in die Richtung, die wir uns wünschen. Es mag möglich sein, das Wissen über die kritisierten Gruppen zu verändern. Die schier unüberwindliche Schwierigkeit besteht darin, tiefverwurzelte Einstellungen zu verändern. Letzten Endes sind wir immer noch auf der Suche nach tauglichen Ansät-

zen der Anti-Stigma-Arbeit. Es spricht einiges dafür, dass die Arbeit mit kleineren Gruppen unter Einbeziehung psychisch Kranker wirksam ist. Am wichtigsten aber ist es, den Kranken selber möglichst frühzeitig zu helfen, die Beschädigung ihrer Identität durch das Stigma zu bewältigen, zu begreifen, dass ihnen durch Vorurteile, Diskriminierung und Stigmatisierung Unrecht geschieht.

PROF. DR. MED. ASMUS FINZEN

Psychiater, Nervenarzt, Wissenschaftspublizist
Ehemals Ltd. Krankenhausarzt in Deutschland (Wunstorf 1975-87) und der Schweiz (Basel bis 2003)

LITERATUR

1. Goffman E (1963/1967) *Stigma. Über Techniken zur Bewältigung beschädigter Identität*. Suhrkamp, Frankfurt/Main
2. Müller K E (1996) *Der Krüppel*. C. H. Beck, München
3. Garfinkel H (1956) *Conditions of Successful Degradation Ceremonies*. *Am. Journal of Sociology* 61:420-424
4. Parsons T (1958/1967) *Definition von Gesundheit und Krankheit im Lichte der sozialen Struktur Amerikas*. In: Mitscherlich A et al. (Hrsg.) *Der Kranke in der modernen Gesellschaft*. Kiepenheuer und Witsch, Köln
5. Sontag S (1989) *Aids und seine Metaphern*. Hanser, München
- Finzen A (2013) *Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierung*. Psychiatrie Verlag, Köln

AKTIONSBÜNDNIS SEELISCHE GESUNDHEIT

Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit ist eine Initiative zur Förderung der Seelischen Gesundheit, unterstützt vom Bundesministerium für Gesundheit. Über 70 Bündnispartner beteiligen sich an dem bundesweiten Netzwerk, darunter Experten der Psychiatrie und Gesundheitsförderung, Betroffene und ihre Angehörigen. Gemeinsam setzen sie sich für die Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihrer Familien ein.

BUNDESWEITE AKTIONSWOCHE: 10.–19. OKTOBER 2014

Rund um den Welttag der Seelischen Gesundheit am 10. Oktober finden in Deutschland in vielen Städten und Regionen Aktionstage und -wochen der

Seelischen Gesundheit statt. Ziel ist es, gemeinsam über psychische Krankheiten aufzuklären, Hilfs- und Therapieangebote aufzuzeigen und die Diskussion anzuregen. 2013 haben sich über 40 Orte und Regionen an der bundesweiten Aktionswoche beteiligt.

Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit koordiniert die verschiede-

nen Programme und begleitet die Aktionswoche mit Presse- und Öffentlichkeitsarbeit. Viele Veranstalter orientieren sich dabei am Motto der Berliner Aktionswoche, die sich 2014 dem Thema „Psychisch krank und mittendrin!“ widmet.

JETZT VERANSTALTUNGEN ANMELDEN

Einrichtungen und Initiativen können noch bis zum 31. Juli 2014 Informationsveranstaltungen, Ausstellungen, offene Sprechstunden oder Kulturevents für die bundesweite Aktionswoche anmelden.

Erfahren Sie mehr auf
www.seelischegesundheit.net



DIFFERENZIERTES MENSCHENBILD

DIE VERWIRKLICHUNG VON POTENZIALEN IM ALTER

Unsere Gesellschaft steht heute vor der Herausforderung, eine veränderte Sicht des Alterns zu entwickeln. Denn bisher stehen vorwiegend negative Bilder des Alters im Vordergrund, etwa der Verlust an Kreativität, Neugierde, Offenheit und Produktivität. Dieses einseitige Bild des Alters engt nicht nur die Zukunftsperspektiven älterer Menschen ein, es trägt auch dazu bei, dass die potenziellen Kräfte des Alters gesellschaftlich und kulturell ungenutzt bleiben.

Autor: Andreas Kruse

Im wissenschaftlichen wie auch im gesellschaftlichen Diskurs hat sich immer mehr die Differenzierung zwischen einem dritten und einem vierten Lebensalter durchgesetzt, wobei Ersterem die Gruppe der 65- bis 85-jährigen, Letzterem die Gruppe der über 85-jährigen Frauen und Männer zugeordnet wird. Mit dieser Differenzierung ist die Annahme verbunden, dass das Individuum im dritten Lebensalter über weitgehend erhaltene körperliche, emotionale und kognitive Ressourcen verfüge und sozial gut eingebunden sei, dass hingegen im vierten Lebensalter die Verletzlichkeit des Menschen in den Vordergrund trete, die sich in einem wachsenden Verlust der körperlichen, emotionalen und geistigen Ressourcen widerspiegele.

DIE INTEGRATION DER VERLETZLICHKEITS- UND POTENZIALPERSPEKTIVE

So richtig es ist, dass die körperliche, zum Teil auch die kognitive Verletzlichkeit im Alter zunimmt, so problematisch ist es, wenn man eine strikte Trennung zwischen dem dritten und vierten Lebensalter vornimmt. Es kommt einer Abwertung des vierten Lebensalters gleich, wenn man dieses generalisierend mit Begriffen wie „Ressourcenabbau“ oder „Verluste“ umschreibt und unberücksichtigt lässt, dass sich auch in dieser Lebensphase seelisch-geistige Entwicklungsprozesse beobachten lassen.

Es erscheint gerade mit Blick auf das hohe Lebensalter als sinnvoll und notwendig, zwei Perspektiven systematisch miteinander zu verbinden: nämlich die Vulnerabilitäts- mit der Potenzialperspektive. Die Vulnerabilitätsperspektive beschreibt dabei die erhöhte Verletzlichkeit des Menschen, wie sich diese in einer deutlichen Zunahme des Risikos zeigt, an einer chronischen Erkrankung zu leiden, kognitive Einbußen zu erleiden, hilfe- oder pflegebedürftig zu werden. Dies heißt aber nicht,

dass bei allen alten Menschen jenseits des 85. Lebensjahres Multimorbidität, Anzeichen einer Demenz oder Pflegebedürftigkeit bestünden. Die Potenzialperspektive beschreibt das umfassende Lebenswissen, die differenzierte Sicht auf das eigene Selbst, die Fähigkeit, Grenzsituationen auszuhalten oder innerlich zu überwinden, sowie die Bereitschaft, das eigene Leben in eine Generationenfolge zu stellen und dabei Sorge für die nachfolgenden Generationen zu tragen. Doch dies bedeutet nicht, dass diese Ressourcen bei allen Menschen jenseits des 85. Lebensjahres erkennbar wären und alle Menschen in diesem Lebensabschnitt Entwicklungsschritte zeigten. Sowohl mit Blick auf die Verletzlichkeit als auch mit Blick auf die Entwicklungspotenziale ist also vor einer Generalisierung zu warnen.

Noch wichtiger ist die Feststellung, dass selbst bei erhöhter Verletzlichkeit von Entwicklungspotenzialen ausgegangen werden kann: Auch wenn Menschen in ihrer Mobilität, in ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit, in ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit Einbußen zeigen, so können sie doch im emotionalen und motivationalen Bereich, im Bereich der Persönlichkeit (vor allem des Selbst) und schließlich im Bereich des Wissens bemerkenswerte Stärken und auch bemerkenswerte Entwicklungsschritte unter Beweis stellen, die deutlich machen, wie sehr es Menschen auch in der Verletzlichkeit gelingen kann, seelisch-geistige und sozialkommunikative Qualitäten zu verwirklichen.

DIE BIS ZUM LEBENSENDE EINGENOMMENE, DIFFERENZIERTE LEBENS SICHT

Gerade hier liegt der Nachteil einer strikten Trennung zwischen „drittem“ und „viertem“ Lebensalter: nämlich über die Entwicklungspotenziale, über die Kräfte des Menschen in der erhöhten Verletzlichkeit des Lebens hinwegzugehen und da-

bei zu übersehen, wie schöpferisch Menschen im hohen Alter, auch im Falle eingetretener gesundheitlicher Grenzen sein können. Die Verletzlichkeits- und Potenzialperspektive miteinander zu verbinden, bedeutet jedoch nicht, ein „positives“ Altersbild zu vertreten und ein „negatives“ Altersbild zu verwerfen. Etwas anderes ist gemeint: Nämlich die differenzierte Sicht auf die *conditio humana*, die differenzierte Anthropologie bis an das Ende des Lebens eines Individuums aufrechtzuerhalten und diese differenzierte Sicht bzw. die differenzierte Anthropologie zugunsten einer einseitigen, ausschließlichen Konzentration (a) auf das Körperliche, (b) auf die Verluste aufzugeben. Und eine derartige differenzierte Sicht geht auch von dem bis ans Ende des Lebens gegebenen Entwicklungspotenzial des Menschen aus.

Einige epidemiologische Befunde seien genannt, die deutlich machen, dass das Individuum im hohen Alter vermehrt lernen muss, die Grenzen der eigenen Leistungsfähigkeit wie auch die Notwendigkeit der Unterstützung durch andere Menschen bewusst anzunehmen.

- Derzeit sind in der Bundesrepublik Deutschland 2,55 Millionen Menschen pflegebedürftig. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit liegt bei den unter 60-Jährigen bei 0,7 %, im Alter zwischen 60 und 80 Jahren steigt dieses auf 4,2 %, bei den über 80-Jährigen beträgt es 28,8 %, bei den über 90-Jährigen 58 %. Fast 30 % aller Pflegebedürftigen werden in Pflegeheimen betreut.
- In Deutschland leben aktuell rund 1,4 Millionen demenzkranke Menschen; zwei Drittel von ihnen sind dabei von der Alzheimer-Demenz betroffen. Die Anzahl der Demenzkranken steigt mit dem Lebensalter erkennbar an. In der Altersgruppe der 65-69-Jährigen liegt der Anteil der Demenzkranken bei 1,6 %, in der Altersgruppe der 80-84-Jährigen bei 15,7 %, in der Altersgruppe der über 90-Jährigen bei 41 %.
- Die Zahl der an Herzinsuffizienz erkrankten Personen liegt in Deutschland bei 7 pro 1.000 Einwohner (0,7 %). Die Anzahl der jährlich neu erkannten Fälle beträgt in der Gruppe der über 75-Jährigen ungefähr 30 pro 1.000 Einwohner (3,0 %), in der Gruppe der 80-Jährigen ungefähr 35 pro 1.000 Einwohner (3,5 %).

Die psychologische Betrachtung des hohen Alters hingegen weist auf Entwicklungspotenziale hin, die sich vor allem in folgenden grundlegenden Orientierungen zeigen: Die erste bildet die Introversion, das heißt, die vertiefte Auseinandersetzung des Menschen mit sich selbst, die zweite die Offenheit, das heißt, die Empfänglichkeit für neue Eindrücke, Erlebnisse und Erkenntnisse, die aus dem Blick auf sich selbst wie auch aus dem Blick auf die umgebende soziale und räumliche Welt erwachsen, die dritte schließlich die Generativität, das heißt die Überzeugung, sich in eine Generationenfolge gestellt zu sehen und in dieser Generationenfolge Verantwortung zu übernehmen. Warum sind diese drei Orientierungen so wichtig?

KONZENTRIERTE, VERTIEFTE AUSEINANDERSETZUNG MIT SICH SELBST

Die immer mehr in das Zentrum des Erlebens tretende Begrenztheit und Endlichkeit der eigenen Existenz erfordert eine konzentrierte, vertiefte Auseinandersetzung mit sich selbst (Introversion). Das hohe Alter kann als eine Lebensphase gedeutet werden, in der das Potenzial zur Introversion – verstanden als vertiefte Auseinandersetzung mit sich selbst – immer mehr in das Zentrum rückt. In der Introversion drückt und differenziert sich das in der Biografie gewonnene Lebenswissen und das Wissen über sich selbst aus. Die tiefe, konz-



In unserer Gesellschaft und Kultur müssen sich Alters- und Menschenbilder durchsetzen, die mit Alter nicht nur Verluste und Schwächen, sondern auch Gewinne und Stärken assoziieren.

rierte Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst – im Sinne der differenzierten Wahrnehmung des Selbst, im Sinne des differenzierten Rückblicks auf das eigene Leben und schließlich des gefassten und hoffenden Blicks auf die eigene Verletzlichkeit und Endlichkeit (hoffend in der Hinsicht, Sterben und Tod innerlich „unversehrt“ zu überstehen) – ist bedeutsam für ein schöpferisches Leben im hohen Alter. „Schöpferisch“ meint hier, dass sich das Selbst ausdrücken und mitteilen kann (Selbstaktualisierung), ja, dass es sich sogar weiter differenzieren kann (Aktualgenese), wobei die Selbstaktualisierung als eine grundlegende Tendenz des Selbst zu begreifen ist, sich auszudrücken und mitzuteilen, die Aktualgenese als das über die gesamte Lebensspanne gegebene Potenzial des Selbst, sich unter dem Einfluss neuer Anregungen und Aufgaben weiterzuentwickeln. Die reflektierte Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbst bildet diesem Verständnis zufolge eine bedeutende Grundlage für Prozesse der Selbstaktualisierung und der Aktualgenese, und diese Prozesse bilden ihrerseits ein Fundament der positiven Lebenseinstellung wie auch der gefassten und hoffenden Einstellung zur eigenen Endlichkeit.

OFFENHEIT FÜR NEUES

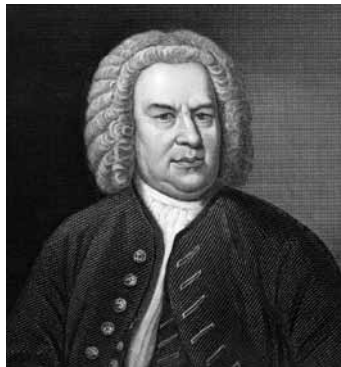
Die vertiefte Auseinandersetzung mit sich selbst wird dabei durch die Offenheit des Menschen für neue Eindrücke, Erlebnisse und Erkenntnisse gefördert. Die Offenheit wird in der psychologischen Literatur auch mit dem Begriff der „katheti-

schen Flexibilität“ umschrieben, die sich im höheren Lebensalter vor allem in der „Transzendierung des Körperlichen“, im hohen Alter in der „Transzendierung des Ichs“ ausdrücke. Ein Mangel an kathektischer Flexibilität führt dazu, dass das Individuum im Körperlichen verhaftet sei, sich also ganz auf körperliche Prozesse konzentriere – damit verbunden ist eine deutlich verringerte Sensibilität für seelische, geistige und soziale Prozesse. Dieser Mangel an kathektischer Flexibilität ist auch dafür verantwortlich zu machen, dass das Individuum im eigenen Ich verhaftet sei, sich nicht über sich selbst hinaus entwerfe und damit auch keine Sensibilität für das Fortleben in nachfolgenden Generationen und die spirituellen Kräfte der menschlichen Existenz entwickle.

GENERATIVITÄT

Nicht nur die Introversion und die Offenheit erscheinen als bedeutende Merkmale des hohen Alters, sondern auch das Verlangen, sich in eine Generationenfolge gestellt zu sehen und damit Lebenswissen und reflektierte Erfahrungen an nachfolgende Generationen weiterzugeben – dies immer auch im Bewusstsein des in den vorangehenden Generationen liegenden, eigenen Ursprungs. Allerdings muss das Individuum die Möglichkeit haben, sein Lebenswissen, seine reflektierten Erfahrungen einzubringen, sich für andere Menschen zu engagieren, etwas für nachfolgende Generationen zu tun: Sozialräume müssen so gestaltet sein, dass sich entsprechende Gelegenheitsstrukturen entwickeln und festigen können.

Es handelt sich dabei um Entwicklungsmöglichkeiten, das heißt um Potenziale, deren Verwirklichung als Entwicklungsaufgabe verstanden werden kann – wobei die Verwirklichung dieser Potenziale durch eine Haltung in unserer Gesellschaft und Kultur gefördert wird, die von einem grundlegenden Interesse an Fragen des hohen Alters bestimmt und offen für die Bereicherung ist, die dieses für unser Gemeinwohl bedeutet.



Johann Sebastian Bach

Kompositionen selbst aufzusetzen. Schließlich traten eine Erblindung sowie ein Schlaganfall hinzu. Trotz dieser körperlichen Verletzlichkeit unterrichtete Bach Schüler (was damals hieß, diese bei sich aufzunehmen): ein eindrucksvolles Beispiel freundschaftlich gemeinter Sorge für die junge Generation. Trotz dieser Verletzlichkeit arbeitete er an zwei Werken, die mit zu den größten gehören, die in der europäischen Kompositionsgeschichte je geschaffen wurden: der Kunst der Fuge (BWV 1080) und der Missa in h-Moll (BWV 232). Die h-Moll-Messe führte er zum Abschluss, die Kunst der Fuge blieb unvollendet, da sich Bach am Ende seines Lebens intensiv mit der h-Moll-Messe befasste und nicht mehr die Zeit fand, den 14. Kontrapunkt in Gänze niederzuschreiben (bzw. niederschreiben zu lassen). Die Kunst der Fuge wird in der Musikwissenschaft auch aufgrund ihres experimentellen Charakters als ein außergewöhnliches Werk eingestuft (Johann Sebastian Bach entfaltet in diesem Werk die unterschiedlichsten Fugentechniken, er entwickelt in diesem Werk geradezu eine Fugenlehre für nachfolgende Musikergenerationen). Die h-Moll-Messe besticht durch ihre umfassende Gesamtanlage, die Vielfalt der

Kompositionsformen, die eindrucksvollen Passung von Wort und Musik und ihre ästhetischen Wirkung. Nun muss man wissen, dass sich Johann Sebastian Bach am Ende seines Lebens vor allem mit dem Credo in unum deum und dem Confiteor in unum baptisma beschäftigt hat, also mit zwei Teilen der Missa, die in besonderer Weise auf seinen Glauben an den Großen Gott verweisen. In beiden Sätzen baut er über das jeweilige Cantus-firmus-Motiv eine Fuge auf, die jeden Hörer in ihren Bann zieht: Hier wird das Ich glaube (credo), hier wird das Ich bekenne (confiteor)

mit einer musikalischen Kraft deklamiert, dass man nie glauben würde, ein körperlich hoch verletzlicher, die Endlichkeit schon sehr deutlich spürender Mensch hätte diese Sätze geschrieben. Die darin zum Ausdruck kommende, seelisch-geistige Energie kontrastiert mit der immer schwächer werdenden körperlichen Leistungsfähigkeit. Dies zeigt, dass selbst im Angesicht des eigenen Todes Entwicklungsschritte vollzogen werden können – so bei Johann Sebastian Bach die Bekräftigung seines Glaubens an den Großen Gott bei zunehmender Gewissheit, bald zu sterben.

ABSCHLUSS: GRENZGÄNGE ZWISCHEN VERLETZLICHKEIT UND ENTWICKLUNGSPOTENZIALEN

Wenn wir nach einem Beispiel suchen, das für seelische und geistige Entwicklungspotenziale auch bei hoher körperlicher Verletzlichkeit spricht, so fällt der Blick auf Johann Sebastian Bach (1685-1750). Der Komponist litt in den letzten Jahren seines Lebens an einem Diabetes mellitus Typ II, der seinerseits mit Schädigungen der Nervenzellen und Sinneszellen einherging. Weiterhin waren bei ihm ausgeprägte motorische Läsionen erkennbar, die ihn immer mehr daran hinderten, seine

PROF. DR. DR. H.C. ANDREAS KRUSE

Ordinarius für Gerontologie und Direktor des Instituts der Universität Heidelberg

LITERATUR

Kruse A (2014) *Die Grenzgänge des Johann Sebastian Bach – Psychologische Einblicke*. Springer Spektrum, Heidelberg



Die Zukunft der klinischen psychiatrischen Forschung in Deutschland

Professor Andreas Meyer-Lindenberg im Gespräch mit Professor Heyo K. Kroemer, dem Präsidenten des Medizinischen Fakultätentages – ein Telefoninterview

„WIE KÖNNEN WIR DIE THERAPIEFORSCHUNG IN DER 'DEKADE DER PSYCHIATRISCHEN STÖRUNGEN' NEU DENKEN?“

PROFESSOR MEYER-LINDENBERG

Die Forschung im Bereich der psychischen Erkrankungen in Deutschland ist im Umbruch: Während der demographische Wandel den Bedarf an translationaler Therapiefor- schung steigen lässt, steht die Kooperation zwischen univer- sitären und außer-universitären Forschungseinrichtungen durch den Rückzug der Industrie vor großen Herausforde- rungen. Der Beisitzer Forschung im Vorstand der DGPPN, Professor Andreas Meyer-Lindenberg, sprach mit dem Prä- sidenten des Medizinischen Fakultätentages, Professor Heyo K. Kroemer, über die Zukunft der translationalen Forschung in Deutschland, die Forderung der DGPPN nach Einrichtung eines Deutschen Zentrums für psychische Erkrankungen und die möglichen Auswirkungen der Einführung des pauschalie- renden Entgeltsystems in der Psychiatrie auf Forschung und Lehre an den Universitätskliniken.

Meyer-Lindenberg: Als Dekan der Universitätsmedizin Göttingen und als Präsident des Medizinischen Fakultätentages sind Sie in vielerlei Hinsicht mit den Rahmenbedingungen der klinischen Forschung in Deutschland befasst. In der Psychiatrie treibt uns dieses Thema besonders um. Im Jahr 2010 hat das Fachjournal nature die „Dekade der psychiatrischen Störungen“ ausgerufen: Verständnis und die Behandlungsmöglichkeiten seien reif für eine Revolution. Tatsächlich sahen wir in den letzten Jahren eine Fülle von Innovationen in den neurobiologi- schen wissenschaftlichen Erkenntnissen. Doch nur wenige da- von kamen in der Versorgungsrealität an. Gleichzeitig erleben wir momentan in der Psychiatrie einen massiven Einbruch der Investitionen der Industrie – in nature sprach man vom „drug deadlock“. Sehen Sie hier allgemeine Probleme der klinisch- translationalen Forschung oder ist diese Situation den beson- deren Umständen der psychiatrischen Forschung geschuldet?

Kroemer: Ich würde zunächst nicht von einer Krise sprechen. Sicher, es bestehen Probleme, gleichzeitig bieten sich auch enorme quantitative und qualitative Möglichkeiten. Doch war- um steht die translationale Forschung heute im Fokus? Wir er- leben heute einen einschneidenden demographischen Wandel: Der medizinische Fortschritt hat eine deutliche Lebensverlän- gerung bewirkt; in der Bevölkerung leben immer mehr ältere Menschen. Dadurch ist die Medizin auch vermehrt mit Krank- heitsbildern wie Altersdepressionen oder neurodegenerativen Erkrankungen konfrontiert. Durch diese Altersverschiebung entsteht ein neuer medizinischer Bedarf an Therapien, der sich nur durch klinische und translationale Forschung befriedigen lässt. Gleichzeitig sind heute aber auch die Möglichkeiten für Forschung so gut wie noch nie. Wir verfügen über neue Einbli- cke in die verschiedenen Erkrankungen und dadurch auch über bessere Ausgangsbedingungen für neue Behandlungsstrategi- en. Angesichts dieser Ausgangslage sehe ich ein goldenes Zeit- alter auf die translationale Forschung zukommen.

Meyer-Lindenberg: Dieses Plädoyer für die Chancen der translationalen Forschung finde ich sehr ermutigend. Ich sage meinen Mitarbeitern manchmal gerne, dass mit den moder- nen Methoden die Chancen steigen, dass bezüglich unseres Verständnisses von Psyche und Gehirn in den nächsten Jahren grundlegende Durchbrüche erreicht werden.



Professor Andreas Meyer-Lindenberg

Kroemer: Stimmt. Was heute zum Beispiel in der Onkologie möglich ist, war noch vor zehn Jahren undenkbar. Analoge Erfolgsgeschichten sind auch in anderen Fächern möglich.

Meyer-Lindenberg: Wir haben immer etwas neidisch auf die Onkologen geschaut, da diese direkt am kranken Gewebe forschen können, denn es wird im Rahmen der Therapie ohnehin entfernt. Dies ist beim Gehirn natürlich problematisch. Dieses Manko in der psychiatrischen Forschung könnte ein Stück weit durch Innovationen wie etwa die Entwicklung induzierter pluripotenter Stammzellen behoben werden.

Kroemer: Ja, gerade den Psychiatrie-Fächern bieten sich mit den neuen Technologien ganz neue Möglichkeiten. Vielversprechend sind zum Beispiel die aktuellen Entwicklungen im Bereich der Biomarker. Und auch in der Bildgebung eröffnen sich durch die technologischen Fortschritte ganz neue Potenziale. Die erfolgreiche Umsetzung dieser neuen Konzepte in der klinischen Forschung ist jedoch eine Frage der humanen und nicht-humanen Ressourcen.

Meyer-Lindenberg: Damit sprechen Sie zwei wichtige Punkte an: Umsetzung und Ressourcen. Die klinische Forschung ist ein hochkomplexes Feld, in dem viele Akteure tätig und viele Interessen betroffen sind. Die traditionelle Einzelförderung eines Wissenschaftlers, einer Forschungsgruppe oder einer Institution wird den komplexen Fragestellungen oft nicht mehr gerecht. Wie organisieren wir die translationale Forschung besser?

Kroemer: Die Frage nach der Organisation der Forschung ist dabei von der Frage nach den Ressourcen zu trennen. Welche Ingredienzen braucht die translationale klinische Forschung, um erfolgreich zu sein? Voraussetzung ist eine exquisite Grundlagenforschung und der Zugang zu den Patienten. Doch die universitären Einrichtungen, an welchen die translationale Forschung heute vorwiegend stattfindet, leiden heute unter zwei Effekten. Zum einen liegen die Forschungsinvestitionen ganz in den Kompetenzen der Bundesländer, zum anderen führte das im Jahr 2000 eingeführte DRG-System dazu, dass klinische Leistungen an einem peripheren Krankenhaus gleich vergütet werden wie an einer Universitätsklinik. Das ist aus meiner Sicht der wesentliche Faktor, weshalb die translationale Forschung in Deutschland nicht besser vorankommt.

Meyer-Lindenberg: Die Psychiatrie-Fächer sind von den DRG aktuell nicht betroffen, doch da es hier ebenfalls zu einem Systemwechsel in der Vergütung der klinischen Leistungen kommen wird, werden sie sich damit auch auseinandersetzen müssen.



Professor Heyo K. Kroemer

Kroemer: Es mangelt außerdem an standortübergreifender Forschung. Die Universitäten haben zu wenig zusammengearbeitet, es existieren zu wenige nationale Netzwerke. Gleichzeitig fehlt es an einer adäquaten informationstechnologischen Infrastruktur. Doch in der translationalen Forschung müssen die Forschungsteams die Daten untereinander austauschen können.

Meyer-Lindenberg: Tatsächlich wird dies in der Psychiatrie im Kontext der Einführung des diagnostischen Klassifikationssystems DSM-5 diskutiert, das sich noch sehr auf beobachtbares Verhalten und selbstberichtete Symptome stützt. Die nötige Entwicklung quantifizierbarer Maße und eine genaue klinische Charakterisierung über die konventionellen Diagnosegrenzen hinweg scheitern an vielen Standorten an den Möglichkeiten der IT.

Es mangelt außerdem an standortübergreifender Forschung. Die Universitäten haben zu wenig zusammengearbeitet, es existieren zu wenige nationale Netzwerke.

Kroemer: Die Verwendung standardisierter Informationstechnologien stellt aus meiner Sicht einen wesentlichen Faktor der erfolgreichen standortübergreifenden und damit der translationalen Forschung dar. Darüber hinaus können wir uns in Deutschland nicht über mangelnde Förderung der Bundesregierung beklagen.

Meyer-Lindenberg: Neben der öffentlichen Forschung ist die Zusammenarbeit mit der industriellen Therapieforchung eine wichtige Bedingung klinischer Innovation. Inzwischen kostet die Entwicklung eines Medikaments von der Synthese eines neuen Wirkstoffs bis zur Marktzulassung bis zu 1 Mrd. US-Dollar und dauert durchschnittlich 14 Jahre. Dies übersteigt die

Möglichkeiten selbst der großzügigen eigenständig akademischen Forschungsförderung der Bundesrepublik, gleichzeitig geht das Engagement der Industrie im Bereich der Psychiatriefächer deutlich zurück. Wie können wir die Therapieforschung in der „Dekade der psychiatrischen Störungen“ neu denken und insbesondere die herkömmlichen Barrieren zwischen rein akademischer und rein industrieller Forschung durchlässiger machen?

Kroemer: Solche Wellenbewegungen sind in der Forschung immer wieder zu beobachten, nicht nur in den Psychiatriefächern. Die entscheidende Frage lautet: Was treibt die Industrie an? Die Aussicht, monetäre Erfolge zu erzielen. Der wesentliche Treiber für die Industrie, in die Forschung zu investieren, ist der Bedarf. Dass im Bereich der psychischen Erkrankungen der Bedarf an Therapien steigen wird, ist angesichts des demographischen Wandels unbestritten. Dadurch eröffnen sich auch neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen der akademischen Seite und der Industrie – nämlich, dass die großen Populationsstudien gemeinsam realisiert werden und dass auf gemeinsame Ressourcen zurückgegriffen wird.



Meyer-Lindenberg: Zumal es in der Psychiatrie neben der Pharmakotherapie noch andere biologische Verfahren und natürlich als wesentlichen Aspekt der sprechenden Medizin die Psychotherapie gibt, wo erfreuliche Entwicklungen zu verzeichnen sind. Auch die Interaktion zwischen Pharmako- und Psychotherapie kann in solchen Studien gemeinsam von industrieller und akademischer Seite untersucht werden.

Kroemer: Erfolgchancen sind immer dann gegeben, wenn es auf der einen Seite einen Bedarf gibt und wenn auf der anderen Seite Ressourcen zur Verfügung stehen.

Meyer-Lindenberg: Nun wurden entsprechende Ressourcen in den Deutschen Zentren für Gesundheitsforschung bereitgestellt – bislang leider ohne Berücksichtigung psychischer Erkrankungen trotz deren großer Relevanz für die Bevölkerung. Gleichzeitig reißen die Koalitionspartner momentan Grenzen zwischen der Forschungsförderung des Bundes und der Länder ein. Wie ist diese Entwicklung zu beurteilen?

Kroemer: Wir hatten in Deutschland über Jahrzehnte ein relativ gut funktionierendes System in der universitären Forschungsförderung, in dem sich Bund und Länder die Kosten im

Investivbereich bzw. Baubereich geteilt haben. Damit stand ein länderübergreifendes Steuerungsinstrument zur Verfügung. Der Wissenschaftsrat hat die Projekte begutachtet, in einen nationalen Kontext gestellt und darüber entschieden. Seit der Föderalismusreform 2006 liegt die Investiverantwortung ganz bei den Ländern. Auch wenn aktuell das Kooperationsverbot in Art. 91b GG dahingehend verändert würde, überregionale bedeutende Forschungsvorhaben fördern zu können, soll dies kein erneuter Einstieg in eine breite, flächendeckende universitäre Förderung sein. Diese Entwicklung wird auch die Deutschen Zentren für Gesundheit betreffen, die zurzeit großzügig gefördert werden. Mit diesen Zentren wurde ein neues, bundesweites Instrument geschaffen, um die translationale Forschung effektiver zu gestalten. Sie sind auf die Kooperation mit den universitären Einrichtungen angewiesen, weil ihnen der Zugang zu den Patienten fehlt. In dieser Kooperation eröffnen sich neue Möglichkeiten für die translationale Forschung.

Meyer-Lindenberg: Aus diesem Grund stellt sich die DGPPN ein Zentrum für psychische Erkrankungen als Forschungsverbund aus mehreren Partnerstandorten vor, die ihre jeweiligen Kompetenzen bereitstellen. Dieser Verbund sollte als Ringstruktur mit Zentren die jeweils schwerpunktmäßig relevanten Erkrankungen bearbeiten. Dazu käme dann eine strukturelle Förderung von Plattformen und Querschnittsthemen, z. B. im Hinblick auf Epidemiologie und Versorgungsforschung.

Aus diesem Grund stellt sich die DGPPN ein Zentrum für psychische Erkrankungen als Forschungsverbund aus mehreren Partnerstandorten vor, die ihre jeweiligen Kompetenzen bereitstellen.

Kroemer: Es ist schwer verständlich, warum die Psychiatriefächer angesichts ihrer Relevanz bei der Vergabe der Deutschen Gesundheitszentren nicht bedacht wurden. Dies wirft ein kritisches Licht auf den Auswahlprozess, der ja erstaunlich schnell ablief. Für die Entwicklung von Fächern ist es durchaus relevant, über ein solches Zentrum zu verfügen, denn es stellt eindeutig einen Wettbewerbsvorteil dar. Deshalb würde ich mit viel Engagement ein Zentrum für die Psychiatriefächer fordern. Dadurch eröffnet sich nicht nur eine langfristige Förderperspektive, es fließen auch bedeutsame finanzielle Mittel. Ein solches Zentrum muss zwar politisch gewollt sein, aber vielleicht kann man schon jetzt kooperative Fakten in einer niederschweligen Förderung schaffen, die einen späteren Übergang bei einer Zentrenbildung erleichtern würden.

„ES IST SCHWER VERSTÄNDLICH, WARUM DIE PSYCHIATRIE-FÄCHER BEI DER VERGABE DER DEUTSCHEN GESUNDHEITZENTREN NICHT BEDACHT WURDEN.“

PROFESSOR KROEMER

Meyer-Lindenberg: Darüber hinaus hat man mit einem Deutschen Zentrum auch eine Plattform für eine strukturelle Förderung der Interaktionen zwischen akademischer und außerakademischer Forschung, die für die erfolgreiche Translation besondere Chancen bietet. Wie Sie hoffe ich, dass nach Begutachtung der jetzigen Zentren auch die Psychiatrie-Fächer in einer weiteren Runde entsprechend Berücksichtigung finden.

Sie sprachen zuvor von den DRGs und deren Auswirkungen auf die Universitätsmedizin. Auch in der Psychiatrie wird ein pauschalisiertes System eingeführt, das eine große Umwälzung unserer Strukturen zur Folge haben wird. Momentan gibt es noch viele Fragezeichen: Welche Auswirkungen wird es auf die sprechende Medizin haben? Was bedeutet eine Pauschalierung bei Behandlungen, die ganz grundlegend auf therapeutischen Milieus und multiprofessionellen Teams basieren? Aber auch: Welche Konsequenzen ergeben sich für die klinische Forschung? Was können wir bei diesen Umwälzungen von den Entwicklungen im DRG-Bereich lernen?



Kroemer: Ich halte eine reine DRG-Finanzierung im Bereich der Universitätsmedizin nicht für angemessen. Zwar ist es ein lernendes System, doch es gibt keine Möglichkeit, auf die kurzfristigen Entwicklungen in der Versorgung strukturell zu reagieren. Defizitäre Abteilungen können an den Universitäten nicht einfach geschlossen werden, denn dort findet z. B. auch Ausbildung statt. Dadurch wurden an den Universitäten gewisse klinische Aktivitäten unterfinanziert – mit strukturellen Konsequenzen für Forschung und Lehre. So werden ganze Fächer nicht mehr abgebildet, etwa die Endokrinologie. Andere Fächer sind hingegen materiell interessant und werden weiterverfolgt.

Aus meiner Sicht ist es ein Segen, dass die Psychiatrie-Fächer bisher nicht nach DRGs abrechnen mussten. Ich hoffe, dass es der DGPPN gelingen wird, die Einführung eines neuen stationären Entgeltsystems in die richtigen Bahnen zu lenken, denn sonst drohen massive materielle Verluste mit schweren Konsequenzen für Forschung und Lehre.

Meyer-Lindenberg: Da die Verlängerung der Optionsphase vor Kurzem beschlossen wurde, wenden wir uns jetzt verstärkt der Erarbeitung von Alternativen zum geplanten pauschalierenden Entgeltsystem in der Psychiatrie zu. Die Frage, die uns beschäftigt, ist: Was sind die optimalen Rahmenbedingungen für die psychiatrische Versorgung? Wir sehen einen großen Bedarf im Bereich der Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie sowie bei der Entwicklung von Qualitätskriterien: Was kommt wirklich mit welcher Qualität bei welchen Patientengruppen mit welchem Bedarf an? Versorgungsforschung ist daher ein wesentliches Desiderat unserer Fachgesellschaft.

Kroemer: Im wissenschaftlichen Beirat der Bundesärztekammer denken wir seit einiger Zeit intensiv darüber nach, wie sich Versorgungsforschung optimal betreiben lässt: Mit welchen Werkzeugen will man der Versorgungsforschung nachgehen? Welche Rahmenbedingungen braucht es? Ist das Fach dazu adäquat aufgestellt? Wie könnten entsprechende Tools aussehen? Diese Fragen müssen Sie sich stellen. Zweifelsfrei wäre auch die Versorgungsforschung am effektivsten als integraler Bestandteil eines Deutschen Zentrums für psychische Störungen zu betreiben.

Meyer-Lindenberg: Sehr geehrter Herr Professor Kroemer, ich danke Ihnen für das Gespräch.

PROF. DR. RER. NAT. HEYO K. KROEMER

Heyo K. Kroemer ist Dekan und Sprecher des Vorstands der Medizinischen Fakultät der Universitätsmedizin Göttingen und Präsident des Medizinischen Fakultätentags. Dort setzt er sich dafür ein, die Rahmenbedingungen der Universitätsmedizin in Deutschland zu verbessern.

PROF. DR. MED. ANDREAS MEYER-LINDENBERG

Andreas Meyer-Lindenberg ist Direktor des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim und Beisitzer Forschung und Biologische Therapie im Vorstand der DGPPN.



Jetzt anmelden

Profitieren Sie bis zum 31.08.2014 von den vergünstigten Teilnahmegebühren.

www.dgppn.de

26.–29. NOVEMBER 2014 | CITYCUBE BERLIN

DGPPN KONGRESS 2014

Der Höhepunkt zum Jahresende: Im kommenden November steht Berlin erneut im Zeichen der psychischen Gesundheit. Rund 10.000 Wissenschaftler, Ärzte und Therapeuten werden zum DGPPN Kongress 2014 in Berlin erwartet.

Kaum eine Entwicklung wird Deutschland in den kommenden Jahren so prägen wie der demographische Wandel. Dabei geht es um weit mehr als um das Altern. Jüngere Menschen müssen sich auf eine veränderte und längere Arbeitsbiografie einstellen. Ältere Menschen werden eine neue und verantwortlichere Rolle in Familie und Gesellschaft spielen. Im Zuge dieser Entwicklungen wird das Fach Psychiatrie und Psychotherapie weiter an Bedeutung gewinnen. Denn mit dem gesellschaftlichen Wandel ändern sich auch die Erwartungen und Anforderung an die Diagnostik, Therapie und Versorgung psychischer Erkrankungen. Der DGPPN Kongress 2014 steht deshalb unter dem Leitthema „Herausforderungen durch den demographischen Wandel – psychische Erkrankungen heute und morgen“.

Das umfangreiche wissenschaftliche Programm spiegelt die enorme Bandbreite des Fachgebiets und verspricht einen umfassenden Überblick über die neuesten medizinischen und therapeutischen Entwicklungen auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. Der Kongress greift alle relevanten psychischen Störungen auf und beschäftigt sich gleichwertig mit biologischen, psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Inhalten neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse. Gleichzeitig stehen aktuelle politische und gesellschaftliche Debatten im Vordergrund – z. B. die Themenbereiche „Rehabilitation und Arbeit“, „Behandlungsethik“ oder „sektorenübergreifende Versorgungsmodelle“.

„HERAUSFORDERUNGEN DURCH DEN DEMOGRAPHISCHEN WANDEL – PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN HEUTE UND MORGEN“

SCHWERPUNKTTHEMEN 2014

- Psyche in Grenzsituationen des Lebens
- Psychotherapie im Alter
- Arzneimittelsicherheit in einer alternden Gesellschaft
- Demenzen und Multimorbidität
- Mind-Reading, Neuro-Imaging und Bildgebung
- Beurteilung der Schuldfähigkeit und Gefährlichkeitsprognose durch Neuro-Imaging?
- Behandlungsethik und selbstbestimmtes Sterben

Weitere Informationen auf www.dgppn.de

AKADEMIE FÜR FORT- UND WEITERBILDUNG: MEHR ALS 30 CME-PUNKTE MÖGLICH

Forschung, Wissen und Praxis entwickeln sich auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie laufend weiter. Mit über 80 Workshops bietet der DGPPN Kongress hervorragende Bedingungen für eine am „State-of-the-Art“ ausgerichtete, praxisnahe Fort- und Weiterbildung. Nicht nur für Assistenzärzte ist der Kongress zum festen Bestandteil ihrer fachärztlichen Weiterbildung geworden. Auch Fachärzte nutzen die qualitativ hochstehenden und vielfältigen Angebote der DGPPN-Akademie für Fort- und Weiterbildung für den Erhalt ihres Fortbildungszertifikats. Angehörige anderer Berufsgruppen vertiefen ihr Wissen im Bereich der psychischen Gesundheit. Alle Teilnehmer können aus einer großen Anzahl Themen wählen und neben der Wissensvermittlung vor allem praktische Fertigkeiten für die eigene Berufspraxis erwerben – z. B. in diesen Bereichen:

- ADHS in der Lebensspanne
- Abhängigkeitserkrankungen
- Bipolare Störungen
- Borderline-Persönlichkeitsstörungen
- Demenzen
- Depressionen
- Essstörungen
- Schizophrenie
- Verhaltensabhängigkeit
- Zwangsstörungen



Herzlich willkommen im CityCube Berlin

2014 findet der DGPPN Kongress erstmals in der neuen Kongress- und Messearena CityCube Berlin statt. Für die Teilnehmer ändert sich wenig: Das neue Gebäude liegt in unmittelbarer Nähe des ehemaligen Kongresszentrums (ICC). Es bietet direkte Anbindung an das Berliner S-Bahn-Netz (Station Messe Süd) und lässt sich so bequem vom Hauptbahnhof und dem Flughafen Schönefeld erreichen. Auch die Fahrt zum Flughafen Tegel dauert mit dem Expressbus nur kurz.

HIGHLIGHTS AUS DEM PROGRAMM

In den vergangenen Jahren hat sich der DGPPN Kongress zu Europas größtem Fachkongress auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit entwickelt. Auch für dieses Jahr haben bereits zahlreiche hochkarätige Keynote Speaker zugesagt, u. a.:



Nobelpreisträger Thomas C. Südhof spricht über molekularebiologische Prozesse bei Schizophrenie und Autismus

Südhof lehrt zurzeit an der renommierten Stanford-Universität in Kalifornien. Im letzten Jahr erhielt er – zusammen mit den Wissenschaftlern James Rothman und Randy Schekman – den Nobelpreis für Medizin. Den drei Forschern gelang es zu erklären, wie Zellen es schaffen, den komplexen Transport vieler Moleküle in ihrem Innern zu steuern, ohne dass es zu einem Chaos kommt. Alle drei Wissenschaftler haben Grundlegendes zur Aufklärung der intrazellulären Vorgänge beigetragen. Südhof fand u. a. heraus, wie es möglich ist, dass Kalziumionen für die rasche Freisetzung von Neurotransmittern aus Synapsen sorgen können. Auf dem DGPPN Kongress wird uns Südhof einen faszinierenden Einblick in seine Forschungsprojekte geben. Er wird beschreiben, wie Neurexine Informationsübertragungen an den Synapsen beeinflussen und wie genetische Mutationen dabei Funktionsstörungen hervorrufen können. Diese Mechanismen stellen Bausteine für die Pathogenese von Autismus und Schizophrenie dar.



Der frühere WPA-Präsident und Herausgeber von World Psychiatry Mario Maj über Diagnosesysteme in der Psychiatrie

Die letzte Auflage des amerikanischen Diagnosesystems DSM-5 hat die Debatte um die Nützlichkeit und Grenzen von Diagnosesystemen in der Psychiatrie wieder aufleben lassen. Der renommierte italienische Psychiater Mario Maj geht in seinem Vortrag auf die Probleme hinsichtlich der Zuverlässigkeit psychiatrischer Diagnosen ein und vermittelt ein Bild der derzeitigen Verwendung des DSM und ICD in der gewöhnlichen Praxis weltweit. Darüber hinaus analysiert er auch den Bedarf einer systemischen Bewertung der Vor- und Nachteile von operationalen und prototypischen Diagnoseansätzen in der Psychiatrie. Dabei geht Maj, der an der Universität Neapel lehrt, auch auf die Versprechen und Grenzen des Research Domain Criteria-Projekts ein, das neue Wege in der psychiatrischen Diagnostik ebnen soll.



Jan Born: Der Gedächtnisfunktion des Schlafs auf der Spur

Im Schlaf verlieren wir das Bewusstsein. Die Frage, welche Funktion dieses Bewusstseinsverlust hat, ist zunehmend in das Interesse moderner Neurowissenschaften gerückt. Der deutsche Neurowissenschaftler und Schlafforscher Born zeigt auf dem DGPPN Kongress 2014 auf, wie Gedächtnisspuren verfestigt werden: Dies ist kein passives Einschleifen von Erlebtem, sondern ein aktiver Prozess, bei dem die zentralnervösen Gedächtnisspuren reaktiviert und reorganisiert werden. In diesem Konsolidierungsprozess befördert Schlaf nicht nur den Transfer bestimmter Gedächtnisinhalte von einem temporären Speicher in den Langzeitspeicher, sondern begünstigt gleichzeitig auch eine qualitative Transformation dieser Gedächtnisrepräsentationen, die u. a. auch Prozesse wie die Neubildung expliziten Wissens und die Einsicht in ungelöste Probleme ermöglicht.



Larry J. Young geht der Chemie der Liebe und der Bindung auf den Grund

Seit vielen Jahren untersucht der renommierte amerikanische Hirn- und Verhaltensforscher Larry J. Young molekulare und neurobiologische Mechanismen von sozialem Verhalten, speziell die Wirkungen der Hormone Oxytocin und Vasopressin. Auf dem DGPPN Kongress wird Young über die bemerkenswerten Parallelen zwischen den Studien zur Paarbindung bei Wühlmäusen und jüngeren Studien über die romantische Liebe beim Menschen sprechen. Diese lassen erkennen, dass die Chemie der Liebe vom Nagetier bis zum Menschen konserviert ist. Beim Menschen fördert Oxytocin den Blick in die Augen anderer und die Fähigkeit, Emotionen anderer Menschen aus Gesichtssignalen abzuleiten sowie sozial verstärktes Lernen. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass das Oxytocinsystem ein taugliches Ziel für Arzneimittel zur Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus bei Autismus darstellen könnte. Larry J. Young ist Professor für soziale Neurobiologie an der Emory University in Atlanta.



Bestseller-Autor Manfred Lütz startet einen lustvoll-satirischen Großangriff auf den Gesundheitskult

Für Manfred Lütz steht fest: Nichts ist so krank wie der allgemein herrschende Gesundheitswahnsinn. Die Gesundheit geht uns über alles, sie ist zu einem unbeherrschbaren Moloch geworden, der den Staatshaushalt auffrisst und vor dem die Politiker in die Knie gehen. Auch sonst machen wir alles, damit unsere Körper nur ja funktionieren und wir dem Altern, dem Schmerz und dem Tod ein Schnippchen schlagen: Silicon in die Brüste! Liposome in die Falten! Collagen in die Oberlippe! Mit verbissenem Ernst unterziehen wir uns Wahnsinns-Diäten, bräunen wir uns den Krebs in die Haut und laufen uns die Lunge aus dem Leib – mit zweifelhaftem Erfolg. Von Lachen, Freude, übersprudelnder Lebenslust keine Spur! Ebenso scharfsinnig wie unterhaltend entlarvt Lütz auf dem DGPPN Kongress „Gesundheit“ als eine fundamentalistische, durchgeknallte Religion. Er selbst ist Chefarzt des Alexianer-Krankenhauses in Köln, hat mehrere Bestseller geschrieben und tritt auch im Kabarett auf.

FREUEN SIE SICH AUF WEITERE HOCHKARÄTIGE KEYNOTE SPEAKER MIT SPANNENDEN THEMEN

- **James W. Vaupel, Rostock**
Trends in dementia and the demography of aging
- **Karl Zilles, Jülich**
Transmitterrezeptoren im menschlichen Gehirn
- **Charles B. Nemeroff, Miami, USA**
Early traumata and mental illness
- **Monique Breteler, Bonn**
Lebensstil und alterndes Gehirn
- **Tania Singer, Leipzig**
Plastizität des sozialen Gehirns –
Oder wie man das Mitgefühl trainiert
- **Ed Harris, New York, USA**
Vincent van Gogh – His Psychiatric Symptoms as told by his pictures
- **Florian Holsboer, München**
Zukunft der Depressionstherapie
- **Otto Kernberg, White Plains, USA**
Borderline Personality Disorder
- **Katrin Amunts, Jülich**
Architektur des Gehirns – von den Landkarten mentaler Prozesse zum computerisierten Hirnmodell



Gesundheits- und gesellschaftspolitische Themen

Immer öfter beschäftigt sich das Fach Psychiatrie und Psychotherapie auch mit gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Fragen. Wie sollen die Leistungen an psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern in Zukunft vergütet werden? Wie erhalten psychisch erkrankte Menschen rascher einen Therapieplatz? Was bedeutet die spürbar gewachsene Sensibilität in Bezug auf Autonomie und Selbstbestimmtheit für das Fach? Welchen Einfluss haben die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention, das neue Betreuungsrecht und die laufende Neuordnung der psychiatriebezogenen Landesgesetze? Der DGPPN Kongress greift diese wichtigen Debatten mit einer Vielzahl an Veranstaltungen auf – z. B. in folgenden Bereichen:

- Altersmedizin
- Entgelt
- Ethik
- Forensische Psychiatrie und Begutachtung
- Patientenautonomie
- Prävention
- Rehabilitation und Arbeit
- Versorgungsforschung und -modelle
- und viele mehr



Kongress App 2014

Das gesamte Kongressprogramm kompakt und schnell im Überblick: Mit der kostenlosen Kongress APP finden Sie sämtliche Symposien, Workshops und Vorträge mit nur wenigen Klicks.



Im Gespräch mit Betroffenen und ihren Angehörigen

Wie lässt sich die psychiatrische Versorgung weiterentwickeln, damit sie den Menschen mit psychischen Erkrankungen noch besser gerecht wird? Der aktive Austausch mit Betroffenen und Angehörigen ist der DGPPN als medizinischer Fachgesellschaft sehr wichtig. Das Dialog Forum ist deshalb fester Bestandteil des jährlichen Kongressprogramms. Es wird von der DGPPN gemeinsam dem Aktionsbündnis Seelische Gesundheit und mit Betroffenen- und Angehörigenverbänden veranstaltet. Im Mittelpunkt der Veranstaltung stehen Themen, die auch in der Öffentlichkeit immer wieder für Kontroversen sorgen.



Infotage für Schüler, Lehrer und Eltern

Psychische Erkrankungen machen auch vor Jugendlichen nicht Halt. Deshalb bietet der DGPPN Kongress Berliner Schulen, Lehrern und Eltern die Gelegenheit, sich mit erfahrenen Experten über psychische Erkrankungen und deren Ursachen, Verlauf und Therapie auszutauschen. In diesem Jahr stehen die Themen „Selbstverletzendes Verhalten“, „Borderline-Persönlichkeitsstörung“ und „Essstörungen“ im Zentrum.



Berlin empfängt Sie gern!

Berlin, die neue alte Hauptstadt, gilt weltweit als eine der spannendsten Metropolen: modern, tolerant und ständig im Wandel. Die Stadt bewahrt ihre mitreißende Geschichte und blickt mutig in die Zukunft. Sie beharrt auf ihren Freiräumen und schafft Perspektiven. Nie wirkt sie alltäglich und in jeder Jahreszeit hat sie etwas anderes zu bieten. Mit spätherbstlichem Charme lädt Berlin im November zu einem vielfältigen Kulturprogramm ein, das von erstklassigen Ausstellungen bis hin zu Musicals und zeitgenössischen Politikabaretts reicht. Ein kulinarischer Ausflug durch die Szeneviertel bleibt bei jedem Wetter angesagt, kurz vor der Adventszeit bekommt der Besucher auch den ersten Glühwein serviert.



Kongresseröffnung mit dem Kammerorchester Les Amis de Clérivaux

Das Herz klopft bis zum Hals, die Hände zittern, die Knie sind weich: Viele Musiker und Sänger leiden unter extremem Lampenfieber. Aus Angst zu versagen, verschieben sie Auftritte, sagen ab und üben nicht. Seit 2010 finden Betroffene Hilfe in der Lampenfieber-Ambulanz, die von der Psychiaterin Déirdre Mahkorn am Universitätsklinikum Bonn gegründet wurde. Über 400 Musiker erhielten in der Zwischenzeit professionelle Unterstützung. Dafür hat das Projekt letztes Jahr den DGPPN-Antistigma-Preis (Anerkennungspreis) gewonnen.

Auch das Kammerorchester, das den DGPPN Kongress 2014 eröffnen wird, hat sich im Rahmen der Lampenfieber-Ambulanz formiert. Im Les Amis de Clérivaux spielen ausschließlich Berufsmusiker, die selbst Erfahrung mit Bühnenangst haben. Sie stammen aus Sinfonie- und Opernorchestern der gesamten Bundesrepublik, aus Österreich, der Schweiz und den Niederlanden. Das Ensemble wird das Doppelkonzert in d-Moll von Johann Sebastian Bach für Oboe und Violine spielen.

Highlight: Julius Klingebiel und seine Zelle

Der DGPPN Kongress 2014 zeigt eines der bedeutendsten Werke der „Outsider-Kunst“: die Wandmalereien des Psychiatriepatienten Julius Klingebiel. Zwölf Jahre – von 1951 bis 1963 – war Klingebiel als „gefährlicher Geisteskranker“ im Göttinger „Verwahrungshaus“ untergebracht. Unermüdlich bemalte er während dieser Zeit die Wände seiner Zelle, nur einen schmalen Streifen unter der Decke ließ er frei. Zu sehen sind unzählige Formen und Motive, die er durch Linien, Umrahmungen und andere



strukturierende Elemente zu ordnen versuchte. Auffallend oft hat Klingebiel Tiere gemalt – Löwen, Tiger oder andere exotische Tiere, wie den indischen Axis-Hirschen, den er vermutlich Mitte der 20-er Jahre im Zoo in Hannover gesehen hatte.

Ein 2010 initiiertes Forschungsprojekt hat die außergewöhnliche Biografie des Künstlers und sein bildnerisches Werk nun psychiatriehistorisch und kunstgeschichtlich aufgearbeitet. Die Ausmalung wurde in einer neuen begehbaren fotografischen Rauminstallation erlebbar gemacht, die auf dem DGPPN Kongress präsentiert wird. Die Kongressteilnehmer haben die Möglichkeit, regelrecht in das Kunstwerk einzutauchen und die Wandmalereien aus der Perspektive des Künstlers zu erleben.



Werfen Sie einen Blick ins Einladungsprogramm

Aktuelle Informationen zum DGPPN Kongress finden Sie auf www.dgppn.de. Dort können Sie auch das vorläufige Kongressprogramm als ePaper durchblättern.

ZUSAMMENARBEIT MIT FACHGESELLSCHAFTEN

AUSTAUSCH MIT TRADITION

Die Kooperationssymposien mit den schweizerischen und österreichischen Fachgesellschaften sind fester Bestandteil des DGPPN Kongresses und finden bereits seit vielen Jahren statt. Grund genug, die beiden Fachgesellschaften kurz vorzustellen. Nach der Schweizer Fachgesellschaft folgt nun die Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP).

Als eigenständige medizinische Fachgesellschaft ist die ÖGPP vergleichsweise jung, sie besteht seit Oktober 2000. Ihre Wurzeln reichen allerdings bis ins späte 19. Jahrhundert zurück, als sich die Psychiater in Wien erstmals zu einer wissenschaftlichen Gesellschaft zusammenschlossen. Ab 1950 organisierten sie sich in der „Gesellschaft für Österreicher Nervenärzte und Psychiater“, später dann im „Verein für Psychiatrie und Neurologie“, aus dem zu Beginn des neuen Millenniums zwei eigenständige Organisationen entstanden.

AUFARBEITUNG DER GESCHICHTE

Wie in Deutschland bedeuten die Jahre zwischen 1938 und 1945 den Tiefpunkt in der Geschichte des Faches in Österreich: In der Zeit des Nationalsozialismus war die österreichische Psychiatrie genauso Täter wie die deutsche. Auch wenn die Aufarbeitung dieser elenden Rolle in Österreich früher als in Deutschland einsetzte, waren nach dem Krieg wesentliche Täter der NS-Psychiatrie weiterhin in der österreichischen Psychiatrie tätig. Während die DGPPN 2010 in einer Gedenkveranstaltung der Opfer und Angehörigen gedachte und sie für das erfahrene Leid um Ver-

zeihung bat, gelang in Österreich bisher keine vergleichbare öffentliche Entschuldigung. Die weitere Aufarbeitung der NS-Psychiatrie und ihrer Folgen sind der ÖGPP allerdings ein zentrales Anliegen, welches sie mit Nachdruck weiterverfolgt.

AKTIV IN VIELEN FELDERN

Heute sind in Österreich rund 1500 Psychiater tätig, davon sind knapp 1200 Mitglieder der ÖGPP – was einen Höchststand in der Geschichte der Fachgesellschaft darstellt. Mit etwa 1100 Teilnehmern erreichte die diesjährige Jahrestagung ebenfalls einen Besucherrekord.

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft fördert die ÖGPP die Psychiatrie in Österreich auf breiter Front. Themen der Wissenschaft und Forschung stehen ebenso im Fokus wie Fragen zur Versorgung oder zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Besonders wichtig sind dabei die Kooperationen mit medizinischen und nichtmedizinischen professionellen Institutionen und Firmen sowie mit Betroffenen- und Angehörigenorganisationen. Die ÖGPP ist aktives Mitglied der World Psychiatric Association und der European Psychiatric Association. Langjährige Verbindungen bestehen auch zur DGPPN sowie zu den psychiatrischen Fachgesellschaften der Schweiz und Südtirols. Darüber hinaus unterstützt sie verschiedene andere Veranstaltungen. Mit aktiver Medienarbeit informiert sie die Öffentlichkeit in Österreich konsequent über ihre Aktivitäten.

Die ÖGPP vertritt das Fach Psychiatrie und Psychotherapie nach außen und reagiert flexibel auf aktuelle Entwicklungen. So hat sie als Antwort auf eine geplante Änderung des Medizinstudiums und der postgradualen Weiterbildung in Österreich einen Vorstandsposten für Ausbildungsfragen geschaffen. Weiter entstand ein assoziierter Vorstandsposten im Bereich der Psychosomatik.



2015 findet die Jahrestagung der ÖGPP am Traunsee in Gmunden statt.

POLITISCH ENGAGIERT

2013 gelang es der ÖGPP, innerhalb von zwei Tagen sämtliche Klinikvorstände und über 500 Mitglieder quer durch Österreich für eine Protestnote zu gewinnen, um damit eine geplante Gesetzesänderung zum Wohle der Patienten sowie des Faches Psychiatrie und Psychotherapie zu beeinflussen. Als eine der zentralen Zukunftsaufgaben betrachtet heute die ÖGPP die Nachwuchsförderung für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie in Österreich.

KONTAKT

ÖGPP
Baumgartner Höhe 1
1145 Wien | Österreich
www.oegpp.at

EXPERTENWORKSHOP

MENSCHENRECHTE UND PSYCHIATRIE

Ärztliche Maßnahmen ohne Einwilligung stehen im Konflikt mit den Grundrechten der Patienten und bedürfen daher der ethischen und rechtlichen Regelung. Auf Einladung der DGPPN fand deshalb am 19. Juni 2014 in Berlin ein interner Expertenworkshop zur Entwicklung einer Position zu den ethischen Grundlagen psychiatrischen Handelns statt.

Die Vereinten Nationen haben dieses Thema in der Behindertenrechtskonvention und in verschiedenen Kommissionen (u. a. UN-Kommission über Menschenrechte) aufgegriffen. Die dabei formulierten Positionen stehen möglicherweise in Konflikt mit den ethischen und juristischen Rahmenbedingungen in Deutschland. Um mögliche Differenzen zu klären, bemühte sich die DGPPN bereits seit Mitte 2013 intensiv um den UN-Sonderberichterstatter über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung Dr. Juan E. Méndez (Washington D.C., USA) und konnte ihn schließlich für den 19. Juni 2014 gewinnen. Auch gelang es, die Vertreter der maßgebenden Ethikforen, Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) und Deutscher Ethikrat, zusätzlich an den Tisch zu bekommen, um sich bezüglich der ethischen Grundpositionen mit ihnen abzustimmen.

DGPPN-Präsident Prof. Wolfgang Maier würdigte in seiner Begrüßungsansprache die Stärkung von Selbstbestimmungsrechten der Patienten in der internationalen und nationalen Rechtsprechung. Er wies jedoch darauf hin, dass bei fehlender Einwilligungsfähigkeit in eine lebensrettende oder schadensreduzierende ärztliche Maßnahme sich schwer auflösbare Konflikte zwischen verschiedenen medizinethischen Prinzipien ergeben: dem Selbstbestimmungsrecht und dem Recht auf Gesundheit bzw. dem ärztlichen Auftrag zur Gesundheitsfürsorge.

Der UN-Sonderberichterstatter Dr. Juan E. Méndez wurde vom UN-Menschenrechtsrat mandatiert, weltweit Fälle von Folter und anderen grausamen, unmenschlichen oder erniedrigenden Behandlungen zu prüfen und Bericht zu erstatten: Diese liegen dann vor, wenn Leiden und Schmerzen ohne die freie Einwilligung des Betroffenen zugefügt werden. In seinem Vortrag stellte er fest, dass eine chirurgische oder psychiatrische Behandlung auf der Basis einer freien und informierten Zustimmung nicht unter diese Tatbestände falle, weil hier die Entscheidung des Patienten das intentionale Zufügen von Schmerzen und Leiden aufhebe. Aber es gebe gewisse Umstände, unter denen medizinische Maßnahmen ohne Einwilligung des Betroffenen notwendig werden können. Diese Ausnahmen müssten klar und eindeutig definiert und gesetzlich geregelt werden. Auch das Konzept der Einwilligungsfähigkeit lehnte er nicht grundsätzlich ab.

Prof. Dieter Birnbacher, Vorsitzender der ZEKO, stellte das Prinzip der „Menschenwürde“ als eine Form von *Empowerment* dar, welches u. a. das Recht auf ein Minimum an Handlungs- und Entscheidungsfreiheit und ein Minimum an Lebensqualität im Sinne von Leidensfreiheit in den Mittelpunkt rückt. Er plädierte dafür, die ethischen und juristischen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass diese Rechte gewahrt bleiben. Der Jurist Prof. Jochen Tauwitz, stellvertretender Vorsitzender des Deutschen Ethikrats, stellte angesichts

der höchstrichterlich formulierten Ansprüche an die Psychisch-Kranken-Gesetze der Bundesländer eine erhebliche Rechtsunsicherheit in der aktuellen psychiatrischen Praxis fest. Insbesondere empfahl er, Zwangsmaßnahmen nicht mehr auf Grundlage der Psychisch-Kranken-Gesetze der Bundesländer durchzuführen, da diese nach Entschieden des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshof, überarbeitet werden müssten. Für das deutsche Rechtssystem gelte dabei, dass die Einwilligungsfähigkeit nicht nur des-



Juan E. Méndez,
der UN-Sonderberichterstatter über Folter

halb aufgehoben ist, weil sich der Patient von „irrationalen“ Überzeugungen leiten lässt; der subjektive Werteblick sei entscheidend; ebenso könne man einem Patienten die Einwilligungsfähigkeit nicht alleine auf Basis dessen absprechen, dass der Patient eine Krankheit nicht behandeln lassen wolle („Recht auf Krankheit“).

In der klinischen Praxis führen diese grundsätzlichen Überlegungen oft zu einem ethischen Dilemma.

Solche Konstellationen und ihre situationsspezifischen Lösungen wurden in den anschließenden Vorträgen der klinischen Experten und Expertinnen Prof. Andreas Heinz, Prof. Arno Deister, Prof. Michael Seidel, Prof. Jürgen Müller und Dr. Michael Wunder beispielhaft beleuchtet. Dr. Liselotte Mahler und Prof. Götz Mundle zeigten schließlich am Beispiel der Asylsuche aufgrund der se-

xuellen Orientierung die Gefahr auf, durch psychiatrische Begutachtung im Asylverfahren der Psychiatisierung von humanitären Notlagen und der (Re-)Pathologisierung von Homosexualität Vorschub zu leisten.

An den Diskussionen dieser ertragreichen Veranstaltung, die vom Past President der DGPPN Prof. Peter Falkai geleitet wurde, nahmen neben den psychiatrischen Experten und den Vertretern der ZEKO und des Nationalen Ethikrats, Vertreter des Bundesministeriums

der Justiz, des Bundestags, des Deutschen Instituts für Menschenrechte und des UN Unterausschusses zur Prävention von Folter teil. Dabei war man sich trotz unterschiedlicher Pointierungen einig, dass das übergeordnete Ziel aller Aktivitäten die Minimierung von nicht-konsensuellen ärztlichen Maßnahmen und die eindeutige länderübergreifende gesetzliche Regelung der Ausnahmefälle sei, in denen eine Zwangsmaßnahme als ultima ratio weiterhin notwendig bleibt.

INSIDE DGPPN

VORSTAND IM PROFIL

ENGAGEMENT AUS LEIDENSCHAFT

Wer ist eigentlich der Vorstand der DGPPN? In einer sechsteiligen Serie stellt Psyche im Fokus die Personen vor, die für die strategische Ausrichtung der Fachgesellschaft zuständig sind.



PAST PRESIDENT DER DGPPN

Prof. Dr. med. Peter Falkai
Direktor der Psychiatrischen
Klinik der Ludwig-Maximilians-
Universität München
[Peter.Falkai](#)
[@med.uni-muenchen.de](#)

Wenn Sie einen Wunsch beim Gesundheitsminister frei hätten – wie würde dieser lauten?

Ich würde mich dafür einsetzen, dass deutlich mehr Geld für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen zur Verfügung gestellt wird – und daran gekoppelt für eine Neuausarbeitung eines Vergütungssystems, das es erlaubt, auch Innovationen aus Somato- und Psychotherapie in die therapeutischen Möglichkeiten unseres Faches zu integrieren.

Psychiatrie ist für angehende Ärzte oftmals nicht die Wunschdisziplin: warum nicht?

Die Psychiatrie und Psychotherapie wird bei jungen Menschen als ein Fach wahrgenommen, das nicht integraler Bestandteil der „richtigen“ Medizin ist. Deshalb sind wir als erfahrene Psychiater gefordert: Wir müssen dem Nachwuchs klar machen, dass unser Fach der Repräsentant der Verhaltensmedizin ist und in der Diagnostik sowie Therapie sowohl somatische als auch psychotherapeutische Elemente einsetzen kann.

Sie engagieren sich ehrenamtlich im Vorstand der DGPPN. Was motiviert Sie dazu?

Ich gestalte gern und hoffe, mit meinem Engagement in der DGPPN dazu beizutragen, dass unser Fach auch in der Zukunft ein gutes und hoffentlich noch besseres Standing in der Medizin und der Gesellschaft hat. Es ist mir ein persönliches Anliegen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen jederzeit und an jedem Ort die optimale, wissenschaftlich fundierte und individualisierte medizinische, psychologische und soziale Hilfe erhalten.

Krimi oder Romanze? Beide regen zum Nachdenken oder Träumen an.

Pünktlich oder zu spät? Lieber pünktlich, aber wenn zu spät – dann bewusst zu spät.

Füller oder Tastatur? Die Tastatur ist die Pflicht des Lebens, der Füller die Kür.

Sport oder Sofa? Alles zu seiner Zeit.

Exotisch oder gutbürgerlich? Man sollte beide Facetten beherrschen.



BEISITZERIN PUBLIC HEALTH,
VERSORGUNGSFORSCHUNG
Prof. Dr. med.

Steffi G. Riedel-Heller
MPH Direktorin, Institut für
Sozialmedizin, Arbeitsmedizin
und Public Health, Universität
Leipzig
[steffi.riedel-heller](mailto:steffi.riedel-heller@medizin.uni-leipzig.de)
[@medizin.uni-leipzig.de](https://www.instagram.com/medizin.uni-leipzig.de)

Erzählen Sie von Ihrer ersten Begegnung mit der Psychiatrie und Psychotherapie.

Nach der Ablehnung zum Medizinstudium entschloss ich mich, an meinem Traum dran zu bleiben: 1982 begann ich als Hilfspflegerin im heutigen Sächsischen Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie in Rodewisch/Vogtl. zu arbeiten. Aufnahme-Station für ältere Patientinnen, Frauenstation, damals noch mit Schlaflsaal – eine wichtige und prägende Erfahrung. 1985 konnte ich mit dem Medizinstudium beginnen.

Sie sind lange Arbeitszeiten und ständige Erreichbarkeit gewohnt: Wie grenzen Sie sich ab?

Viele Aspekte meiner Tätigkeit machen mir großen Spaß und interessieren mich so sehr, dass mir deren Fortgang wirklich sehr wichtig ist. Dabei unterstützen mich Gleichgesinnte und Mitarbeiter tatkräftig. Trotzdem: Manche E-Mail muss warten und am Familientisch ist das Handy aus.

Für den Vorstand der DGPPN arbeiten Sie ehrenamtlich. Was reizt Sie an dieser Arbeit?

Mich reizt es, den Blick zu erweitern und in die Arbeit des Vorstandes konsequent eine auf Public Health oder auf die Bevölkerung bezogene Perspektive einzubringen. Prävention, gemeindenahere Versorgung, innovative Versorgungsmodelle, psychosoziale Interventionen – das sind Themen, die in eine breitere gesellschaftliche und gesundheitspolitische Diskussion gehören.

Krimi oder Romanze? Sachbuch und Ratgeber.

Pünktlich oder zu spät? Pünktlich.

Füller oder Tastatur? Verschiedenste Stifte und diverse Notizbücher mit schönem Einband.

Sport oder Sofa? Auf dem Sofa Pläne für sportliche Aktivitäten schmieden.

Exotisch oder gutbürgerlich? Mediterran.



BEISITZER LEITLINIEN UND
KLASSIFIKATION,
PRÄSIDENT DER DGPPN
VON 2007-2008 UND
VON 1995-1996

Prof. Dr. med.
Wolfgang Gaebel
Ärztlicher Direktor des LVR-Kli-
nikums Düsseldorf, Kliniken der
Heinrich-Heine-Universität;
Vorsitzender des Aktionsbünd-
nisses Seelische Gesundheit
[wolfgang.gaebel](mailto:wolfgang.gaebel@uni-duesseldorf.de)
[@uni-duesseldorf.de](https://www.instagram.com/uni-duesseldorf.de)

Welches sind die größten Herausforderungen im Gesundheitswesen?

Im Gesundheitswesen spielen Kosten-/Nutzenaspekte eine zunehmende Rolle: Qualitätsforderungen werden leicht zum Synonym für Kostenkontrolle und Leistungsabbau. Diesen Entwicklungen muss die Psychiatrie ihre eigene Qualitätsinitiative entgegensetzen: Verbesserung von Struktur- und Prozessqualität in ihren Einrichtungen, Veröffentlichung ihrer konsequent optimierten Ergebnisqualität sowie weitere Stärkung der Begleit- bzw. Versorgungsforschung.

Warum sollen sich junge Ärzte für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie entscheiden?

Psychiatrie ist wie kein anderes Fach darauf ausgerichtet, die Person des Kranken in seinem Lebensumfeld mit psychosozialen und somatischen Komponenten – empathisch-verstehend und zugleich wissenschaftlich-analytisch – in den ärztlichen Blick zu nehmen. Dieses Spannungsfeld, die vielfältigen Spezialisierungsmöglichkeiten sowie die damit verbundene Herausforderung an den Erwerb erforderlicher Kompetenzen sind attraktiv und lohnend.

Sie engagieren sich u. a. ehrenamtlich im Vorstand der DGPPN und sind Vorsitzender des Aktionsbündnisses für Seelische Gesundheit. Was möchten Sie damit erreichen?

Alle Vorstandsmitglieder haben mehrere öffentliche Funktionen. Dies erlaubt nicht nur einen Blick über den Tellerrand, sondern ermöglicht häufig Synergien. Die DGPPN und das Aktionsbündnis sind ein solches Beispiel: Beide treten mit unterschiedlichen Mitteln für die Verbesserung der Situation und Versorgung psychisch Erkrankter ein. Daran aktiv mitzuwirken, erlebe ich als zielführend – und als persönliche Herausforderung.

Krimi oder Romanze? Krimi - sonst wird's langweilig.

Pünktlich oder zu spät? Pünktlich – und bitte „to the point“.

Füller oder Tastatur? Füller – wenn's um etwas Besonderes geht.

Sport oder Sofa? Auf die Balance kommt es an.

Exotisch oder gutbürgerlich? Exotisch – aber gutbürgerlich.

REFERATE AKTUELL

RELIGIOSITÄT UND SPIRITUALITÄT IN DER PSYCHIATRIE

In der deutschsprachigen Psychiatrie und Psychotherapie ist ein „spiritual turn“ zu beobachten: Nachdem Fragen des Glaubens, der Religiosität und Spiritualität lange Zeit nicht im Fokus standen, findet nun zunehmend eine professionelle Auseinandersetzung statt. Die DGPPN hat 2013 eigens das Fachreferat Religiosität und Spiritualität gegründet.

Autor: Michael Utsch

Religion und Spiritualität sind im Fach Psychiatrie und Psychotherapie häufig noch kein Thema. Die Pluralisierung der Glaubensüberzeugungen in der Gesellschaft macht jedoch ein kultursensibles Vorgehen unverzichtbar. Das im Herbst 2012 von der DGPPN veröffentlichte Positionspapier „Perspektiven der Migrationspsychiatrie“ hat darauf hingewiesen, dass in Deutschland knapp 20 % der Bevölkerung einen Migrationshintergrund haben. Für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung sind interkulturelle Kompetenzen deshalb unverzichtbar, um mit den fremden Lebensdeutungen und Glaubenswelten richtig umgehen zu können. Kultur- und religionsensible Psychotherapeuten sind darin geschult, unabhängig von ihrer eigenen Weltanschauung angemessen mit hochreligiösen Patienten umzugehen. Diese stellen einen beachtlichen Teil der Patienten dar: Nach dem Religionsmonitor 2008 schätzen sich rund 18 % der deutschen Bevölkerung als hochreligiös ein.

BEISPIEL GROSSBRITANNIEN

Grundsätzlich gilt es zu unterscheiden, ob bei einer psychischen Störung der Glaube Teil der Erkrankung, ein Teil der Lösung oder eine unabhängige Dimension ist. Vor diesem Hintergrund sieht die Fachgruppe des DGPPN-Referates den internationalen Forschungsstand und leitet daraus Fragestellun-

gen für Forschungsprojekte ab. Andere europäische Länder sind schon länger mit diesen Themen befasst. Seit mehr als einem Jahrzehnt ist etwa die Fachgruppe „Psychiatrie und Spiritualität“ im „Royal College of Psychiatrists“ in Großbritannien aktiv, die regelmäßige Fortbildungen anbietet und heute über 3000 Mitglieder zählt. 2011 hat sie ein Positionspapier verabschiedet. Darin verpflichten sich britischen Experten, den religiösen oder spirituellen Bindungen ihrer Patienten mit Achtung und Respekt zu begegnen. Klinisch Tätige sollen keine religiösen oder spirituellen Rituale als Ersatz für professionelle Behandlungsmethoden anbieten. Gleichzeitig wird auf die Bewältigungskraft positiver Spiritualität hingewiesen.

EMPFEHLUNGEN GEPLANT

Die mangelnde professionelle Beachtung religiös-spirituelle Themen hat zu einem boomenden Lebenshilfemarkt mit zum Teil fragwürdigen und gefährlichen Angeboten beigetragen. Das Referat will deshalb Empfehlungen zu einem professionellen Umgang mit religiösen und spirituellen Bedürfnissen erarbeiten. In einigen psychotherapeutischen Richtungen wird diesem Bedürfnis Rechnung getragen – etwa durch die Einbeziehung von achtsamkeitsbasierten Verfahren. Donald Meichenbaum, ein Begründer der kognitiv-behavioralen Psychotherapie, plä-

diert seit einigen Jahren nachdrücklich für die Einbeziehung der Spiritualität in die Psychotherapie. Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung würden ihr Erleben häufig auch spirituell verarbeiten. Deshalb müssten die Zusammenhänge zwischen Traumatisierung, Stress und Spiritualität klarer herausgearbeitet werden. Grundlegend dafür sei die genaue Erfassung der Rolle spiritueller Überzeugungen und Verhaltensweisen im Leben des Patienten.

GROSSE NACHFRAGE NACH WEITERBILDUNG

Die wenigen Befragungen deutschsprachiger Psychotherapeuten und Psychiater konstatieren einen hohen Bedarf an Weiterbildungsmaßnahmen, die z. B. von den Fachgesellschaften gefördert werden könnten. Dabei sollen die Möglichkeiten anderer Zugänge zum Thema – etwa die der Seelsorge – nicht vernachlässigt werden. Vielmehr wird im interdisziplinären Gespräch eine ergänzende Zusammenarbeit gesucht. Das DGPPN-Referat Religiosität und Spiritualität trägt zur ethischen Reflexion und zur Sicherung wissenschaftlicher Standards im Umgang mit Sinnfragen und existenziellen Krisen bei.

PROF. DR. PHIL. MICHAEL UTSCH

Leiter DGPPN-Referat Religiosität und Spiritualität
Evangelische Zentralstelle für Weltanschauungsfragen (EZW)

DGPPN SUMMER SCHOOL

MIX AUS THEORIE UND PRAXIS

Anfang Juli ging die Summer School der DGPPN in die zweite Runde. An drei Tagen setzten sich Medizinstudierende, Assistenzärzte und junge Fachärzte mit zwei spannenden Schwerpunktthemen des Faches Psychiatrie und Psychotherapie auseinander: „Psyche und Kriminalität“ sowie „Psyche und Somatik“.

Schon seit 2009 läuft eine Kampagne der DGPPN, die Nachwuchskräfte für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie begeistern will. Im Rahmen dieser Kampagne hat die DGPPN im letzten Jahr die Summer School ins Leben gerufen, die auf große Resonanz stieß: Unter der wissenschaftlichen Leitung von Professor Jürgen Müller (Göttingen) und Dr. Nahlah Saimeh (Lippstadt) lud die Fachgesellschaft im Juli 2013 zu einem forensisch-psychiatrischen Ausflug in die Hauptstadt ein. Über 65 Teilnehmer zählte die zweitägige Veranstaltung – und viele von ihnen regten eine Neuauflage für diesen Sommer an.

EINBLICK IN DEN MASSREGELVOLLZUG

Das schon umfangreiche Programm wurde in diesem Jahr sogar noch ausgebaut: Die fachübergreifende Fortbildungsveranstaltung fand vom 3. bis 5. Juli 2014 in Berlin statt – die Teilnehmerzahl blieb konstant. Ein Themenschwerpunkt bildete erneut die forensische Psychiatrie und Psychotherapie: Unter dem Motto „Psyche und Kriminalität“ ging es dabei u. a. um die juristischen Grundlagen des Maßregelvollzugs und um die spezifischen Aufgaben der Gutachter. Die Teilnehmer erfuhren z. B., wie die Klinikorganisation im Maßregelvollzug abläuft. Dabei wurden konkrete Fallbeispiele behandelt, etwa die Behandlung der Hypersexualität bei Sexualstraftätern.

PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN

Am zweiten und dritten Tag stand der interdisziplinäre Komplex „Psyche und Somatik“ im Zentrum. Federführend bei der wissenschaftlichen Organisation waren die Leiter des DGPPN-Referates „Psychosomatik“, Professor Manfred Fichter (Prien am Chiemsee) und Professor Martin Bohus (Mannheim). In vier thematischen Blocks beleuchteten renommierte Experten zentrale Schnittstellen der Psychiatrie mit anderen medizinischen Disziplinen. Im Block „Psychoneurologie“ ging es um die Erkrankungen im Grenzgebiet von Psychiatrie und Psychotherapie. Der zweite Block widmete sich der Psychoonkologie und ging der Frage nach, was die Diagnose Krebs für die Betroffenen bedeutet. Das Metabolische Syndrom war Gegenstand des dritten Blocks „Psychodiabetologie“. Der vierte Block thematisierte entängstigende Alltagsaspekte der Konsil- und Liaisonpsychiatrie im Spannungsfeld von Medizin, Psychodynamik, Ethik und Recht.

Die Summer School der DGPPN ist keine theoretische Veranstaltung. Die Teilnehmer werden zur aktiven Mitarbeit angeregt und dabei von den Experten direkt begleitet. In Kleingruppen erarbeiten sie Lösungsvorschläge, die anschließend in der großen Runde besprochen werden. Die Atmosphäre ist entspannt, der Kontakt zu den Experten unkompliziert. Das Konzept hat auch die Landesärztekammer Berlin überzeugt: Sie zertifizierte die Summer School mit 29 CME-Punkten.



Abends genossen die Teilnehmer der Summer School den Berliner Sommer.

SUMMER SCHOOL INFO

Die Summer School richtet sich an Medizinstudierende, Assistenzärzte und junge Fachärzte. Im Vordergrund stehen spannende Themenschwerpunkte des Faches Psychiatrie und Psychotherapie.

- Dauer: zwei bis drei Tage
- Veranstaltungsort: Berlin
- Zertifiziert von der Landesärztekammer Berlin
- Theorie und Praxis – mit Gruppenarbeiten
- Vergünstigte Teilnehmergebühren für Medizinstudierende und DGPPN-Mitglieder

DGPPN KONGRESS 2014

VOM NACHWUCHS FÜR DEN NACHWUCHS

Nachwuchs wird auf dem DGPPN Kongress groß geschrieben: Medizinstudierende können ein Kongressstipendium beantragen, Studierende anderer Fächer und Assistenzärzte profitieren von ermäßigten Gebühren. Zusätzlich gibt es ein spezielles Nachwuchsprogramm mit renommierten Referenten.

Über 1000 Studierende kommen mittlerweile zum jährlichen DGPPN Kongress. Sie verleihen Europas größtem Fachkongress auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit nicht nur ein junges Gesicht, sie zeigen auch, dass das Fach Psychiatrie und Psychotherapie dem Nachwuchs viele Perspektiven bietet.

Die Vorbereitungen für den DGPPN Kongress 2014 laufen auf Hochtouren: Das speziell für die junge Generation entwickelte Programm bietet über alle vier Kongresstage hinweg einen span-

nenden Rund-um-Einblick in das Fachgebiet. Die Teilnehmer erfahren zum Beispiel, wie interdisziplinär die Psychiatrie ist oder welche Karrieremöglichkeiten ihnen nach der Facharztprüfung offen stehen. Renommierte Experten beleuchten zukunftsweisende Therapien und zeigen mögliche Wege in die Wissenschaft auf. Spezifische Workshops bereiten auf den ersten psychiatrischen Dienst oder auf das Neurologie-Austauschjahr vor.

Der DGPPN Kongress findet vom 26. bis 29. November im CityCube Berlin

statt. Er steht unter dem Leitmotto „Herausforderungen durch den demographischen Wandel – psychische Erkrankungen heute und morgen“.

Verantwortlich für das Nachwuchsprogramm ist die Junge Akademie der DGPPN. Sie widmet sich der Zukunft des Faches Psychiatrie und Psychotherapie und engagiert sich im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung. Dabei arbeitet sie von der Basis bis zur Spitze und entwickelt Angebote für alle Phasen der beruflichen Laufbahn.



Ein spannender Rund-um-Einblick in das Fachgebiet für den Nachwuchs.

KONGRESSSTIPENDIEN

Jetzt beantragen!

500 Studierende der Humanmedizin können kostenfrei am DGPPN Kongress teilnehmen! Beantragen Sie jetzt Ihr Stipendium auf www.dgppn.de > Kongress

HIGHLIGHTS AUS DEM NACHWUCHSTRACK

Symposien

- Innovative Therapiekonzepte bei Depression und Demenz
- Von Sucht bis Demenz: Fallvignetten
- Frischer Facharzt – was nun?
- Krisenmanagement in der Psychiatrie
- Wie viel Somatik braucht die Psychiatrie?
- Palliativmedizin und Psychiatrie

Workshops

- Forschungs- und Projektförderung in der Psychiatrie
- Mein erster Dienst – psychiatrische Notfälle für Berufsanfänger
- Crash-Kurs zur Vorbereitung der Rotation in Neurologie

Meet-the-Expert

- Angststörungen
- Demenzen
- Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Psychopathien aus forensischer Sicht

Diskussionsforen

- Vier Generationen in der Psychiatrie
- Zwangsbehandlung
- Praxispsychiater – aussterbende Art oder Beruf mit Zukunft?
- Psychiatrie 2020 – wohin geht die Reise?
- Karrierewege mit Familie

Den vollständigen Nachwuchstrack und alle Infos zur Jungen Akademie finden Sie auf: www.dgppn.de

HISTORISCHER WENDEPUNKT: MENTALE ERSCHÖPFUNG WIRD ZUR KRANKHEIT

NERVÖSE ZEITEN – WILHELM ERB UND ‚SEIN‘ ZEITALTER DER NEURASTHENIE IM KONTEXT

*Was Schlagwörter wie Stress oder Traumatisierung für unsere Zeit sind, waren Neurasthenie, Nervenerschöpfung oder Nervosität für die Umbruchzeit des Fin de siècle um 1900: Die Begriffe wurden als internationale Modekrankheiten zum Teil unserer medizinischen Diskurskultur, ja zur Kulturerscheinung selbst, gleichwohl sind sie aber auch medizinische Begriffe geblieben. Gestern wie heute fühlen sich viele Menschen durch die scheinbar ins Unermessliche gestiegenen Belastungen einer modernen, hochtechnisierten und technisch-kommunikativer gewordenen Welt nervlich aufs Höchste belastet und in ihrer Gesundheit bedroht.**

Autor: Wolfgang U. Eckart

Die Begriffe Neurasthenie, Nervenerschöpfung, vor allem aber der Ausgangsbegriff Nervosität sind um 1900 bereits Schlagwörter mit unerhörten Verbreitungsgraden. Als Erster hat 1906 die – freilich kurze – Geschichte des „wichtigen und ungemein elastischen Schlagwortes“ Nervosität der Wortbedeutungsforscher Otto Ladendorf (1873-1911) umrissen [1]. Ladendorf erkennt hier recht genau das Phänomen der versuchten Remedikalisierung eines Begriffes, welcher der medizinischen Fachterminologie flüchtig geworden, ins allgemein Gesellschaftliche oder gar ins humoristisch Triviale (*Trottoirkrankheit, trottoirnervenkrank*) [2] abgeglitten war. Dass auch dem Kunstwort *Neurasthenie* bald nach 1900 kein besseres Schicksal als dem seines Schwesterwortes *Nervosität* vergönnt sein sollte und am Ende des 20. Jahrhunderts die Neurasthenie weitgehend vergessen sein, die Nervosität aber als populärer Begriff und unscharfer neuropsychiatrischer Terminus technicus überlebt haben würde, das freilich hatte Ladendorf nicht voraussehen können.

WILHELM ERB

Am 22. November 1893 schneidet der Prorektor der Heidelberger Universität, der Internist Wilhelm Erb (1840-1921), in einer akademischen Rede zur Geburtstagsfeier des „hochseligen Grossherzogs Karl Friedrich von Baden“ ein weite Kreise interessierendes Zeitphänomen an. Erb spricht „Ueber die wachsende Nervosität unserer Zeit“ [3]. Es könne „nicht zweifelhaft sein“, so das Kernstück seiner Rede, „dass die politischen, socialen, culturellen Verhältnisse und alles, was darunter zu begreifen [sei], einen hervorragenden Einfluss auf das Nervensystem des Menschen“ [3] hätten. Die „Gründe“ hierfür sieht Erb in den fraglos besonderen „Zeitverhältnissen, in den modernen Lebensgewohnheiten, in den Fortschritten und der Verfeinerung unserer Kultur, in den neuen Gestaltungen des modernen Daseins und Verkehrs“ [3]. Die unausbleiblichen Folgen sind „Nervenschwäche“, allgemeine „Neurasthenie“; ihr Ausdruck „Überbürdung“, „Schwäche“, „Ermüdung und Erschöpfbarkeit“, „gesteigerte Erregbarkeit“, „verminder-

te Leistungsfähigkeit“, „Angst“. Jedenfalls gebe es eine hinreichende Anzahl zwingender Indizien und Gründe für den Schluss, „dass die Nervosität gegen Ende des 19. Jahrhunderts ausserordentlich zugenommen [...] und dem vielberufenen Fin de siècle ein eigenartiges Gepräge“ [3] verliehen habe.

Für Wilhelm Erb deutet alles darauf hin, dass Erwerb und Erhaltung der „ausserordentlichen Errungenschaften der Neuzeit“, des „Fortschritts“ schlechthin, aber auch aller „Ansprüche an die Leistungsfähigkeit des Einzelnen im Kampf um's Dasein“ nur unter „Aufbietung aller [...] geistigen Kräfte“ möglich sein werden [3]. Die Welt stehe am Wendepunkt und man müsse sich fragen: „Treiben wir einer immer grösseren und weiter verbreiteten Nervosität entgegen und wird sie uns und alle heutigen Culturvölker zum endlichen Verfall führen? Gibt es noch unberührte Völkerfamilien, welche mit frischem Ge-

* Teile dieses Beitrags wurden zuerst 1994 unter dem Titel publiziert: „Die wachsende Nervosität unserer Zeit“ - Medizin und Kultur im Fin de siècle am Beispiel der Modekrankheit Neurasthenie, in: Psychiatrie um die Jahrhundertwende - 25. Weinsberger Kolloquium, hg. von Fritz Reimer, Heilbronn 1994, S 9-38.

hirn und leistungsfähigem Nervensystem dereinst unsere Stelle einnehmen werden?“ [3] – Selbstverständlich sind diese Fragen rhetorischer Natur. Es gibt Hoffnungen und Prophylaktika, so verblüffend diese aus der Feder des internistischen Elektroneurologen Erb, eines Klinikers, lesen, dessen harte naturwissenschaftliche Orientierung über jeden Zweifel erhaben war. Erb hofft im Sinne der „Darwin'schen Lehre“ auf eine gesteigerte Anpassungs- und „Leistungsfähigkeit des Gehirns der Kulturmenschen“ [3]; das Zurückschrauben der Kultur zu einfacheren Lebensformen scheint ihm ebenso zwecklos wie eine „Beschränkung der Heirathen unter Nervösen, besonders unter nervösen Blutsverwandten“ [3]. Es sind andere Forderungen, die zur Rettung des kulturellen Fortschritts und der „Exis-



Wilhelm Erb um 1908

tenz der Culturvölker“ erhoben werden müssen: Bessere Pflege der Kinder und Ausbildung der heranwachsenden Jugend, Schul- und Arbeitshygiene im Sinne der Psychohygiene zur Vermeidung der „Ueberbürdung“ [3], körperli-

ches Training, Verzicht auf Genussmittel, Umgestaltung der Städte durch die Schaffung von Ruhezeiten und die Anbindung von Naherholungsgebieten. Nur so könne es gelingen, der „grossen Gefahr“, die dem „geistigen Fortschritte“, der „führenden Stellung [der] Nation“ und den „Culturvölkern Europas überhaupt in der gewaltigen Zunahme der Nervosität“ drohe, zu begegnen und „den Fortschritt der Cultur und schließlich auch die Existenz der Culturvölker zu retten“ [3].

OTTO BINSWANGER UND RICHARD FREIHERR VON KRAFFT-EBING

Es ist nicht verwunderlich, dass sich besonders die Psychiatrie des Fin de siècle dem Formenkreis der kulturinduzierten Nervosität oder Neurasthenie gewidmet hatte. Das gegen Ende der 70er-Jahre des 19. Jahrhunderts durch den amerikanischen Arzt George Miller Beard (1839-1883) als „american nervousnes“ [4,5] bezeichnete Krankheitsbild führte im Europa der frühen 90er-Jahre zu einem explosionsartigen Anschwellen besonders der psychiatrischen Neurasthenieliteratur [6].

Herausragende Repräsentanten der zeitgenössischen deutschsprachigen Forscher und Schreiber auf diesem Gebiet waren um 1900 sicher der Jeneser Psychiater Otto Binswanger (1852-1929) und sein Wiener Kollege Richard Freiherr von Krafft-Ebing (1840-1902). Beide äußern sich ähnlich wie der Heidelberger Erb über die Zusammenhänge zwischen Kultur und Neurasthenie. So deutet Binswanger 1896 auf die „nahen Beziehungen, welche das moderne Leben, das ungezügelter Hasten und Jagen nach Geld und Besitz, die ungeheuren Fortschritte auf technischem Gebiete [...] zu dieser Krankheit aufweisen“ [7]. Von Krafft-Ebing hatte ein Jahr zuvor auf die „Fülle von antihygienischen Momenten“ hingewiesen, die ihre schädlichen Wirkungen „zunächst und zumeist“ im Gehirn des Menschen entfalten [8].

„In den politischen und sozialen, speziell den merkantilen, industriellen, agrarischen Verhältnissen der Kulturnationen“ hätten sich, so der Psychiater, gewaltige Veränderungen „auf Kosten des Nervensystems“ vollzogen [8]. Bei „vielfach ungenügender Erholung“ sei dieses kaum noch in der Lage, den „gesteigerten sozialen und wirtschaftlichen Anforderungen durch vermehrte Verausgabung an Spannkraft“ gerecht zu werden [8]. „Kampf ums Dasein“ aber heiße das „Schlagwort der modernen Civilisation“ [8]. Unverkennbar sei die Belastung, die von diesen allgemein empfundenen Anforderungen und der Nervosität als ihrer Folge für viele Menschen ausgehe, allgemein und verschwommen aber auch die populäre Vorstellung über das Schlagwort und die „krankhafte Reaktionsweise“ *Nervosität*, der die [kultur]pessimistische Stimmung der „modernen Gesellschaft“ anzulasten sei. In der fünften Auflage (1903) seiner Abhandlung über *Gesunde und kranke Nerven* (1885) heißt es: „Der Wurm, der an der Frucht des Kulturlebens nagt und Lebensfreude und Lebensenergie unzähliger Menschen vergiftet, ist die sogenannte Nervosität, ein allgemeiner, verschwommener, populärer Ausdruck für Zustände von Schwäche und Erregtheit des Nervensystems bis zu ausgesprochener Nervenkrankheit. Auf diese krankhafte Reaktionsweise der Nerven ist größtenteils jener Zug von Weltschmerz und Pessimismus zu begründen, der durch breite Schichten der modernen Gesellschaft geht“ [9]. „Unbedingt“, so hatte von Krafft-Ebing bereits 1895 beobachtet, finde die „Nervosität der Massen auch theilweisen Ausdruck in gewissen Erscheinungen unseres modernen gesellschaftlichen Lebens, in dem Bedürfnis nach Sensationellem, stark Gewürztem, in den Leistungen der Belletristik, dramatischen Kunst, der Tagespresse, in dem Pessimismus, der Unzufriedenheit der Massen, dem hochgesteigerten politischen Leben, der ins Ungemessene sich erstreckenden Vereins- und

Versammlungsthätigkeit, der Hast, Unruhe und Ungemüthlichkeit des gesellschaftlichen Daseins, dem Classen- und Rassenhass, dem Drang nach Aenderung der wirtschaftlichen und socialen Zustände um jeden Preis“ [8]. Zurecht müsse man daher mit dem italienischen Physiologen und Anthropologen Paolo Mantegazza (1831-1910) von einem „nervösen Zeitalter“ sprechen, ein Umstand, der für den „Neuropathologen und den Sociologen [...] gleich bedeutsam und betrübend“ sei [8].

Der Wurm, der an der Frucht des Kulturlebens nagt und Lebensfreude und Lebensenergie unzähliger Menschen vergiftet, ist die sogenannte Nervosität[...]

Richard Freiherr von Krafft-Ebing, 1903

Interessant ist, dass der Psychiater von Krafft-Ebing das ätiologische Kapitel seiner Neurasthenie-Schrift 1895 bereits mit der Überschrift „Sociologische oder allgemein prädisponierende Ursachen“ [8] versieht und damit auf den sozialpsychologischen bzw. sozialpsychiatrischen Deutungsanspruch seiner Schrift verweist. So heißt es über die Beziehungen zwischen Industrialisierung, Kapitalismus, sozialer Lage und Nervengesundheit: „Der durch den Welthandel und die internationale Concurrenz bedingte Niedergang des Kleingewerbes und des Ackerbaus schuf aber nothwendig eine Verschiebung der socialen und der Besitzverhältnisse. Nur der Grosskaufmann und Grossindustrielle, nur das Grosscapital und die Association sind concurrenzfähig. Neben tausenden von reichen oder wohlhabenden Leuten sind Millionen Proletarier erstanden, die in unsehliger Verblendung dem Capital als solchem ihren Pauperismus zuschreiben. Dadurch entsteht Unzufriedenheit der Massen, Drang nach gewaltsamer Aenderung der Besitzverhältnisse im Sin-

ne des Socialismus und Anarchismus. Indem die Menschen nach den Städten drängen, entwickeln sich auf Kosten der körperlichen und speciell der Nervengesundheit die Haupt-, Handels- und Fabrikstädte in unheimlichen Dimensionen, während das flache Land entvölkert wird“ [8]. Als weitere prädisponierende Ursachen für die Nervosität nennt von Krafft-Ebing den Umstand, dass „zahllose moderne Menschen ihr Leben statt in freier Luft [sic!] in dumpfen Werkstätten, Fabriken, Comptoirs u. dgl.“ zubrachten; so beobachte man einen durch „vermehrte Arbeit“ bedingten „Anspruch auf ein genussreicheres Dasein“, fieberhafte Erregung auf der „Jagd nach Gelderwerb“, eine „überhastete Culturentwicklung in Gestalt von Eisenbahn, Post, Telegraph“, vermehrte Bedürfnisse nach „Genuss- und Reizmitteln (Kaffee, Thee, Alkohol, Tabak)“, die Unfähigkeit, bei den „geschraubten Existenzbedingungen [...] einen eigenen Herd zu gründen“ und als deren Folge den „ausserehelichen Geschlechtsverkehr“: „Kommt endlich ein solcher moderner Geschäfts- und Arbeitsmensch zum Heiraten, so ist er an Jahren vorgeückt, decrepid, debauchirt, nicht selten syphilitisch, und mit den bescheidenen Resten seiner Manneskraft, mitten in der Hast und Erschöpfung des Berufslebens, zeugt er nun kränkliche, schwächliche, nervöse Kinder!“ [8]

SIGMUND FREUD

Mittelbar angeregt durch von Krafft-Ebings „Psychopathologia sexualis“ und unmittelbar durch die Sexualethik des Prager Philosophen Christian von Ehrenfels (1859-1932) hat sich 1907 schließlich auch Sigmund Freud (1856-1939) den pathogenetischen Faktoren der Kultur in seiner Schrift über „Die kulturelle Sexualmoral und die Moderne Nervosität“ [10] zugewandt. Anders als Erb, Binswanger oder von Krafft-Ebing interpretiert Freud nicht die aufreibenden, überbündenden Anforderungen der modernen Kultur als auslö-

sende Faktoren für Neurasthenie oder Nervosität, sondern besonders die der modernen Kultur eigene „schädliche Unterdrückung des Sexuallebens der Kulturvölker (oder Schichten) durch die bei ihnen herrschende kulturelle Sexualmoral“ [10]: „Unsere Kultur ist ganz allgemein auf der Unterdrückung von Trieben aufgebaut. Jeder einzelne hat ein Stück seines Besitzes, seiner Machtvollkommenheit, der aggressiven und vindikativen Neigungen seiner Persönlichkeit abgetreten. [...] Die Erfahrung lehrt, daß es für die meisten Menschen eine Grenze gibt, über die hinaus ihre Konstitution der Kulturanforderung nicht folgen kann. Alle, die edler sein wollen, als ihre Konstitution es ihnen gestattet, verfallen der Neurose; sie hätten sich wohler befunden, wenn es ihnen möglich geblieben wäre, schlechter zu sein.“ Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Fähigkeit oder Unfähigkeit, sich über die „kulturelle Sexualmoral“ hinwegzusetzen, modifizierten das Phänomen. So seien „dementsprechend“ in „vielen Familien die Männer gesund, aber in sozial unerwünschtem Maße unmoralisch, die Frauen edel und überverfeinert, aber – schwer nervös“ [10]. Man mag die geschlechtsdifferenzierende Beurteilung Freuds teilen oder auch nicht; der Umstand, dass die ersten Todesopfer des 1888 von der Farbenfabrik Bayer in den Handel gebrachten Schlafmittels *Sulfonal* ausnahmslos Frauen waren, die sich von der allgemeinen Schlafmittelbegeisterung zu heftig hatten hinreißen lassen, spricht für sich. Auch Freud gehörte zu den Verabreichern des Modepräparates *Sulfonal*. So interessant und scheinbar zeitlos Freuds Sicht der Dinge (1907/8) noch am Anfang des 21. Jahrhunderts wirkt, so reduktionistisch ist sie selbstverständlich auch.

WILHELM HIS

Forsch wie Freud, wenngleich ohne all die sexuellen Konnotationen, geht 1908 auch der Berliner Internist Wil-

helm His (1863-1934) den Problembe-
reich der Beziehungen zwischen Kul-
tur, verfeinerter Überkultur, Nervosität
und Medizin an. Vor der Berliner medi-
zinischen Gesellschaft spricht er am 18.
März 1908 über „Medizin und Ueber-
kultur“ [11]. His kennt die Kulturdiskus-
sion, insbesondere die kulturpessimisti-
sche Diskussion seiner Zeit. Jedoch lie-
fert ihm schließlich Goethe mit seinem
„irrevisionablen“ Urteil „Alle im Rück-
schreiten und in der Auflösung begriffe-
nen Epochen sind subjektiv“ das letzte
Beweisstück seiner These: „Unsere geis-
tige Kultur ist im Rückgang, wir sind
überkultiviert“. Ausdruck jener Über-
kultur aber sei die Nervosität, begriff-
lich durch den Leipziger Neurologen
Paul Julius Moebius (1853-1907) und
den Göttinger Psychiater August Cra-
mer (1860-1912) [12] umrissen, in ih-
rem augenfälligen Zusammenhang mit
der Kultur aber durch Willy Hellpach
[13] mit einer Vielzahl von Beispielen
belegt. His weist dann in einem atem-
beraubenden Parforceritt durch die Kul-
turgeschichte auf historische Beispiele
für den Zusammenhang zwischen Über-
kultur, Degeneration und Nervosität,
findet aber wie zufällig mit Jacob Burck-
hardt (1818-1897) im perikleischen
Athen und in den italienischen Städten
der Renaissance Beispiele für das Feh-
len von Nervosität trotz höchster Kul-
tur. Beiden Zeitaltern habe es maßgeb-
lich an staatlicher „Sekurität“ und nicht-
staatlicher „Assekuranz“ gefehlt. „In be-
ständigen inneren und äußeren Fehden
mußte jeder seinen Mann stellen, nie
war er für den nächsten Tag seines Le-
bens sicher, nie konnte er sich dauernd
beschaulichem Genuß hingeben. Trotz
dieser fortwährenden Spannung aber
keine Nervosität!“ [11] Natürlich drän-
gen sich His hier Schlüsse auf. In ers-
ter Linie bedürfe es des aufklärenden,
„menschenfreundlichen und klugen
Arztes“, der auch den festen „Glauben“
vermitteln könne, dass das „persönli-
che Schicksal in der Hand einer höhe-
ren, sittlichen Macht“ liege. Neue Reli-
giosität also sei vonnöten [11]. Die Auf-

gabe aber reiche noch weiter, von der
„Individualtherapie“ erhebe sie sich
zur „Prophylaxe, zur National- und Ras-
sehygiene“. „Es sei ferne von uns“, so
das Hissche Therapieresümee, „Krieg
und Elend als Heilmittel herbeizuwün-
schen; abgesehen davon, daß der mo-
derne Krieg offenbar auf die Nerven an-
ders wirkt als der altmodische, hieße
das den Teufel mit dem Beelzebub aus-
treiben. Aber die erschlaffenden Wir-
kungen allzugesicherter Existenz, den
Mangel starker Empfindungen durch ei-
nen *Krieg im Frieden* auszugleichen, das
scheint nicht unmöglich. Vor allem ist
der Heeresdienst eine wahre Gesund-
schule, Drill und Disziplin ein vortreff-
liches Antidot gegen allzu große Reiz-
samkeit“ [11]. Die Jugend erkenne die-
se Forderungen eigentlich immer mehr
und treibe Sport, unternehme Fußwan-
derungen, gebe sich Bewegungsspielen
hin. Der Hausarzt vor allem müsse aber
ständig und von Fall zu Fall individuell,
nicht durch Bücher, sondern durch An-
weisungen die körperliche Ertüchtigung
fordern.

Es sei ferne von uns [...] Krieg und Elend als Heilmittel her- beizuwünschen [...]

Wilhelm His, 1908

„Sie haben den Kampf um die Seu-
chen des Leibes, die Hygiene, ins Volk
getragen“, so wendet sich His abschlie-
ßend an seine Leser; nun müssen sie
„auch den Kampf gegen die geistige
Epidemie führen. Das Publikum, hinter
einer überlebten Wissenschaft herhin-
kend, die im Körper ein Mosaik von Or-
ganen sah, tendiert zurzeit zu den Spe-
zialisten und präsentiert ihnen die aus-
gebildete Neurose; es wird sich von der
zur Besinnung kommenden Heilkunde
belehren lassen, daß der Körper ein Or-
ganismus sei, und wieder das Bedürfnis
empfinden nach einem treuen Berater
seines gesamten leiblichen und seeli-
schen Ich. Dann werden Sie noch mehr
als jetzt Gelegenheit haben, körperliche

und geistige Prophylaxe zu treiben, die
gesunde Jugend zu stählen, die belaste-
te abzu härten und zu schützen gegen
die drohenden Gefahren der Nervosität.
[...] Das genesene Geschlecht aber wird
sich eine neue, bessere Kultur schaf-
fen“ [11].



PROF. DR. MED. WOLFGANG U. ECKART

*Direktor des Instituts für Geschichte und
Ethik der Medizin*

Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

LITERATUR

1. Ladendorf O (1906) *Historisches Schlagwörterbuch*. Trüb-
ner, Straßburg und Berlin, S 217-224
2. Ladendorf O (1904/05) *Nervös. Ein wortgeschichtlicher
Versuch*. Zeitschrift für deutsche Wortforschung 6:119-128
3. Erb W (1893) *Ueber die wachsende Nervosität unserer
Zeit*. Hörning, Heidelberg
4. Beard BM (1879) *The nature and diagnosis of neurasthe-
nia (nervous exhaustion)*. New York
5. Beard BM (1879) *American nervousnes: its philosophy
and treatment*. Richmond
6. Steiner A (1964) „Das nervöse Zeitalter“ – Der Begriff der
Nervosität bei Laien und Ärzten in Deutschland und Öster-
reich um 1900. *Juris*, Zürich
7. Binswanger O (1896) *Die Pathologie und Therapie der
Neurasthenie*. Fischer, Jena
8. Frhr. v. Krafft-Ebing R (1895/1899) *Nervosität und neuro-
sthenische Zustände*. In: Nothnagel H (Hrsg.) *Specielle Pa-
thologie und Therapie*. Wien, S 1-210
9. Frhr. v. Krafft-Ebing (1903) *Über gesunde und kranke Ner-
ven*. Laupp'sche, Tübingen
10. Freud S (1966) Die „kulturelle“ Sexualmoral und die mo-
derne Nervosität. In: *Gesammelte Werke, chronologisch ge-
ordnet*, 7 (1906-1909). Fischer, Frankfurt/Main, S 143-167
11. His W (1908) *Medizin und Ueberkultur*. *Deutsche Medi-
zinsche Wochenschrift* 34:625-630
12. Cramer A (1906) *Die Nervosität*. Fischer, Jena
13. Hellpach W (1902) *Nervosität und Kultur*. Rade, Berlin

*Lesen Sie die Langfassung dieses Artikels auf
www.dgppn.de*

PSYCHOTHERAPIE UND DIE FREIHEIT, EIN EIGENES LEBEN ZU FÜHREN

Welchen Grad an Freiheit braucht der Mensch, um ein eigenes Leben führen und Entscheidungen treffen zu können, und was ist die Aufgabe der Psychotherapie in diesem Prozess? Für die Freiheit des Lebensvollzugs – so lautet die These – ist das Verhältnis von Normativität und Kreativität wichtig, und Psychotherapie wirkt auf dieses Verhältnis ein.

Autor: Joachim Küchenhoff

NORMATIVITÄT UND ENTSCHEIDUNGSFREIHEIT

ÜBERPRÜFUNG ÜBERNOMMENER NORMEN

Ich bin dann nicht frei in meinen Entscheidungen, wenn ich nach Normen handle, die ich nicht als eigene, sondern als oktroyiert erlebe. Diese Normen können mir bewusst sein und dennoch nicht abgeschüttelt werden. Entscheidungsfreiheit kehrt mit dem Mut, die Normen anderer zu bestreiten, zurück. Dass dieser Mut fehlt, kann komplexe dynamische Wurzeln haben. Psychotherapie kann dabei helfen, die „Anpassungsmechanismen“ [1] aufzudecken, die mich hindern, die gesetzten, aber mir nicht entsprechenden Normen zu bestreiten.

Die Normen können aber auch unbewusst sein. Vielleicht spüre ich, dass ich mit ihnen nicht übereinstimme, dass die „Stufe im Ich“ [2], die nach Freud das Über-Ich darstellt, eine hohe Schwelle ist. Zwingend und zugleich unfassbar werden Normen, wenn sie früh im eigenen Leben implantiert werden, ohne je ausgesprochen zu sein. Es können Ansprüche und Er-

wartungen der frühen Bezugspersonen sein, die sie (u. U. unbewusst) in mich investieren und denen ich nachleben muss, ohne mich zu ihnen verhalten zu können. In gewissem Ausmaß ist es unvermeidlich, dass die primären Bezugspersonen Wünsche und Erwartungen an das Kind herantragen, die es nicht verstehen kann. Der französische Psychoanalytiker Laplanche nennt diesen Vorgang „Urverführung“ [3]. Das Kind versucht sehr früh, die Wünsche der Eltern zu entziffern, zu übersetzen. Zu einem klinischen Problem kann es werden, wenn die Eltern einen unbewussten Auftrag an das Kind weitergeben, dem sich das Kind nicht entziehen kann, weil er sich nicht „übersetzen“ lässt, z. B. der unbewusste Auftrag ans Kind, den Eltern immer „treu“ zu bleiben, aus dem später eine massive partnerschaftliche Bindungsstörung resultieren kann [4].

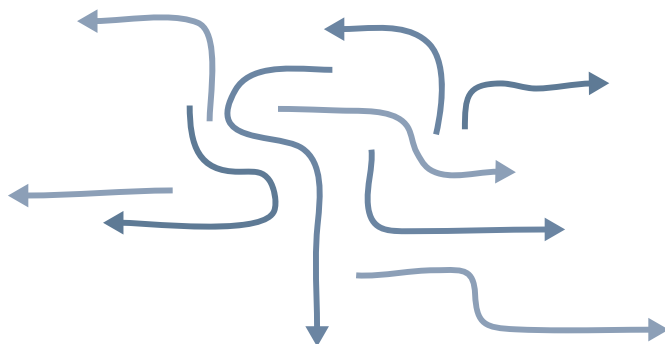
Die Aufgabe der Psychotherapie ist es, die implantierten Normen allererst als fremde sichtbar zu machen, um sie dann verarbeiten, bearbeiten und verändern zu können.

SETZUNG EIGENER NORMEN

Die Freiheit der Lebensführung aber hängt nicht nur ab von der Überwindung von Normen, sondern umgekehrt auch von der Fähigkeit, eigene Normen setzen und im Lebensvollzug umsetzen zu können. Zwei Fälle sind zu unterscheiden.

Freiheit entsteht durch die Entscheidung: gegen Alternativen

Wer alle Möglichkeiten hat, hat keine. Darin hat die Parabel vom Esel des Buridan recht, in der der Esel sich – zwischen zwei Heuhaufen stehend – nicht entscheiden kann, auf welcher Seite er zu essen beginnt, und so zwischen beiden verhungert. Dass diese Parabel durchaus klinisch relevant ist, zeigt das folgende Beispiel. Weiter auf nächster Seite >>>



Freiheit entsteht auch dadurch, sich für eine Möglichkeit und gegen Alternativen zu entscheiden.

Fall A: Verhungern in der Fülle

Frau A leidet unter einer quälenden Unfähigkeit, Entscheidungen zu treffen. Sobald sie einen eigenen Plan umsetzen will, kommen ihr die Alternativen in den Sinn, die gute Freundinnen ihr vorleben. Dann sind die Wege, die diese eingeschlagen haben, Anlass für schwere Krisen im Selbstwelterleben. Voll Neid entwertet Frau A alles bisher Erreichte. Sie macht sich die vermeintlichen Normen der anderen zu eigen und verliert die eigenen Werte aus den Augen, sie kann sie nicht positiv besetzen und zum Leitfaden der Lebensführung erheben. Psychotherapie unterstützt darin, Verzicht zu leisten und die Vielzahl der Möglichkeiten zu reduzieren auf eine in der Realität umgesetzte Tätigkeit.

Freiheit wird durch sicher verankerte Normen gewährleistet

Wer sich eine eigene Normenwelt nicht (mehr) aufbauen kann, dem stehen Normen nicht (mehr) als handlungsanleitende Wertvorstellungen zur Verfügung. In der Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen fällt dann die Unfähigkeit zur Selbststeuerung auf, die intentionales, auf Ziele ausgerichtetes Verhalten verunmöglicht. In der Psychotherapie ist zu beachten, dass die persönliche Freiheit nicht allein durch das Erlernen von „skills“, sondern vor allem durch den Aufbau einer persönlichen Wertewelt zurückgewonnen wird.

Kreativität und Entscheidungsfreiheit

Um in Freiheit über mein Leben entscheiden zu können, muss mir kreatives Denken möglich sein. Ich muss verschiedene Wege in meiner Fantasie durchspielen können. Psychotherapie ist wesentlich mit der (Wieder-)Herstellung von Kreativität verbunden.

DIE VERBORGENE KREATIVITÄT, DIE ICH HABE, VON DER ICH ABER NICHTS WEISS, HERAUSARBEITEN

Anders als dem manisch Kranken fehlt dem schwer Depressiven in der Selbsteinschätzung jede Kreativität. Er empfindet die Zeit als angehalten, ein Zukunftsentwurf fällt ihm sehr schwer. Die Initiative, auf die Suche zu gehen und Neues entstehen zu lassen, ist blockiert. Psychotherapie kann ihn darauf aufmerksam machen, dass sein depressives Erleben ein verborgenes kreatives Potenzial enthält. Wenn allerdings das Symptom ausschließlich als Zeichen einer biologischen Störung angesehen wird, wird dieses Potenzial verfehlt.

Fall B: Die persönliche Wahrheit im Symptom

Frau B lebt in der Ehe mit einem Topmanager, der ein Mann der Zahlen ist, nicht der Worte. Sie selbst hat nun zwei Kinder, aber zugleich auch eine eigene Firma gegründet. Sie gönnt sich keine Ruhe und folgt sehr hohen Ansprüchen. Eine hartnäckige Schlaflosigkeit weitet sich zu einer tiefgreifenden depressiven Verstimmung aus. Frau B möchte sie so schnell wie möglich medikamentös beseitigen. Die Depression zwingt aber zum Innehalten, als ob sie „Nein“ sagte zur Überforderung und ausdrückte, was Frau B niemals direkt sagen kann: „Es ist genug, ich werfe alles hin, ich gehe keinen Schritt weiter, dieses Leben ist ohne Freude.“ Es wird die Aufgabe der Therapie sein, dass Frau B das Symptom als Aussage zuallererst anerkennt und dass sie das „Nein“ hören lernt, das sich im scheinbaren Versagen ausdrückt und in der Therapie übersetzt werden muss [5].

KREATIVITÄT ALS INTERSUBJEKTIVES GESCHEHEN ANERKENNEN

Die Kreativität kann aber nicht nur als Eigenschaft einer einzelnen Person angesehen werden. Kreativität ist auch in der Psychotherapie eine Funktion der Begegnung und eine gemeinsame Tätigkeit. Die Therapeutin hilft dem Patienten nicht einfach, seine Kreativität zu finden, sie wird mit ihm gemeinsam kreativ. In der Psychoanalyse wird daher die Therapie auch als ko-kreativer Prozess bezeichnet. Sein Ziel ist es nicht nur, kreative Inhalte zu erlernen, sondern Kreativität als Potenzial aufzubauen. Auch entwicklungspsychologisch wird



Jede Psychotherapie braucht einen Freiraum, in dem sich Gedanken und Fantasien so frei wie möglich entwickeln können.

nicht einfach ein Inhalt, sondern auch ein Vermögen verinnerlicht. Die Mutter, die sich in ihrer „Reverie“, ihrem träumerischen Ahnungsvermögen, um das Kind sorgt und erahnt, was es braucht, gibt dem Kind das, was es ausgelöst hat, in einer verarbeiteten Form zurück [6]. Aber das Kind erwirbt so nicht nur Inhalte, sondern verinnerlicht auch diese Verarbeitungsfunktion [7]. Das gilt auch für die Therapie, aus dem ko-kreativen Prozess wird eigenes kreatives Potenzial.

KREATIVITÄT ALS AUSDRUCK EINER PRODUKTIVEN UNBESTIMMTHEIT ENTWICKELN

Zur Kreativität gehören schließlich die Abwesenheit, die Leere, räumlich veranschaulicht als Hohlform, die sich füllt, zeitlich beschrieben als die Pause, die – etwa in der Musik – Voraussetzung dafür ist, dass die ihr vorangehenden und ihr folgenden Motive und Phrasen mit Aufmerksamkeit gehört werden können [8]. Solche Zwischenräume oder Pausen, die zunächst als Leerstellen, als Negativität, imponieren, sind Voraussetzungen für Kreativität, und sie werden in der Beziehung zu anderen erworben. Dazu ist die richtige Balance zwischen Anwesenheit und Ferne der Bezugspersonen, zwischen Bezo-genheit und Entzug im Bezug zu anderen nötig. Ohne die Ferne, ohne Momente des Auf-sich-Gestellt-seins entfällt in der Entwicklung der Anreiz, kreativ zu sein. Ohne eine gleichwohl verbürgte, Sicherheit gewährende Nähe der Bezugspersonen wird die Angst oder Panik vor der Einsamkeit des Kindes so groß, dass nichts mehr entstehen, dass es nichts lernen kann.

Dieser Grundsatz gilt auch für Lernprozesse in einer Therapie. Jede Psychotherapie braucht einen Freiraum, einen Übergangsraum, in dem sich Gedanken und Fantasien so frei wie möglich entwickeln können, in dem der andere aber dennoch Halt und Vertrauen schenkt. Gerade in der Arbeit mit Patienten, die schwere Persönlichkeits- oder psychotische Störungen haben, kann dieses Vertrauen nicht vorausgesetzt werden, so dass Therapie lange damit befasst sein kann, Übergangsräume allererst herzustellen.

DIE BALANCE VON NORMATIVITÄT UND KREATIVITÄT UNTER DEM GESICHTSPUNKT DER ENTSCHEIDUNGSFREIHEIT.

Abschließend soll die Balance zwischen Normativität und Kreativität unter zwei Gesichtspunkten vertiefend dargestellt werden, der Trauerarbeit und dem Ichideal.

Trauerarbeit und die Balance von Normativität und Kreativität

Die Freiheit, ein eigenes Leben zu führen, hat auch damit zu tun, Einschränkungen zu akzeptieren, die Negativität eines Leidens mit einer Anpassung eigener Normen verbinden zu können. Diese Herausforderung stellt sich im Alter, wenn die bisher gültige Lebensnorm sich angesichts verlorener Fähigkeiten verschieben muss, soll Kreativität bewahrt bleiben. Dazu ist Trauerarbeit notwendig, die Abschied vom gewohnten Lebensumfeld oder selbstverständlichen körperlichen und geistigen Fähigkeiten ermöglicht. Die rationale Abwägung hilft allein nicht weiter. Trauerarbeit hat das Ziel, den Verlust zu beachten, zu bedenken und emotional zu bearbeiten.

Das Ichideal und die Balance zwischen Kreativität und Normativität

Die Welt der Normen ist, psychodynamisch gesehen, nicht mit den Inhalten und der Kraft des Über-Ichs gleichzusetzen. Freud spricht noch von einer anderen Stufe im Ich, dem Ichideal: „Was er als sein Ideal vor sich hin projiziert, ist der Ersatz für den verlorenen Narzißmus seiner Kindheit, in der er sein eigenes Ideal war“ [9].

Das Ichideal wird „vor sich hin projiziert“, es wird so zum Entwicklungsmotor, verbindet sich mit neuen Erfahrungen, etwa in der Identifikation mit anderen oder in der Suche nach Vorbildern. In der Position des Ichideals treffen sich Normativität und Kreativität. Auch das Ichideal ist eine Norm, aber eine, die in die Zukunft weist. Normen sind Voraussetzungen der Freiheit, wenn sie sich nicht auf – aus der Vergangenheit stammenden – Über-Ich-Forderungen beschränken, sondern Anreize zur Entwicklung bieten. Das Ichideal aber erfüllt diese Aufgabe nur dann, wenn es beweglich bleibt. Wenn es vor sich hin projiziert werden kann, dann ist Zukunft eingeschrieben in die Suche nach dem eigenen Leben und die Freiheit, es nach eigenen Prinzipien zu führen.

Am Ende sind Trauerarbeit und Projektion des Ichideals verknüpft. Dass wir uns auf den Weg der eigenen lebensgeschichtlichen Entwicklung machen, setzt voraus, dass wir die Sehnsucht nach den „verlorenen Paradiesen“ überwinden. Trauerarbeit schafft die produktive Negativität, öffnet Freiräume, in denen sich Ideale verankern – bis zur nächsten Loslösung und Veränderung.

PROF. DR. MED. JOACHIM KÜCHENHOFF

Ärztlicher Direktor

Psychiatrie Baselland

joachim.kuechenhoff@unibas.ch

LITERATUR

1. Parin P (1977) Das Ich und die Anpassungsmechanismen. *Psyche Z Psychoanal*, S 481-515
2. Freud S (1923) Das Ich und das Es. In: *Gesammelte Werke: XIII*. Fischer, Frankfurt/Main, S 237-289
3. Laplanche J (1996) Die unvollendete kopernikanische Revolution in der Psychoanalyse. Fischer, Frankfurt
4. Stierlin H (1975) Eltern und Kinder im Prozess der Ablösung. Suhrkamp, Frankfurt
5. Küchenhoff J (2013) Der Sinn im Nein und die Gabe des Gesprächs. *Psychoanalytisches Verstehen zwischen Philosophie und Klinik*. Velbrück, Weilerswist
6. Warsitz P, Küchenhoff J (2014) *Psychoanalyse als Erkenntnistheorie*. Kohlhammer, Stuttgart (im Druck)
7. Bion WR (1990) *Lernen durch Erfahrung*. Suhrkamp, Frankfurt
8. Angehrn E, Küchenhoff J (2014) (Hrsg.) *Die Arbeit des Negativen. Philosophische und psychoanalytische Perspektiven*. Velbrück, Weilerswist
9. Freud S (1914) Zur Einführung des Narzissmus. In: *Gesammelte Werke: X*. Fischer, Frankfurt/Main, S 137-170

BUCHREZENSION

DIE POPULISMUS-FALLE

Psychische Störungen haben im Versorgungsalltag und in der öffentlichen Wahrnehmung stark an Bedeutung gewonnen. Das zeigt die lebhafteste Debatte um das revidierte Klassifikationssystem DSM-5. Kritiker fürchten unter anderem, dass hier einer Diagnoseflut Tür und Tor geöffnet wird.

Autor: Frank Jacobi

Jörg Blech, der eine Reihe seiner SPIEGEL-Artikel jetzt in einem Buch zusammengefasst hat, zählt in Deutschland zu den prominentesten Vertretern dieser Position. „Die Psychofalle“ benennt eine Vielzahl von Problemen, denen sich die Professionen, die an der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen beteiligt sind, stellen müssen. Leider bietet dieses Buch für diese wichtigen Diskussionen keine gute Grundlage, da Blech jegliche der präsentierten Informationen seinen Thesen zur angeblich grassierenden Psychiatisierung durch die „Seelenindustrie, die uns zu Patienten macht“, unterordnet: „Die Psychiatrie ist soweit fortgeschritten, dass es kaum noch Normale gibt.“

PSYCHISCHE STÖRUNGEN SIND TEIL DER CONDITIO HUMANA

Blech verkennt, dass psychische Störungen und Fehlfunktionen genau wie somatische Erkrankungen einen Teil üblichen menschlichen Lebens darstellen. Eine höhere Gewichtung psychosozialer Aspekte im allgemeinen Gesundheitsverständnis (WHO: Gesundheit als bio-psycho-soziales Konstrukt) wird heute sowohl von Betroffenen als auch aus Public-Health-Perspektive als adäquat betrachtet. Genauso wie bei körperlichen Erkrankungen gibt es aber im Bereich psychischer Störungen eine große Bandbreite an Schweregraden und Behandlungsbedürftigkeit – nicht jede „Anomalität“ erfordert dabei eine fachärztliche Gesundheitsleistung. Ganz im Gegenteil beruhen Behandlungsindikationen auf komplexen klinischen Entscheidungsprozessen, die es übrigens vor dem jeweiligen sozial- und berufsrechtlichen Hintergrund zu betrachten gilt: Während z. B. in den USA eine DSM-Diagnose „das Eintrittsticket“ zur Versorgung darstellt, haben in Deutschland die Erbringer von Heilkunde von den Rahmenbedingungen her (u. a. aufgrund der etwas unpräziseren ICD-10-Kriterien, oder der Möglichkeit zu Z-Kodierungen) mehr Spielraum.

Die Haltung „Wer zum Psychiater muss, ist nicht normal“ ist zudem stigmatisierend, ebenso wie die ständige Verwendung umgangssprachlicher Attribute wie „verrückt“, „irre“ etc. Die Behauptung „Die Normalen werden wahnsinnig“ ist nicht

nur in der Wortwahl problematisch, sondern es werden hier häufig einzelne Auffälligkeiten, die an sich noch keine Diagnose rechtfertigen, als Beleg für eine angeblich gängige Diagnosepraxis herangezogen. Viele der im Buch genannten zum Teil exotischen Neuerfindungen sind entweder gar nicht Bestandteil des DSM-5 bzw. der ICD-10 oder lassen sich unter bereits bestehende Diagnosen subsummieren. Sie produzieren also keine neuen Fälle, sondern haben zumindest den Anspruch, die Spezifität von Diagnosen zu verbessern.

DIE WICHTIGEN FRAGEN BLEIBEN UNBEANTWORTET

Wie sind die Schwellen zur Krankheitswertigkeit der bestehenden Diagnosen zu definieren? Wie ist zu vermeiden, dass allgemein-gesellschaftliche Probleme an das Gesundheitssystem delegiert werden? Wie sind Bedarfe und Leistungen angesichts begrenzter Ressourcen zu priorisieren? Bei derlei wichtigen Fragen zu Behandlungsbedarf, Medikalisierungs-Aspekten, Vermeidung von Fehlbehandlungen oder Optimierung der Ressourcen-Allokation sind stets Abwägungsprozesse notwendig – einfache und endgültige Lösungen kann es hier nicht geben.

Aber Abwägen scheint Jörg Blechs Sache nicht zu sein. Für ihn ist klar, wer die „eigentlich Kranken“ sind oder was „medizinisch notwendig“ ist und was nicht. Dabei verwischt er in durchaus populistischer Weise ständig die Grenzen zwischen Information und Bewertung. Das steht einer vernünftig geführten gesamtgesellschaftlichen Diskussion im Wege und ist enttäuschend, weil dabei auch viele eigentlich richtige Argumente und Warnungen an Überzeugungskraft verlieren.

PROF. DR. FRANK JACOBI

Psychologische Hochschule Berlin

BUCH:

Jörg Blech (2014) *Die Psychofalle: Wie die Seelenindustrie uns zu Patienten macht*. S. Fischer, Frankfurt am Main, 288 Seiten, gebunden



PREISAUSSCHREIBUNGEN 2014

DGPPN HEBT BEDEUTUNG PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN HERVOR

Mit acht Preisen würdigt die DGPPN 2014 herausragende Arbeiten und Projekte auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie. Im Mittelpunkt steht die Förderung von Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftlern mit außerordentlichen Leistungen in der Forschung oder Versorgung. Hinzu kommen drei gesellschaftliche Auszeichnungen. Die DGPPN-Preise sind mit insgesamt 97.000 Euro dotiert.

FORSCHUNG

- DGPPN-Preis zur Erforschung von psychischen Erkrankungen
- DGPPN-Preis für pharmakologische Forschung
- DGPPN-Promotionspreis – Hans-Heimann-Preis

VERSORGUNG

- DGPPN-Preis für innovative Versorgungskonzepte in Psychiatrie und Psychotherapie
- DGPPN-Innovationspreis für Pflege- und Gesundheitsfachberufe in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

GESELLSCHAFT

- DGPPN-Antistigma-Preis – Förderpreis zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen
- DGPPN-Medienpreis für Wissenschaftsjournalismus
- DGPPN-Preis für Philosophie in der Psychiatrie

Teilnahmebedingungen, Regularien und Termine finden Sie auf www.dgppn.de.

Bewerbungsfrist bis 31.07.2014.

JETZT MITGLIED WERDEN!

Die DGPPN gibt der psychischen Gesundheit eine Stimme. Helfen Sie mit, die Fachgesellschaft noch stärker zu machen. Beantragen Sie noch heute Ihre Mitgliedschaft:

mitgliederservice@dgppn.de
www.dgppn.de



DGPPN

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGPPN-Geschäftsstelle

Reinhardtstraße 27 B

10117 Berlin

TEL 030.2404 772-0

FAX 030.2404 772-29

sekretariat@dgppn.de

www.dgppn.de