

# PSYCHE IM FOKUS

DAS MAGAZIN DER DGPPN



*Herausforderungen durch den  
demographischen Wandel*

## DGPPN

Deutsche Gesellschaft  
für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Psychosomatik und Nervenheilkunde

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

### KONGRESS 2014

Der Höhepunkt zum Jahres-  
ende: Europas größter Fach-  
kongress auf dem Gebiet der  
psychischen Gesundheit

### UNTER VIER AUGEN

Der Medizinethiker Giovanni  
Maio und der Psychiater  
Wolfgang Maier über die  
Ökonomisierung der Medizin

### PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT

Der Versorgungsforscher Hans  
Joachim Salize über Sozialsta-  
tus und psychische Gesundheit

# DIE THEMEN DIESER AUSGABE



**8**

**ARM, WOHNUNGSLOS UND PSYCHISCH KRANK**



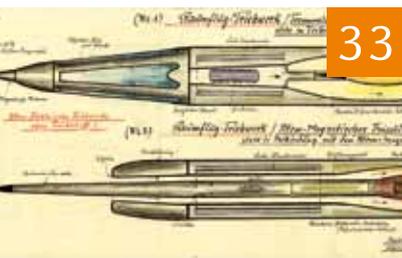
**16**

**UNTER VIER AUGEN**



**22**

**DGPPN KONGRESS 2014: DIE HIGHLIGHTS AUF EINEN BLICK**



**33**

**PSYCHIATRISCHE KUNSTGESCHICHTE**

## EDITORIAL

### GESUNDHEITSPOLITIK

Qualität in der psychiatrischen Versorgung	2
Psychiatrische Institutsambulanzen	4
Depressionen: Große Versorgungsdefizite	5
Nimmt das Demenzrisiko ab?	6
Zwangsbehandlungen: Ethische Stellungnahme	7

### PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT

Sozialstatus und psychische Gesundheit	8
Borderline-Persönlichkeitsstörung: Immer auf der Kippe	12

### UNTER VIER AUGEN

Über die Ökonomisierung der Medizin	16
-------------------------------------	----

### DGPPN KONGRESS

Highlights aus dem Kongressprogramm	22
-------------------------------------	----

### VERANSTALTUNGEN

Hauptstadtsymposium: Lebenskrise oder Krankheit – wo verläuft die Grenze?	26
Fachveranstaltung: Arbeit für psychisch Erkrankte	28

### INSIDE DGPPN

Drei Vorstandsmitglieder im Profil	29
Referate aktuell: Psychische Erkrankungen bei Migranten	31

### ZUKUNFT

Treffpunkt für den Nachwuchs	32
------------------------------	----

### VON GESTERN FÜR HEUTE

Psychiatrische Kunstgeschichte	33
--------------------------------	----

### PSYCHIATRIE UND PHILOSOPHIE

Wann sind Eingriffe am Gehirn legitim?	37
--	----

### PSYCHE IN MEDIEN

Buchrezension: Neuromythologie	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](mailto: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:

10.000 Exemplare

### ERSCHEINUNGSDATUM:

November 2014

### LAYOUT UND SATZ:

Timm Knoerr

### SCHLUSSKORREKTUR:

Wortkultur | Dr. Ana Kugli

### DRUCK:

Buch- und Offsetdruckerei

H. HEENEMANN GmbH & Co. KG, Berlin

### ABBILDUNGEN:

GETTYIMAGES: Titelseite (Westend61); IMAGO: S. 2 (IPON), 4 (CTK Photo); SHUTTERSTOCK: S. 5 (Andrzej Wilusz), 6 (Viacheslav Nikolaenko), 38-39 (Hein Nouwens), 40 (Oliver Sved); FOTOLIA: S. 31 (Eckler); THINKSTOCK: S. 32 (Photodisc); PHOTOCASE: S. 13 (madochab); PICTURE ALLIANCE / DPA: S. 3 (Frank Rumpfenhorst), 7 (Mascha Brichta), Inhaltsverz. oberes Bild und S. 9 (Paul Zinken), 10 (Caroline Seidel), 28 (R4200); Claudia Burger: Inhaltsv. zweites Bild von oben und S. 16-21; VISITBERLIN: S. 43, Fernsehturm und Weltzeituhr am Alexanderplatz (Scholvien); S. 33, 35 (Hanst Starosta); S. 33 mit freundlicher Genehmigung: Maßregelvollzugszentrum Moringen



## LIEBE LESERINNEN UND LESER,

Wenn der DGPPN Kongress am 26. November 2014 seine Tore öffnet, wird Berlin zur Hauptstadt der psychischen Gesundheit. Tausende Ärzte, Wissenschaftler und interessierte Laien werden in den neuen CityCube Berlin strömen, um sich über die großen Themen in Forschung, Versorgung und Gesundheitspolitik zu informieren und auszutauschen. In diesem Jahr steht ein Thema im Zentrum, das unsere Gesellschaft in den nächsten Jahrzehnten entscheidend beschäftigen wird: die Herausforderungen durch den demographischen Wandel. Dabei geht es um weit mehr als um das Altern. Jüngere Menschen müssen sich auf eine veränderte und längere Arbeitsbiographie einstellen. Ältere Menschen werden eine neue und verantwortlichere Rolle in Familie und Gesellschaft spielen. Mit diesen Entwicklungen ändern sich auch die Erwartungen und Anforderungen an die Diagnostik, Therapie und Versorgung psychischer Erkrankungen. Was es braucht, um diesen Herausforderungen erfolgreich zu begegnen, werden wir auf unserem Jahreskongress mit nationalen und internationalen Expertinnen und Experten diskutieren. Wir würden uns außerordentlich freuen, wenn Sie uns dabei unterstützen, die drängenden Fragen unseres Faches anzugehen, und wir Sie auf unserem Kongress begrüßen dürfen. Was das Programm alles zu bieten hat, haben wir für Sie auf den Seiten 22 bis 25 in einer kompakten Übersicht zusammengestellt.

Die aktuelle Ausgabe von *Psyche im Fokus* widmet sich aber auch den vielen anderen Schauplätzen, die unser Fach in den vergangenen Monaten beschäftigt und Aufnahme in das Programm des DGPPN Kongresses gefunden haben. Unter anderem haben wir uns *Unter vier Augen* mit dem Medizinethiker Giovanni Maio über die Ökonomisierung der Medizin unterhalten (S. 16-21).

Lesen Sie unter anderem in dieser Ausgabe:

- Der Soziologe und Epidemiologie Hans Joachim Salize erklärt, wie stark Sozialstatus und psychische Gesundheit miteinander korrelieren: Aktuelle Studien zeigen, dass unter den obdachlosen Menschen mehr als zwei Drittel an psychischen Erkrankungen leiden (S. 8-11).
- Künstlerische Darstellungen und Kunstwerke, die vor dem Hintergrund psychischer Störung und psychiatrischer Behandlungserfahrung entstehen, faszinieren seit einem Jahrhundert und gewinnen weiter an Aktualität. Der Psychiater und Psychotherapeut Andreas Spengler wirft vor diesem Hintergrund einen Blick auf die Kunstgeschichte im Kontext unseres Fachgebiets (S. 33-36).
- Wann sind Eingriffe am Gehirn legitim? Der Psychiater und Neurowissenschaftler Kai Vogeley reflektiert die Herausforderungen der Ethik durch den Fortschritt in den Neurowissenschaften (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



## ENTGELT

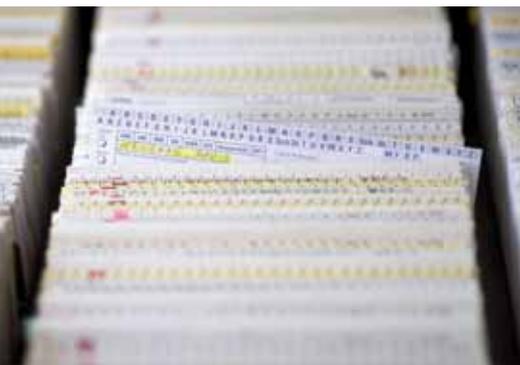
## SICHERUNG DER QUALITÄT IN DER PSYCHIATRISCHEN VERSORGUNG

Im April 2014 haben die Regierungsfractionen beschlossen, die Optionsphase des Pauschalierenden Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen (PEPP) um zwei Jahre zu verlängern. In dieser Zeit soll das Bundesministerium für Gesundheit das PEPP-System grundsätzlich prüfen. Die DGPPN konkretisiert den Handlungsbedarf und stellt mögliche Alternativen vor.

Menschen mit psychischen Erkrankungen bedürfen besonders dann, wenn sie wegen einer akuten und schweren Erkrankung auf die Behandlung im Krankenhaus angewiesen sind, des besonderen Schutzes unserer Gesellschaft. Nach Meinung von Patienten, Angehörigen und allen relevanten Fachgesellschaften und Fachverbänden vermag das Psych-Entgeltgesetz diese grundlegende normative Aufgabe bislang nicht zu leisten. Trotz gewisser Fortschritte und Korrekturen bei der Weiterentwicklung des Systems im PEPP-Entgelt-Katalog 2015 bleibt enormer Handlungsbedarf bestehen. Die DGPPN hat auf die zentralen Punkte aufmerksam gemacht, die es bei der Weiterentwicklung des PEPP-Systems zu beachten gilt, und gleichzeitig eine mögliche Alternative aufgezeigt.

## HANDLUNGSBEDARF: WEITERENTWICKLUNG DES PEPP-SYSTEMS

- **Psychiatrie-Personalverordnung:** Die Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) läuft im Rahmen des



Der bürokratische Aufwand in der Versorgung sollte reduziert werden.

neuen Entgeltsystems Ende 2018 aus. An den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist zwar der Auftrag ergangen, Empfehlungen für eine angemessene Personalausstattung zu entwickeln. Es ist jedoch unabdingbar, dass diese Mindestanforderungen den jetzt schon fehlenden Personalbedarf und den notwendigen Personalbedarf zur Umsetzung des therapeutischen Fortschritts berücksichtigen und eine verlässliche und verbindliche Finanzierung dieser überprüfbar und zu prüfenden Richtlinien durch die Krankenkassen gesichert ist.

- **Berücksichtigung der Pflichtversorgung:** Weiterer Handlungsbedarf besteht bezüglich der angemessenen Berücksichtigung der regionalen Pflichtversorgung. Um eine stabile stationäre Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in einer definierten Region sicherzustellen, müssen die Kosten der regionalen Pflichtversorgung abgebildet und auch langfristig eine ausreichende Refinanzierung sichergestellt werden.
- **Veränderte Kalkulationssystematik:** Es ist als Fortschritt zu bewerten, dass dem aktuell vorgelegten PEPP-Katalog 2015 eine veränderte Kalkulationssystematik zugrunde gelegt wird. Die von der DGPPN scharf kritisierte verweildauerabhängige Degression der Vergütung ist im neuen Katalog abgemildert. Jedoch gilt es, die Anreizwirkung der veränderten Systematik auf die stationäre Behandlung von psychisch er-

krankten Menschen weiterhin kritisch zu prüfen. Auch der Forderung der DGPPN, den hohen medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Aufwand bei der Behandlung schwer kranker Patienten im Verlauf und zum Ende der Behandlung abzubilden, wurde Rechnung getragen. Gleichzeitig scheint es notwendig, weitere Prüfungen bezüglich relevanter Aufwandsunterschiede durchzuführen.

- **Bürokratie:** Bei aller Notwendigkeit der Leistungsdokumentation und der damit verbundenen Transparenz sollte bei der Weiterentwicklung von PEPP das Versprechen eingelöst werden, den bürokratischen Aufwand in der Versorgung zu reduzieren, da dieser zu Lasten der therapeutischen und pflegerischen Zeit für die Patienten geht.

## ALTERNATIVE ZUM PEPP-SYSTEM

Der 117. Deutsche Ärztetag hat im Mai 2014 die Empfehlung ausgesprochen, das neue pauschalierende Psych-Entgeltsystem „lediglich als Budgetbemessungs- und Benchmarkinginstrument anzulegen und begleitend dazu ausreichende Spielräume für die angemessene Finanzierung fachlicher und standortbezogener Besonderheiten der Versorgung zu schaffen“. Dieser Empfehlung schließt sich die DGPPN nachdrücklich an. Das neue Entgelt-System sollte kein Preis-System sein.

Eine Alternative zum gegenwärtigen System und zu PEPP sollte Anreiz zur Flexibilisierung der Grenzen zwischen



Die DGPPN hat auf die zentralen Punkte aufmerksam gemacht, die es bei der Weiterentwicklung des PEPP-Systems zu beachten gilt.

ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung beinhalten, sodass die Therapiedosis und das Setting der behandelten Patienten zentriert und individuell eingesetzt werden können.

#### WEITERENTWICKLUNG DER VERSORGUNG

Das durch die Psychiatrie-Enquête erregene bundesweite System der wohnortnahen, lebensweltorientierten Hilfen für psychisch erkrankte Menschen hat in den letzten 30 Jahren erhebliche Fortschritte in der Versorgung gebracht. Auf Grund des sektorisierten, fraktionierten Versorgungssystems scheint die Psychiatrie-Reform jedoch ins Stocken geraten zu sein. Bisherige vom Gesetzgeber zur Verfügung gestellte Instrumente, wie die Möglichkeiten zur integrierten Versorgung und Modellprojekte, sind sowohl bei den Leistungserbringern als auch bei den Kostenträgern sehr zurückhaltend angenommen worden.

Mit dem Ziel, auch in Zukunft, trotz der zunehmenden Inanspruchnahme, sowohl im ambulanten als auch im stationären Sektor eine qualitätsgesicherte, transparente und effiziente Versorgung zu erhalten und weiterzuentwickeln, ist vor allem auf den Ausbau der ambulanten Behandlungsstrukturen und der sektorenübergreifenden Versorgung zu setzen. Prävention, Behand-

lung und Rehabilitation sollten so integriert werden, dass psychisch erkrankte Menschen frühzeitig und ausreichend behandelt werden können und ihre Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gesichert ist. Dazu gehört, dass die Versorgungsphase mit Leistungsmodulen von wenig Bedarf bis hin zu komplexem Bedarf definiert werden, einschließlich der dazugehörigen Leistungserbringer und Kostenträger. Verbindlich festgelegte Kooperationen der Leistungserbringer im ambulanten und stationären Bereich sind daher unabdingbar. Als Vorbilder könnten international erprobte Stepped Care-Modelle dienen. Ein solcher Aktionsplan für Menschen mit psychischen Erkrankungen unter Einbeziehung der wesentlichen Stakeholder könnte die lange als notwendig angesehene Vernetzung der Sektoren umsetzen und beispielhaft als eine Form unseres Versorgungssystems durchgeführt werden.



#### VERSORGUNGSSTÄRKUNGSGESETZ

Seit Mitte Oktober liegt ein Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) vor. Dieser enthält auch wichtige Regelungen für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. So wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beauftragt, „bis zum 30. Juni 2016 in den Richtlinien Regelungen zur Flexibilisierung des Therapieangebotes, insbesondere zur Einrichtung von psychotherapeutischen Sprechstunden, zur Förderung von Gruppentherapien sowie zur Vereinfachung des Antrags- und Gutachterverfahrens“ zu beschließen. Zudem muss der G-BA bis Ende 2016 ein strukturelles Behandlungsprogramm (DMP) für Depression auflegen. Noch im September hatte der G-BA einen entsprechenden Vorschlag der DGPPN vorerst abgelehnt. Schließlich enthält der Entwurf nähere Regelungen zur Ausgestaltung des Innovationsfonds beim G-BA, der 300 Millionen Euro jährlich zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen und für die Versorgungsforschung bereithält.

Die Stellungnahme der DGPPN zu den Plänen des BMG lesen Sie auf [www.dgppn.de](http://www.dgppn.de) > Presse

## PSYCHIATRISCHE INSTITUTSAMBULANZEN

## ECKPFEILER DER VERSORGUNG

*Psychiatrische Institutsambulanzen sind in Deutschland aus der psychiatrischen Versorgung nicht wegzudenken. Pro Jahr versorgen sie rund eine Million psychisch schwer kranker Menschen. Für die Nachsorge stellen sie langjährige Beziehungen her. Zudem erhalten Patienten auch zeitnah Behandlungstermine. Dadurch können unnötige stationäre Aufnahmen vermieden und Patienten frühzeitig wieder entlassen werden.*

In diesem Sommer hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine kontroverse Debatte um die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) in Deutschland vom Zaun gebrochen. Ausgangspunkt ist ein Beschluss, die PIA bei der Bedarfsplanung im ambulanten Bereich zu berücksichtigen, obwohl das Sozialgesetzbuch der PIA gar keine Aufgabe in der Regelversorgung zuweist. Nach dem Beschluss des G-BA soll jede PIA bei der Bedarfsplanung im vertragsärztlichen Bereich berücksichtigt werden – je nach Behandlungsschwerpunkt als halbe Vertragsarzt- oder Psychotherapeutenniederlassung.

Kurze Zeit später kündigte der G-BA an, dass sich der Unterausschuss Bedarfsplanung mit der Frage beschäftigen werde, wie sich die tatsächlich erbrachte Versorgungsleistungen in den PIA messen lassen. Die pauschale Anrechnung sei zwar vertretbar, aber auf Dauer nicht das geeignete Instrument. Man müsse mehr Transparenz über das Leistungsgeschehen der PIA erlangen. Dabei war die Rede von einer „gewaltigen Black Box zu Lasten der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung“ und einem „Webfehler“ im System. Ein unsachlicher Angriff, der nicht der Versorgungsrealität entspricht: Die bundesweit rund 680 PIA haben sich nach mehr als drei Jahrzehnten als Versorgungsform etabliert und bewährt. Mit hochgerechnet zwei Millionen Behandlungsfällen sind sie ein Eckpfeiler der psychiatrischen Versorgung in Deutschland.

### VERSORGUNGS-AUFTRAG RECHTLICH KLAR GEREGLT

PIA behandeln Menschen, die aufgrund ihres komplexen psychiatrischen Hilfebedarfs auf das multiprofessionelle Versorgungsangebot am Krankenhaus angewiesen sind. Patienten, für die z. B. eine Behandlung nach Richtlinienpsychotherapie ausreicht, gehören damit nicht ihrem Patientenkreis an. In der PIA erhalten Patienten auch Notfallmäßig und zeitnah Behandlungstermine. Dadurch können oft unnötige stationäre Aufnahmen vermieden und Betroffene frühzeitig wieder entlassen werden. PIA an Fachkrankenhäusern müssen von Gesetzes wegen auch aushelfen, wenn eine wohnortnahe ambulante Versorgung unerreichbar ist.

Die rechtliche Grundlage für ihre Tätigkeit bildet § 118 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V): „Psychiatrische Krankenhäuser sind vom Zulassungsausschuss zur ambulanten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung der Versicherten zu ermächtigen. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind.“ Die Leistungsdokumentation der PIA wird länderspezifisch geregelt: In Bayern gilt z. B. ein Einzelleistungssystem mit Regelungen für die Qualitätssicherung; ein differenziertes statistisches Berichtssystem schlüsselt dabei die Leistungsprofile auf.



*Die Behandlungsangebote der PIA sind für schwer kranke Menschen existenzsichernd.*

### EXISTENZSICHERNDE BEHANDLUNGSANGEBOTE

Trotz dieser länderspezifischen Unterschiede erfüllen die PIA in allen Bundesländern den gleichen Kernauftrag. Unter fachärztlicher Leitung erbringen Psychologen, Sozialpädagogen, Ergotherapeuten sowie weitere Fachtherapeuten, Pflegekräfte und Arzthelfer eine bedarfsgerechte Versorgung mit Pharmakotherapie, Case-Management und Psychotherapie. Für die betroffenen Menschen sind die Behandlungsangebote der PIA existenzsichernd.

→ → →

**DGPPN KONGRESS 2014**  
 Psychiatrische Institutsambulanzen:  
 keine Blackbox, sondern Eckpfeiler  
 der Versorgung  
 27.11.2014 | 12:00 bis 13:30 Uhr

## DEPRESSIONEN

## GROSSE VERSORGUNGSDEFIZITE IN DEUTSCHLAND

*Fast jeder fünfte Mensch erkrankt in Deutschland im Laufe seines Lebens an einer Depression. Betroffen sind aber nicht nur die Erkrankten selbst, sondern auch das familiäre, soziale und berufliche Umfeld. Doch mehr als die Hälfte der Patienten mit schweren Depressionen werden heute nicht nach aktuellem wissenschaftlichem Standard behandelt.*

Depressionen gehören nicht nur zu den häufigsten psychischen Erkrankungen, sie haben vor allem auch schwerwiegende Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen. Depressive verlieren ihren Antrieb sowie ihr Interesse und ihre Freude am Leben. Oftmals sind sie verzweifelt, innerlich leer oder gefühllos,



*Die Behandlungsqualität von Depressionen in Deutschland bereitet Sorgen.*

unfähig in gewohnter, normaler Weise auf freudige oder bedrückende Ereignisse zu reagieren. Die Symptome einer depressiven Störung belasten auch Familie, Partnerschaft und Freundschaften. Häufig kommt es zusätzlich zu Problemen am Arbeitsplatz. Als Folge neigen depressive Patienten oftmals zu Missbrauch von Alkohol, Medikamenten oder Drogen. Werden Depressionen nicht richtig behandelt, können sie chronisch werden. Noch gravierender ist die Gefahr eines Suizids. Durchschnittlich nimmt sich jeder siebte schwer Depressive das Leben.

ALARMIERENDE  
VERSORGUNGS-LAGE

Doch die Behandlungsqualität von Depressionen in Deutschland bereitet Sorgen. Im Frühjahr 2014 machte der Faktencheck Gesundheit der Bertelsmann Stiftung darauf aufmerksam, dass 18 % der Betroffenen im Zeitraum von 2010 bis 2012 gar nicht behandelt wurden. Bei drei von vier Patienten mit schweren Depressionen entsprach die Therapie nicht den aktuellen Behandlungsleitlinien und verlief viel zu einseitig. Nur etwa 12 % der Patienten mit chronischen Erkrankungen erhielten die empfohlene Kombinationstherapie aus Antidepressiva und Psychotherapie. Doch gerade für schwer erkrankte Menschen ist eine alleinige Behandlung nur mit Antidepressiva oder Psychotherapie unzureichend. Auch die Potenziale psychosozialer Therapien werden heute nicht ausgeschöpft. Als wissenschaftliche Fachgesellschaft fordert die DGPPN deshalb, dass sich die Behandlung von Depressionen noch stärker an der Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression ausrichtet, die auf der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz gründet.

REVISION DER BEHANDLUNGS-  
LEITLINIE EINGELEITET

Die DGPPN hat nun eine Revision der Leitlinie und der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) „Unipolare Depression“ eingeleitet. Denn die Erforschung der Behandlungsmöglichkeiten depressiver Störungen hat in den letzten Jahrzehnten deutliche Fortschritte gemacht. Hauptprobleme bleiben aber deren praktische Umsetzung und die Abstimmung, wie sich eine gestufte und vernetzte Versorgung sowie die Schnittstelle von ambulanter zu stationärer Behandlung optimalerweise gestalten lassen. Neben der Aktualisierung der Inhalte unter Berücksichtigung neuer Erkenntnisse in der Diagnostik und Behandlung sowie Versorgung depressiver Erkrankungen sollen bei der Revision der Leitlinie deshalb auch Modelle einer verbesserten Versorgungskoordination und entsprechende Umsetzungsmaßnahmen geprüft werden. Darüber hinaus sind aus Sicht der DGPPN auf Ebene der Politik und Verwaltung dringend strukturierte Versorgungsprogramme für Menschen mit depressiven Erkrankungen zu entwickeln. Strukturierte und sektorenübergreifende Modelle unter Nutzung der aktuellen Diagnose- und Behandlungsleitlinien müssen in Deutschland in Zukunft überall verfügbar sein. Jeder depressiv erkrankte Mensch, der Kontakt zum Gesundheitssystem hat, muss überall in Deutschland sicher sein können, dass seine Erkrankung erkannt und anschließend leitlinien- und bedarfsgerecht behandelt wird.



DGPPN KONGRESS 2014  
Update der Nationalen Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“  
28.11.2014 | 12:00 bis 13:30 Uhr



## DEMENTZERKRANKUNGEN

## DIE CHANCEN DER PRÄVENTION NUTZEN

*Nach aktuellen Studien sinkt das Risiko, im Alter an Demenz zu erkranken, in westlichen Ländern wieder. Eine wichtige Rolle kommt dabei den modifizierbaren Risikofaktoren zu. Allerdings wird diese Entwicklung die Ausbreitung des Leidens nicht aufhalten können.*

Demenzerkrankungen zählen zu den häufigsten psychischen Störungen im Alter. In Deutschland sind rund 1,4 Millionen Menschen betroffen, etwa zwei Drittel von ihnen leiden an der Alzheimer-Krankheit. Hinter diesen Zahlen stehen nicht nur schwere Schicksale für die Betroffenen und ihre Angehörigen. Die Demenzerkrankungen stellen auch die Gesundheits- und Sozialsysteme vor große Herausforderungen. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung und des demographischen Wandels ist in den nächsten Jahrzehnten mit immer mehr Betroffenen zu rechnen.

## NIMMT DAS DEMENZRISIKO AB?

Allerdings könnten manche Prognosen, die von einer Erhöhung um den Faktor drei ausgehen, eine Überschätzung sein. Neueste Studien weisen darauf hin, dass die altersspezifischen Neuerkrankungsraten zurückgehen. Schon heute erkranken weniger Menschen einer bestimmten Altersklasse an Demenz als dies vor zehn oder zwanzig Jahren der Fall war. Doch weil die Bevölkerung immer älter wird und hochaltrige Menschen besonders häufig erkranken, wird die Zahl Demenzkranker trotzdem weiter zunehmen.

Das Entscheidende dabei: Die Befunde zeigen, dass modifizierbare Lebensstilfaktoren offensichtlich eine wichtige Rolle spielen. Ein enger Zusammenhang besteht z. B. zwischen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Demenz. So wirkt sich die bessere Kontrolle der Risikofaktoren für das Herz-Kreislauf-System auch positiv auf das Gehirn aus – diskutiert wird z. B. der gesündere Lebensstil oder die bessere Behandlung von Bluthoch-

druck. Allerdings können sich die aktuell günstigen Entwicklungen wieder umkehren, wenn etwa die Zahl der Diabetiker und Übergewichtigen weiter zunimmt. Beides sind Risikokonstellationen für die Entwicklung einer späteren Demenz.

## PRÄVENTION MUSS IN DEN FOKUS RÜCKEN

Aktuelle Studien gehen davon aus, dass bis zur Hälfte aller Demenzerkrankungen auf potenziell modifizierbare Risikofaktoren zurückzuführen sind. Auch wenn diese Hochrechnungen unter Umständen zu ambitioniert ausfallen, machen sie deutlich, dass weitere Forschung zu modifizierbaren Risikofaktoren demenzieller Erkrankungen und deren Umsetzung in präventive Aktivitäten dringend notwendig sind. Die heute schon vorliegenden Ergebnisse sprechen dafür, die Chancen der Prävention zu nutzen und ihr den entsprechenden Stellenwert in Forschung und Praxis zuzuweisen. Aus Sicht der DGPPN muss der angekündigte Nationale Demenzplan hier unbedingt ein Zeichen setzen.

## DIE VERSORGUNGS-LAGE IST ALARMIEREND

Dringenden Handlungsbedarf sieht die Fachgesellschaft auch in der Versorgung von demenziell erkrankten Menschen. Ein Großteil der Betroffenen wird heute in Deutschland unzureichend medizinisch betreut, ihre Versorgung gilt als eine vorwiegend pflegerische Aufgabe. Dabei offenbart die Versorgungsforschung, dass heute nur rund die Hälfte neuer Demenzerkrankungen überhaupt



*Demenzielle Erkrankungen werden ein zentrales Problem der Gesundheits- und Sozialsysteme bleiben.*

als solche erkannt wird. Kognitive Leistungsdiagnostik und bildgebende Verfahren kommen selten zum Einsatz. Nur ein Bruchteil der Demenzkranken erhält eine leitliniengerechte medikamentöse Behandlung. Dabei könnten demenziell erkrankte Menschen länger im häuslichen Umfeld leben, wenn sie adäquat medizinisch behandelt würden. Viel zu oft werden gerade psychische – aber auch körperliche – Begleiterkrankungen heute noch nicht erkannt oder behandelt. Dadurch entstehen vermeidbare Problemsituationen für die demenziell erkrankten Menschen, ihre Angehörigen und die Pflegenden.



**DGPPN KONGRESS 2014**  
Demenzkranken besser medizinisch versorgen –  
Stand und Perspektiven  
27.11.2014 | 10:15 bis 11:45 Uhr

## ZWANGSBEHANDLUNGEN

## ORIENTIERUNG FÜR GUTES ÄRZTLICHES HANDELN

*Was tun, wenn psychisch erkrankte Menschen eine notwendige medizinische Behandlung ablehnen und sich dadurch selbst gefährden? Wie sollen sich Ärzte in einer solchen Situation verhalten? Eine ethische Stellungnahme der DGPPN bietet professionellen Helfern Orientierung für diese schwierigen Situationen.*

Die Beachtung der Selbstbestimmung von Patienten ist eine zentrale ethische Grundlage für ärztliches Handeln. Jeder Mensch hat das Recht, Entscheidungen, die seine Gesundheit betreffen, selbstbestimmt zu treffen – selbst wenn diese Entscheidungen Dritten unvernünftig erscheinen. Andererseits hat der Arzt gegenüber seinen Patienten eine Garantenpflicht: Hilflöse Patienten bedürfen seiner Fürsorge. Diese beiden ethischen Prinzipien sind nicht immer im Einklang. Ein ethisches Dilemma entsteht, wenn beide Prinzipien zu unterschiedlichen Konsequenzen führen.

In Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik stellen sich hierbei tiefgreifende Fragen, denn psychische Erkrankungen können in Einzelfällen die Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten einschränken. Wenn schwer kranke und selbstbestimmungsunfähige Patienten sich erheblich gesundheitlich gefährden und in dieser Situation medizinische Maßnahmen ablehnen, geraten die an der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen in eine schwierige ethische Dilemmasituation. Während Nichtbehandlung zu schweren gesundheitlichen Schäden führen kann, können Zwangs-



*Ärztliche Zwangsmaßnahmen verletzen die Autonomie und Integrität von Menschen und bedürfen daher besonderer ethischer und rechtlicher Grundlagen.*

maßnahmen Traumatisierungen und die Beschädigung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patienten zur Folge haben. Bei Fremdgefährdung spitzt sich das Dilemma weiter zu. Hinzu kommen die juristischen Rahmenbedingungen, die es einzuhalten gilt und die den psychiatrischen Krankenhäusern neben medizinischen auch ordnungspolitische Aufgaben (beispielsweise bei Fremdgefährdung) zuweisen.

In diesen schwierigen Situationen benötigen Ärzte, Therapeuten und Pfleger eine ethische Orientierung für professionelles Handeln. Zu diesem Zweck hat die DGPPN eine ethische Stellungnahme verfasst und Empfehlungen für die Praxis formuliert, mit denen sich Zwangsmaßnahmen reduzieren – u. a. durch Deeskalationsmaßnahmen, Kommunikationskompetenz, klinische Ethikberatung, Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen – oder wie sich diese im Falle der Unvermeidbarkeit ethisch und rechtlich angemessen durchführen lassen. Fort- und Weiterbil-

dung müssen dieses ethische Ziel verstärkt berücksichtigen. Eine angemessene personelle, räumliche und strukturelle Ausstattung der Kliniken ist daher aus ethischen Gründen unabdingbar.

### ETHISCHE STELLUNGNAHME DER DGPPN

#### ACHTUNG DER SELBSTBESTIMMUNG UND ANWENDUNG VON ZWANG BEI DER BEHANDLUNG VON PSYCHISCH ERKRANKTEN MENSCHEN

*Lesen Sie die vollständige Stellungnahme der DGPPN auf [www.dgppn.de](http://www.dgppn.de) > Publikationen > Stellungnahmen.*



## SOZIALSTATUS UND PSYCHISCHE GESUNDHEIT

# ARM, WOHNUNGSLOS UND PSYCHISCH KRANK

*Sozial randständige und arme Menschen leiden besonders häufig unter psychischen Erkrankungen. So zeigen aktuelle Studien, dass unter den Obdachlosen mehr als zwei Drittel betroffen sind. Gleichzeitig steht der überaus hohen psychiatrischen Belastung eine dramatisch geringe Behandlungsrate gegenüber. Die aktuellen versorgungs- und sozialpolitischen Entwicklungen werden die Situation in Zukunft vermutlich sogar noch verschärfen.*

Autor: Hans Joachim Salize

Sozialstatus und psychische Gesundheit korrelieren miteinander. Dieser einfache Zusammenhang gehörte schon zur öffentlichen Wahrnehmung, bevor es die Psychiatrie als akademisches Fach überhaupt gab. Erst relativ spät wurde jedoch der Zusammenhang zwischen Armut und psychischer Gesundheit bzw. Krankheit Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen. Eine in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts sich in Deutschland entwickelnde psychiatrische Wohnungslosenforschung wurde von den Nationalsozialisten im Keim erstickt. Aber auch international kam die entsprechende Forschung erst in den 1950er-Jahren in Gang.

Damals wurden unterschiedliche Hypothesen über die Beziehung zwischen psychischen Störungen und der sozialen Lage der Erkrankten entwickelt. Die wichtigsten davon waren die sogenannte „social drift“-Hypothese, die davon ausging, dass psychische Erkrankungen einen sozialen Abstieg der Betroffenen in Gang setzen, befördern oder beschleunigen, sowie die sogenannte „social causation“-Hypothese, die annahm, dass sozial unvorteilhafte Lebensverhältnisse wie Armut die Entstehung oder den Ausbruch psychischer Störungen begünstigen oder gar erst ermöglichen. Diese entgegengesetzten Erklärungsansätze beherrschten die Theoriedebatte der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Im Lichte der modernen, um biologisch-genetische Paradigmen erweiterten Erklärungsansätze haben sich diese Theorien als zu eindimensional erwiesen. Zwangsläufig mussten deshalb Nachweise für die Richtigkeit beider Hypothesen ausbleiben. Mittlerweile ist wissenschaftlicher Konsens, dass es sich bei der Entstehung psychischer Störungen um ein multifaktorielles und -dimensionales Geschehen handelt, bei dem individuelle psychische, genetische und soziale Faktoren eine Rolle spielen, von denen jede für sich die Genese einer psychischen Erkrankung jedoch nicht erklären kann.

---

## ARME BESONDERS HÄUFIG PSYCHISCH KRANK

Ungeachtet dessen besteht der eingangs genannte Zusammenhang zwischen sozialer Lage und psychiatrischer Morbidität weiterhin und bildet sich in den neueren epidemiologischen Bevölkerungsstudien auch deutlich ab [1, 2]. Sozial Randständige und Arme gehören nach wie vor zu den Bevölkerungsgruppen mit den höchsten psychiatrischen Erkrankungsrisiken. So weisen laut einer 2013 vom Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit veröffentlichten Studie in den Jahren 2007 bis 2011 jährlich zwischen 32,6 und 40,2 % aller Arbeitslosengeld II-Bezieher in Deutschland („Hartz-IV-Empfänger“), die bei der AOK versichert sind, eine psychiatrische Diagnose auf [3]. In absoluten Zahlen sind dies pro Jahr zwischen 2,4 und 2,6 Mio. Menschen. Die Krankheitsbilder verteilten sich diagnostisch auf ca. 30 % Angst-, Belastungs- und somatoforme Störungen und zu jeweils ca. 20 % auf affektive Störungen wie z. B. Depression sowie auf Suchterkrankungen.

Ob diese Diagnosen, die im entsprechenden Abrechnungsjahr ärztlicherseits gestellt worden sein müssen, immer auch eine bedarfsgerechte psychiatrische Behandlung nach sich ziehen, ist mehr als fraglich. Die Fehl- und Mangelbehandlung psychischer Störungen, wie z. B. durch verzögerte oder nicht erfolgte Überweisung schwerer oder chronischer Fälle vom diagnostizierenden Haus- zum psychiatrischen Facharzt, ist häufiges Thema der psychiatrischen Fachliteratur [3]. Bei der hier diskutierten Klientel dürfte eine Mangelbehandlung überdurchschnittlich häufig sein.

Die genannten Erkrankungsraten der Arbeitslosengeld-II-Empfänger liegen nur leicht über der Zwölf-Monatsprävalenz psychischer Störungen für die deutsche Gesamtbevölkerung,

die 2011 vom Robert Koch-Institut an einer großen Bevölkerungsstichprobe ermittelt wurde [4]. Allerdings handelt es sich bei den Bevölkerungsdaten aus der letztgenannten Studie um das tatsächliche Krankheitsaufkommen (d. h. um behandelte und unbehandelte Personen), während die zitierte psychiatrische Krankheitslast der Hartz-IV-Empfänger reine Behandlungsdaten sind, da die Zahlen aus den Diagnose- und Behandlungsstatistiken der gesetzlichen Krankenversicherung stammen. Nicht-diagnostizierte und unbehandelte Menschen dieser sozialen Gruppe sind dagegen nicht abgebildet.

In der deutschen Gesamtbevölkerung bleiben nach neuesten Erkenntnissen ca. 57 % aller an Angststörungen leidenden Menschen unbehandelt. Bei Depression sind dies ca. 65 % und bei Alkoholabhängigkeit sogar ca. 87 % [5]. Dies muss auch auf die Hartz-IV-Empfänger zutreffen. Demzufolge müssen die entsprechenden unbehandelten Anteile zu der o. g. von der Bundesanstalt für Arbeit ermittelten Erkrankungshäufigkeit der Hartz-IV-Empfänger dazu addiert werden, will man sie mit den Bevölkerungsdaten vergleichen. Bereits aus dieser methodisch sehr groben Gegenüberstellung wird die überproportionale psychiatrische Belastung der ärmeren Bevölkerungsschichten in Deutschland deutlich.

#### DRAMATISCH GERINGE BEHANDLUNGSRATE

Steigt man die soziale Stufenleiter bis ans untere Ende hinab – etwa bis zur Wohnungslosigkeit – werden die Zahlen noch dramatischer. So ist aus einer einschlägigen Untersuchung aus den 1990er-Jahren bekannt, dass 93 % aller wohnungslosen Männer in München mindestens einmal im Leben eine psychische Erkrankung durchlitten hatten oder zum Untersuchungszeitpunkt noch durchlitten. Damit liegt die lebenszeitliche Belastung der Münchener Wohnungslosen 2,4 Mal höher als die der Münchener Gesamtbevölkerung [6]. Auch in Mannheim, der zweiten der wenigen deutschen Regionen, in denen die psychische Lage der örtlichen Wohnungslosenbevölkerung untersucht wird, bestätigten sich diese Befunde. Hier waren in einer entsprechenden Studie 68 % aller Wohnungslosen aktuell und 82 % mindestens einmal in der Vorgeschichte mit psychischen Störungen belastet [7]. Vereinzelt weitere Befunde aus anderen deutschen Regionen bestätigen diese Werte. Dieser überaus hohen psychiatrischen Belastung steht eine äußerst geringe Behandlungsrate gegenüber. In Mannheim standen nur 15,6 % der Wohnungslosen mit psychiatrischem Behandlungsbedarf zum Zeitpunkt der Untersuchung in Kontakt zu einem entsprechenden psychiatrischen Dienst [7]. Die weitgehend fehlende oder mangelhafte Behandlung trägt natürlich zur Persistenz der hohen psychiatrischen Krankheitsrate bei.

#### WAS SIND DIE URSACHEN DIESER UNTERVERSORGUNG?

In gewisser Weise wiederholt sich an dieser Stelle die oben beschriebene Frage nach der Henne oder dem Ei aus den 1950er-Jahren, allerdings nicht wie damals als eher akademische Frage, sondern als konkret versorgungspraktisches Problem. Dadurch sind Verantwortlichkeiten adressierbar. Prinzipiell liegen die Gründe für eine geringe Inanspruchnahme von Einrichtungen und Diensten der Gesundheitsversorgung entweder auf Seiten der Betroffenen – etwa wenn keine Krankheits- und Behandlungseinsicht besteht – oder aber auf Seiten des Gesundheitswesens, wenn nicht genügend Versorgungsangebote vorgehalten werden oder wenn die Schwellen bestehender Einrichtungen für Betroffene zu hoch sind. Auch die bundesdeutsche Gesamtbevölkerung ist nach den oben zitierten Zahlen psychiatrisch unterversorgt. Dies wird – etwa in der gegenwärtigen Burnout-Debatte – in der Öffentlichkeit breit thematisiert. In dieser Debatte spielt z. B. der Mangel an psychotherapeutischen Angeboten eine dominierende Rolle.



*Sozial Randständige und Arme gehören zu Bevölkerungsgruppen mit den höchsten psychiatrischen Erkrankungsrisiken.*

Bei benachteiligten Bevölkerungsschichten besteht jedoch seitens der Öffentlichkeit und der Medien eine unterschwellige Tendenz, die Unterversorgung ursächlich der mangelnden Behandlungsbereitschaft und dem schwach ausgeprägten Hilfesuchverhalten der Betroffenen selbst zuzuschreiben. Hierfür gibt es jedoch keine gesicherte wissenschaftliche Evidenz. Solange gesicherte Belege dafür fehlen, leisten solche Zuschreibungen der weiteren Stigmatisierung der Betroffenen Vorschub.

Indizien für Mängel im Angebot sind dagegen deutlicher. Dies hieße, dass die Verantwortung für geringe Behandlungsraten marginalisierter Gruppen auf struktureller Seite, also

beim Sozial- oder Gesundheitswesen läge. Solche Mängel sind u. a. die generell zu geringe Zahl vor allem ambulanter psychiatrischer Einrichtungen, lange Wartelisten oder die fehlende zielgruppengerechte Ausgestaltung dieser Einrichtungen z. B. hinsichtlich multiprofessioneller oder aufsuchender Hilfen. Vor allem stellt jedoch die Sozialgesetzgebung eine schwer zu überwindende Hürde für die Inanspruchnahme psychiatrischer Angebote durch Wohnungslose und andere benachteiligte Bevölkerungsgruppen dar.

In der Regel empfangen Wohnungslose – psychisch kranke Wohnungslose ebenso wie psychiatrisch nicht vorbelastete – sogenannte „Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten“ nach § 67 SGB XII. Diese ermöglicht die Inanspruchnahme von Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe, wie z. B. Übernachtungsstellen oder Wohnheime usw. Diese verfügen jedoch über keine fachpsychiatrischen Angebote oder leisten keine professionelle Suchthilfen. Wie die oben genannten Zahlen belegen, benötigen jedoch die meisten Wohnungslosen eine kontinuierliche psychiatrische Behandlung und Rehabilitation. Diese wird außerhalb des Zuständigkeitsbereichs der Wohnungslosenhilfe angeboten und wird weitgehend durch die (höherstufige) sogenannte Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII finanziert. Voraussetzung für den Bezug von Eingliederungshilfe ist eine psychiatrische Diagnose. Diese wird aber meist erst vergeben durch die mit der Eingliederungshilfe finanzierten Inanspruchnahme eines psychiatrischen Dienstes.



*Den Betroffenen fehlt oftmals eine Brücke zu notwendigen psychiatrischen Fachdiensten.*

Diese Schwelle ist kaum zu überwinden. Der überwiegenden Mehrheit psychisch kranker Wohnungsloser gelingt der „Aufstieg“ in die Eingliederungshilfe nicht. Selbst mit sozialarbeiterischer Unterstützung seitens der Wohnungslosenhilfe sind die sozialrechtlichen Hürden oft zu hoch. Eine biographiebedingte Hilflosigkeit oder erlernte Resignation der Betroffenen

mag dazu beitragen. Sie stellt jedoch nicht die entscheidende Hürde dar.

Dies zeigt sich bei Menschen mit einer behandlungsbedürftigen, jedoch nicht behandelten psychiatrischen Erkrankung, die noch über eigenen Wohnraum verfügen, dessen Bestand jedoch aufgrund ökonomischer Schwierigkeiten wie z. B. Mietrückständen oder drohenden Räumungsklagen akut gefährdet ist. Dieser Personenkreis ist bundesweit eine zahlenmäßig starke Klientel der Jobcenter, Wohn- und Sozialämter. Die psychiatrische Belastung dieser Menschen ist ähnlich hoch, wenn nicht sogar noch größer als bei bereits Wohnungslosen. In der bundesweit bisher einzigen Studie an solchen Personen wurden bei 79 % Mannheimer Bürgern, bei denen eine Räumungsklage angedroht oder eingeleitet war, eine akut behandlungsbedürftige psychiatrische Störung festgestellt [8].

### PSYCHIATRISCHE BEHANDLUNG TRÄGT ZUR SOZIALEN STABILISIERUNG BEI

Dass bei solchen Personen die akut drohende Wohnungslosigkeit jedoch verhindert werden kann, hat ein Modellprojekt (das sog. MOTIWOHN-Projekt) in Mannheim gezeigt. Als entscheidende Maßnahme zur Stabilisierung der gesundheitlichen und auch der sozialen und finanziellen Lage erwies sich dabei die Einleitung einer bedarfsgerechten und mittelfristig stabilen psychiatrischen Behandlung. Es gelang im Modellprojekt, die Mehrzahl der Betroffenen in eine solche Behandlung zu bringen. Die Motivation zur Behandlungsaufnahme ließ sich im Dialog zwischen Betroffenen und den Psychologen des Projektes mittels entsprechender Gesprächstechniken leicht herstellen. Der extreme akute Leidensdruck der Betroffenen erwies sich dabei nicht als hemmend, sondern im Gegenteil als förderlich.

Was den Betroffenen in der Regel fehlte, war eine Brücke von den sozialen Diensten oder Jobcentern zu den jeweils notwendigen psychiatrischen Fachdiensten. Solch eine Schnittstellen- oder Brückenfunktion ist in der Regelversorgung so gut wie nie vorhanden. Auf sich allein gestellt sind die Betroffenen kaum in der Lage, entsprechende Hilfen selbst zu organisieren. Das Modellprojekt zeigt, dass es geht. Es durchbricht die einschränkende sozialrechtliche Fragmentierung und die in Ämtern und Dienststellen weit verbreitete zuständigkeitsorientierte Denk- und Handlungsweise. Es weist zusätzlich eine (sekundär-)präventive Komponente auf, indem es vor Eintreten einer akuten Notlage, wie im vorliegenden Fall dem Wohnraumverlust, versucht zu intervenieren.

Innovative Ansätze, die durch spezifische Interventionen in einem Sektor (hier der psychiatrischen oder Suchtversorgung) Folgekosten in anderen Sektoren (hier der Wohnraumsicherung oder Sozialhilfe) einsparen, sind in der bundesdeutschen Struktur der fragmentierten sozialen und medizinischen Hilfen extrem selten. Bisher wurde das Mannheimer Modell je-

doch trotz der hohen Rate an psychischer, finanzieller und sozialer Stabilisierung der Studienteilnehmer nicht in die Regelversorgung übernommen. Dies bezahlen nicht nur die zahlreichen Betroffenen in entsprechenden Problemlagen mit ihrem individuellen Leid, sondern auch der Steuerzahler durch ineffektiv verwendete Gesundheits- oder Sozialbudgets. Dadurch werden mögliche Synergieeffekte vergeben und akute Problemlagen lediglich verwaltet, anstatt sie präventiv und ursächlich anzugehen.

## HANDLUNGSBEDARF IN DER FORSCHUNG UND VERSORGUNGSPLANUNG

Es ergibt sich Handlungsbedarf vor allem in zwei Bereichen: in dem der Forschung, die Ursachen und Determinanten der Problematik analysieren muss, sowie im Bereich der Versorgungsplanung, welche die Verfahrensweisen definieren und Wege ebnen muss, die bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung randständiger Bevölkerungsgruppen sicherzustellen.

Beide Bereiche sehen sich spezifischen Schwierigkeiten und Hemmnissen gegenüber. Nach wie vor existiert eine kontinuierliche psychiatrische Wohnungslosenforschung in Deutschland nur in den beiden bereits genannten Regionen Mannheim und München. Trotz der relativen Breitenwirkung der aktuellen und vor einigen Wochen in München präsentierten SEEWOLF-Studie über psychisch kranke Wohnungslose [9, 10] leiden solche Forschungszweige hierzulande unter einer reduzierten Wahrnehmung bei Politikern und Entscheidungsträgern und damit unter Mangelfinanzierung. Die Mittel, die für Forschungsarbeiten an marginalisierten Gruppen zur Verfügung gestellt werden, stehen in keinem Verhältnis zu den Mitteln der Grundlagenforschung in den Neurowissenschaften – und dies, obwohl die Versorgungsrelevanz der Befunde der Grundlagenforschung im Gegensatz zu der Praxisrelevanz der Versorgungsforschung nach wie vor sehr überschaubar ist.

Finanzierungspolitisch, versorgungspraktisch und sozialrechtlich ist keine durchschlagende Beseitigung der beschriebenen Hemmnisse in Sicht. Daran werden auch Initiativen und Versorgungsformen, die versuchen, die beschriebenen gesetzgeberischen und versorgungspraktischen Sektorgrenzen aufzuweichen, wie z. B. die sogenannten Integrierten Versorgungsmodelle, kaum etwas ändern. Sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen werden vermutlich die letzten sein, die von solchen Modellen – falls deren flächendeckende Implementierung denn je stattfinden wird – profitieren. Auch die von Fachkreisen stark kritisierte gegenwärtige Umstrukturierung der Finanzierung der psychiatrischen Krankenhausversorgung in Deutschland wird sich vermutlich auf sozial Schwache besonders nachteilig auswirken.

Wenn sich die psychiatrische Fachöffentlichkeit, die Gesundheitspolitik und die Versorgungsplanung nicht dieser Bevölke-

rungsgruppen annimmt und konkrete Lösungswege erarbeitet, werden sie langfristig doppelt marginalisiert bleiben – psychiatrisch und ökonomisch. Die gegenwärtigen weltweiten ökonomischen und sozialen Krisen wirken hier noch verschärfend. Deutschland ist diesbezüglich keine Insel der Seligen, sondern, wie aktuell die rapide steigenden Flüchtlingszahlen zeigen, von diesen Krisen direkt betroffen. Sie verstärken die fatale Wechselwirkung psychiatrischer und sozialer Faktoren und drängt die betroffenen Bevölkerungsgruppen noch weiter an den Rand.

**PROF. (APL.) DR. SC.HUM. HANS JOACHIM SALIZE**

*Leiter Arbeitsgruppe Versorgungsforschung,  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim  
hans-joachim.salize@zi-mannheim.de*

### LITERATUR

1. Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M (2007) Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 50: 871–878
2. Wölfe S, Jost D, Oades R, Schlack R, Hölling H, Hebebrand J (2014) Somatic and mental health service use of children adolescents in Germany. Eur Child Adolesc Psychiatry 23: 753–764
3. Schubert M, Parthier K, Kupka P, Krüger U, Holke J, Fuch P (2013) Menschen mit psychischen Störungen im SGB II. IAB-Forschungsbericht 12/2013. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit, Nürnberg
4. Jacobi F et al. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Der Nervenarzt 85: 77–87
5. Mack S et al. (2014) Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). Int J Methods Psychiatr Res. 23: 289–303
6. Fichter MM, Quadflieg N (2001) Prevalence of mental illness in homeless men in Munich, Germany: results from a representative sample. Acta Psychiatrica Scand 103: 94–104
7. Salize H et al. (2001) Needs for mental health care and service provision in single homeless people. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 36: 207–216
8. Salize H, Dillmann-Lange C, Kentner-Figura B, Reinhard I (2006) Drohende Wohnungslosigkeit und psychische Gefährdung – Prävalenz und Einflussfaktoren bei Risikopopulationen. Der Nervenarzt 77: 1345–1354
9. „Die Qualen der einsamen Wölfe – Obdachlose leiden laut einer Studie des Klinikums rechts der Isar besonders häufig unter psychischen Erkrankungen“. Süddeutsche Zeitung, 24.7.2014
10. „Viele Wohnungslose sind psychisch krank“. Münchner Merkur, 24.7.2014



**DGPPN KONGRESS 2014**

Wohnungslosenhilfe – „Psychiatrelight“ oder bedarfsgerechte Versorgung von Menschen in besonderen Lebenslagen?

29.11.2014 | 10:15 bis 11:45 Uhr



DGPPN-MEDIENPREISTRÄGERIN IN DER KATEGORIE „PRINT“

## IMMER AUF DER KIPPE

*Zwischen Neurose und Psychose, zwischen Angst und Wahn spielt sich das Leben von Borderlinern ab. In einer Hamburger Klinik lernen sie, anderen Menschen zu vertrauen.*

Autor: Stefanie Schramm

Die Ansage auf dem Anrufbeantworter in der psychotherapeutischen Praxis war unmissverständlich: „Hinterlassen Sie Ihren Namen und Ihre Rufnummer – außer Sie sind Borderliner.“ Diese Abfuhr erlebte eine Patientin, die jetzt in der Asklepios Klinik Nord in Hamburg untergekommen ist. Borderlinepatienten gelten als besonders schwierige psychisch Kranke. Oft schlagen ihnen negative Reaktionen entgegen. Nicht nur in der Familie. Freunde und Kollegen sind von den sozialen Dissonanzen, die diese Patienten oft auslösen, äußerst angestrengt. Und auch viele Therapeuten.

Der Hamburger Psychiater Birger Dulz gehört nicht dazu. Er ist Chefarzt der Klinik für Persönlichkeits- und Traumafolgestörungen und einer der renommiertesten Borderlinespezialisten in Deutschland. Er versteht die Abneigung seiner Kollegen gegen diese Patientengruppe nur zu gut, denn Borderliner seien oft „unflexibel, lahmarschig, humorlos, selbstbezogen, begriffsstutzig, aggressiv, feige, kommunikationsfaul, kleingeistig, borniert, unfähig zum Verfolgen eigener Einsichten“. Die Stärken der Borderlinepatienten sieht Dulz aber auch: Sie könnten „kreativ, piffig, witzig, selbstironisch, hilfsbereit, intelligent, streitbar, mutig, schlagfertig, großzügig, zugewandt, einsichtig“ sein. Diese Gegensätze fordern Dulz heraus, und er bekennt: „Ja, ich mag Borderliner!“

Auf Station O52A behandeln Dulz und seine Kollegen ausschließlich Borderlinepatienten. Sie arbeiten an Fragen, die jeden Menschen umtreiben: Wie viel Nähe zu anderen kann ich ertragen? Wie viel Distanz ist für mich und andere nötig? Das hört sich harmlos an, doch für die Kranken sind solche Fragen von existenzieller Bedeutung. Ihr Problem ist, einen Korridor zu finden zwischen überschwänglicher Zuneigung und hasserfüllter Abneigung. Das führt immer zu erheblichen Problemen mit anderen Menschen – und nicht selten zu Übergriffen und Kriminalität. „35 % der ersteinhaftierten männlichen Straftäter sind Borderliner“, sagt Dulz. Bei den Frauen sind es 20 %.

Im Sportraum der Klinik im Norden Hamburgs sitzen zwei Teddys auf dem Boden, einander zugewandt. Eine 34-jährige Frau, die hier Sandra Fischer heißen soll, hat sie so dahin gesetzt. Sie selbst hockt in der Ecke des Raums, halb hinter einer Säule. Die Aufgabe in der Körpertherapie heute: Die Patienten sollten ihr wichtigstes Problem darstellen und sich dazu positionieren. „Meine Themen sind Partnerschaft und Nähe“, sagt Fischer, als sie an der Reihe ist. „Und der große Wunsch nach ei-

ner eigenen Familie.“ Die Teddys stehen für Mutter und Kind. Am Ende der Therapiestunde sollen die Patienten einen großen Schritt auf ihr Symbol zu machen. Fischer macht aber bloß ein winziges Schrittchen. „Muss ich wirklich?“, fragt sie.

Sandra Fischer ist zum dritten Mal auf der Borderlinestation. Vorher war sie in vielen anderen Kliniken, bei vielen anderen Therapeuten. Einen Freund hatte sie noch nie. Mit Mitte zwanzig hat sie angefangen, mit Fäusten und dem Kopf gegen Wände und Glasscheiben zu schlagen, sich mit Rasierklingen zu schneiden. Selbstverletzungen sind ein typisches Zeichen für eine Borderlinestörung. In den Patienten herrschen gleichzeitig große Leere und enorme Anspannung. Die Autoaggressionen wirken als Ventil, durch das der Druck entweichen kann. Vorübergehend. Dann baut er sich wieder auf.

Die Borderlinestörung ist eine Mischerkrankung – der Begriff entstand, weil bei den Betroffenen sowohl neurotische Symptome wie Angst diagnostiziert werden als auch psychotische Symptome wie Wahnvorstellungen. Sie befinden sich also im Grenzbereich zwischen Neurose und Psychose. Viele Patienten selbst interpretieren den Begriff anders, sehen sich als „Grenzgänger“, immer auf der Kippe.

Die Borderlinestörung ist eine Krankheit der Beziehungen. Sie wird ausgelöst durch Beziehungen – verletzende, lieblose, nicht vorhandene. Und sie zeigt sich in Beziehungen – macht sie kompliziert oder instabil oder verhindert sie ganz. Die Störung lässt sich aber auch durch Beziehungen wenn nicht heilen, so doch lindern. Das ist das Konzept der Station O52A. „Man kann sich das vorstellen wie eine Waage“, sagt der Chefarzt Birger Dulz. „Bei den Patienten liegen viele schlechte Beziehungserfahrungen in der einen Schale. Von denen können wir sie nicht befreien. Wir versuchen aber, sie durch gute Beziehungserfahrungen aufzuwiegen.“

Dulz sieht seine Arbeit als sportliche Herausforderung. „Wenn man nicht bereit ist, mit den Patienten zu kämpfen und um sie zu kämpfen, ist man hier falsch“, sagt er. Gern spielt der Chefarzt den bad cop, der die Patienten mit Unangenehmem konfrontiert, während der jeweils zuständige Therapeut sie als good cop in Schutz nimmt. Das Rollenspiel soll die Beziehung zwischen Therapeut und Patient stabilisieren.



*Das Verhalten vieler Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung mag gleichgültig erscheinen, in ihren Köpfen aber herrscht Aufruhr.*

### EXTRA-HERAUSFORDERUNG WG-LEBEN

Doch nicht nur auf die Beziehungen zu den Therapeuten, auch auf die zu den anderen Patienten kommt es an. 22 Borderliner leben auf der Station, für Wochen und Monate, sie teilen sich die Zimmer, das Bad, die Waschmaschine. Diese Wohngemeinschaftstherapie sei das Anstrengendste an dem ganzen Aufenthalt, hat eine Patientin einmal zu Dulz gesagt. Es ist wie eine 22er-WG mit mehr als normal nervigen Mitbewohnern.

„Ganz am Anfang bin ich hier nur rumgeschlichen“, erzählt Sandra Fischer. „Da haben drei Leute auf dem Flur Karten gespielt, und ich habe mich nicht mal getraut, hallo zu sagen.“ Damit so zurückgezogene Patienten wie sie wenigstens zum Pflege-team Kontakt halten, müssen sie sich regelmäßig im Dienstzimmer melden. „Das war der Horror“, erinnert sich Fischer. „Ich konnte nicht mal sagen, warum es mir scheiße ging.“ Sie verließ die Klinik, kehrte zurück: „Da konnte ich mich ein bisschen mehr öffnen.“ Jetzt, beim dritten Mal, sei sie schnell da angekommen, wo sie an sich arbeiten wolle, „bei den Themen Partnerschaft, Sexualität, Familie. Jetzt bin ich mittendrin in meinen Gefühlen.“

Ein paar Männer hat sie schon kennengelernt, im Internet, sie hat ihnen geschrieben, aber immer wenn ein Mailkontakt sie treffen wollte, zog sie sich zurück. „Ich hab einfach nichts gespürt.“ Einmal kam es doch zum Treffen, es folgten schneller Sex und wenig Gefühl. Denn so sehr sich Sandra Fischer auch nach Nähe sehnt, so sehr fürchtet sie diese auch. Sex ist da leichter. Andererseits ist Sexualität ein großes Tabu für sie. Plaudern Bekannte über erotische Vorlieben, würde Sandra Fischer sich am liebsten unsichtbar machen. Dann aber wieder fühlt sie sich häufig nicht wahrgenommen, nicht verstanden, nicht geschätzt.

„Frau Fischer empfindet sich wie viele Borderliner vor allem als Opfer“, sagt Cornelia Bothe, Fischers Therapeutin. „Und sie dreht die Tatsachen immer so, dass sie auch als Opfer dasteht. Dass sie, wie alle anderen, auch mal böse sein kann, sieht sie nicht.“ Bothe versucht, ihre Patienten aus dieser Schwarz-Weiß-Sicht auf sich und die Welt zu reißen. „Es ist für sie wichtig, zu sehen, dass sie mitunter auch Kotzbrocken sind und selbst Anteil daran haben, wenn andere von ihnen genervt sind.“ Das zeigt Bothe den Kranken auch: dass sie manchmal wirklich sauer ist – aber trotzdem die Beziehung zu ihnen nicht abbricht. Sie und ihre Kollegen bieten sich den Patienten als Spiegel an und als Sparringspartner.

## GROSS GEWORDEN IN EINER SCHWARZ-WEISS-WELT

Der Schwarz-Weiß-Blick auf die Welt ist ein Relikt aus einer Zeit, als die meisten Borderlinepatienten tatsächlich Opfer waren – ihrer Kindheit und Jugend. 80 % von ihnen haben das erlebt, was Psychologen Realtrauma nennen: Missbrauch, Aggression, Misshandlung. Noch schlimmere Spuren als körperliche Angriffe hinterlassen aber emotionale Vernachlässigung und Missachtung. Deren Folgen zu behandeln, sei weit komplizierter, sagt Dulz: „Wenn etwas vorgefallen ist, kann man daran arbeiten. Wenn etwas gefehlt hat, ist das deutlich schwieriger zu therapieren.“

Missachtung und Vernachlässigung – das haben alle Patienten erlebt, auch Sandra Fischer. Als sie zur Welt kam, litt ihre Mutter an Ängsten und Panikattacken, für ihr Kind war sie nicht da. Der Vater, ein Lehrer, war streng und forderte Leistung. Sex war das große Tabu. Wenn Fischer sich als Jugendliche schick anzog, warf ihr der Vater vor, sie sei „aufreizend“, die Männer würden ihr „hinterhergeifern“. Außerdem „sexualisiere“ sie ihre Geschwister. Selbst die Zahl Sechs durfte im Haushalt Fischer nicht ausgesprochen werden. Und immer wieder flog ein Hausschuh, gab es Fußtritte. Die Mutter sei ein „stilles Mäus-

chen“ gewesen, erinnert sich Fischer, sie habe vor allem nicht auffallen wollen. Wenn die junge Frau auf einem Fest laut lachte, herrschte die Mutter sie an, sie solle sich nicht so aufführen.

Als Reaktion auf die beklemmenden Umstände ihrer Kindheit wurden die meisten Borderlinepatienten zu Überlebenskünstlern. Sie sind Meister der Anpassung, sie haben gelernt, sich unsichtbar zu machen. „Keine Schwäche zu zeigen hat es ihnen ermöglicht, die Situation in ihren Familien durchzustehen“, sagt Birger Dulz. Bei vielen ist diese Stillhaltetechnik so ausgeprägt, dass sie ihre Probleme selbst nicht mehr erkennen können. „Eigentlich hab ich ja gar nichts“, sagen sie im Gespräch mit den Therapeuten und untereinander. Die anderen Patienten werden dann unwillig. „Klar, du machst hier ja nur Urlaub“, geben sie zurück, oder: „Sicher, und nächste Woche bringst du dich dann wieder um.“

Das Verhalten vieler Borderliner mag gleichgültig erscheinen, in ihren Köpfen aber herrscht Aufruhr. Zwischen den anderen im Aufenthaltsraum sitzt ein großer, breitschultriger Mann im Fußballtrikot. Erst vor ein paar Tagen ist er auf die Station O52A gekommen. Er hört zu, ab und zu sagt er etwas, leise und ein bisschen schüchtern – ganz gewöhnlich eigentlich. Wie wenig normal diese Normalität ist, versteht nur, wer

## DGPPN-MEDIENPREIS FÜR WISSENSCHAFTSJOURNALISMUS 2014 – DIE PREISTRÄGER

Der mit insgesamt 15.000 Euro dotierte DGPPN-Medienpreis für Wissenschaftsjournalismus zeichnet in diesem Jahr vier Beiträge aus, die einen eindringlichen Einblick in das Leben psychisch erkrankter Menschen geben. Die Jury aus Psychiatern und Journalisten hat die Gewinner aus mehr als 40 anspruchsvollen Beiträgen ausgewählt. Die Preisverleihung findet im Rahmen des DGPPN Kongresses 2014 statt.

### PRINT

**Stefanie Schramm:**  
*Immer auf der Kippe*  
(DIE ZEIT 47/2013)

Borderlinepatienten gelten als besonders schwierige und anstrengende Kranke. Warum das so ist, wie Therapeuten damit umgehen und so den Patienten helfen können, hat Stefanie Schramm ganz aus der Nähe in einer Klinik in Hamburg beobachtet.

### HÖRFUNK

**Jochen Paulus:**  
*Hirnstimulation gegen Depression:  
Strom vertreibt Schwermut*  
(WDR 5, 18.06.2014)

Manchen Patienten mit schweren Depressionen ist mit konventionellen Therapien nicht dauerhaft zu helfen. Jochen Paulus zeigt, wie Forscher der Universität Bonn daher eine neue Methode erproben: Zusammen mit Neurochirurgen implantieren sie Elektroden, die bis tief ins Gehirn reichen.

### TV

**Dr. Thomas Liesen:**  
*Leben, lieben, vergessen*  
(ARD, 06.11.2013)

Als Yvonne Herber immer häufiger ihr Handy verlegt und Passwörter vergisst, ist sie selbst nicht allzu beunruhigt. Doch ihr Mann spürt, dass etwas

nicht stimmt. Die Untersuchung an der Uniklinik ergibt schließlich die unfassbare Diagnose: Alzheimer im Frühstadium – mit gerade mal 42 Jahren. Über drei Jahre begleitet Dr. Thomas Liesen in seinem Film Yvonne Herber und ihre Familie.

### TV

**Dr. Norbert Siegmund:**  
*Tödliche Polizeikugeln. Wenn psychisch Kranke Opfer sind*  
(RBB, 27.05.2014)

Alle zehn Tage schießt in Deutschland ein Polizist auf einen Menschen. Zwei Drittel der Opfer sind psychisch Kranke oder Verwirrte, die eigentlich Hilfe bräuchten. Exemplarisch rekonstruiert Dr. Norbert Siegmund in seinem Film, was hinter dieser traurigen Bilanz steht.

weiß, was der Mann im Trikot kurz zuvor in der Männertherapiegruppe erzählt hat. Als er vier, fünf Jahre alt war, hatte der neue Freund seiner Mutter immer wieder zur Waffe gegriffen und auf ihn geschossen. Nicht um ihn zu töten – sondern damit er in Todesangst „tanzte“. Die Mutter war dabei und hatte gelacht.

Die anderen Patienten waren geschockt. Nicht nur von der Geschichte, sondern auch davon, dass der Mann sie gleich in der ersten Stunde erzählte. „Wenn du so früh die Schotten aufmachst, landest du ganz schnell auf der Geschlossenen“, warnen die Männer ihn. Der Neuankömmling hatte in früheren Therapien zu hören bekommen, er öffne sich nicht genug. Auf den Platz in der Asklepios Klinik hat er vier Monate lang warten müssen. Jetzt will er alles richtig machen.

Bis die Patienten ihre Probleme nicht nur sehen, sondern auch bewältigen können, braucht es viel Zeit. Sandra Fischer ist keine Ausnahme, viele Patienten kommen zwei, drei Mal auf die Station, für mehrere Monate. „Ambulant ist eine derart intensive beziehungsorientierte Therapie gar nicht zu leisten“, sagt Dulz. „Außerdem tauchen Borderliner immer gerade dann ab, wenn es ihnen schlecht geht.“ Der Aufwand an Zeit, Geld und Nerven lohne sich aber, nicht nur für die Betroffenen selbst: „Was wir hier machen, ist eigentlich Prävention. Damit die Kinder der Patienten nicht auch noch dran glauben müssen.“ Etwa 70 % der Patienten verließen die Station „fast wiederhergestellt“, sagt der Psychiater.

## DIE DIAGNOSE WIRD IMMER HÄUFIGER GESTELLT

Doch das Phänomen Borderline greift weiter um sich. Dulz hat den Eindruck, dass die Störung zunimmt, auch wenn das schwer zu bemessen sei, weil Borderliner früher oft eine andere Diagnose bekommen hätten oder gar keine. „Entscheidend ist die Atmosphäre in den Familien“, sagt der Psychiater. Und die sei heute häufiger angespannt. Die Familienstrukturen verändern sich, Paare trennen sich, die Zahl der Alleinerziehenden wächst. „So trifft die Kinder schneller der Frust der Erwachsenen“, sagt Dulz. „Früher sind sie vielleicht zum Spielen zur Oma gegangen, wenn Vater oder Mutter gestresst von der Arbeit kamen.“ Das Risiko für Kinder, in verletzenden oder lieblosen Beziehungen aufzuwachsen, hängt auch davon ab, wie viel Druck und Frust in einer Gesellschaft entstehen und wie sie sich verteilen.

Sandra Fischer, die früher von Klinik zu Klinik irrte, sagt, sie habe auf Station O52A endlich das Gefühl, die Therapeuten wüssten, wie es in ihr aussehe. „Faszinierend“, sagt sie, und in ihrer Stimme schwingt Ungläubigkeit mit. „Hier geht mein Gegenüber trotz allem nicht weg.“ Hier wird sie gesehen, das ist ihr wichtig. Aber hier hält man ihr auch den Spiegel vor.

STEFANIE SCHRAMM

Redakteurin bei der ZEIT, Ressort Wissen,  
und freie Autorin

mail@stefanieschramm.de



*Für Betroffene und Angehörige  
 Psychosoziale Therapien bei schweren  
 psychischen Erkrankungen*

Psychosoziale Therapien zielen darauf ab, die individuellen Möglichkeiten der Betroffenen so zu verbessern, dass diese besser in ihrer sozialen Umgebung leben und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Die neue DGPPN-Patientenleitlinie bietet einen kompakten Überblick darüber, welche psychosozialen Therapien wirksam und möglich sind.

## NEU: DGPPN-PATIENTENLEITLINIE

*Psychosoziale Therapien bei schweren  
 psychischen Erkrankungen.*

*Patientenleitlinie für Betroffene  
 und Angehörige*

*Gühne, U., Fricke, R., Schliebener, G.,  
 Becker, Th., Riedel-Heller, S.G.*

*2014, 69 S. 4 Abb. Springer-Verlag  
 GmbH, Heidelberg*



# DIE AURATISIERUNG DER ZAHL

Der aktuelle Präsident der DGPPN Professor Wolfgang Maier im Gespräch mit dem Freiburger Medizinethiker Professor Giovanni Maio

## „DAS INDIVIDUELLE EINGEHEN DES ARZTES AUF DEN BEDARF UND DIE SITUATION DES PATIENTEN IST EINE WICHTIGE AUFGABE DER MEDIZIN.“

PROFESSOR WOLFGANG MAIER

Messbarkeit, Effizienz und Transparenz sind ökonomische Kriterien, welche zunehmend die Praxis der modernen Medizin bestimmen. Dieser Paradigmenwechsel hat große Auswirkungen auf die Rolle des Arztes und die Gestaltung der Beziehung zu den Patienten. Dies betrifft in besonderem Maße Psychiatrie und Psychotherapie, die von je her Beziehungsmedizin ist. Der Präsident der DGPPN Wolfgang Maier diskutiert mit dem Freiburger Medizinethiker Giovanni Maio über die Ökonomisierung der Psychiatrie, Beziehungsqualität in der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und die „Auratisierung der Zahl“.

*Maier: In Ihrem neuen Buch „Medizin ohne Maß? Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit“ beschreiben Sie, wie der Fokus auf die technische Machbarkeit in der Medizin den Blick auf die existenziellen Fragen des Lebens zu verstellen droht, und plädieren für eine neue Medizinkultur der Besonnenheit. Ist dies als Gegenentwurf zu einer ökonomisierten Medizin gedacht, in der immer mehr in immer kürzerer Zeit geleistet werden soll?*

*Maio: Es ist ein Gegenmodell zum beherrschenden Denken unserer Zeit, das auf Effizienz, Schnelligkeit und Zahlen ausgerichtet ist. Dieses Denken ist für die Produktion von Dingen angemessen, wenn es aber um die Behandlung eines Menschen geht, ist es schlichtweg das falsche Paradigma. Eine vertrauensvolle Beziehung lässt sich eben nicht durch Verfahrensordnungen herstellen wie eine Sache, sondern sie kann sich nur dann entfalten, wenn eine bestimmte Atmosphäre herrscht, wenn ein beziehungsfreundlicher Raum geschaffen wird. Dieser offene Raum aber wird zunehmend zerstört und durch minutiöse Verfahrensvorschriften geradezu verbaut. Die ursprüngliche Identität der Medizin als eine Praxis, die sich auf den anderen Menschen einlässt, um dann in der Begegnung mit dem Anderen gut zu entscheiden, wird umgemünzt in eine herstellende Tätigkeit, die sich diese Zeit nicht mehr nimmt. Je schneller und linearer man in diesem System Entscheidungen trifft und je mehr man abkürzt, desto mehr wird man belohnt.*

*Maier: Nun gibt es in der Behandlung von psychischen Erkrankungen zum einen die Psychotherapie, in der die Zeit für den Patienten garantiert ist, und zum anderen die vertragsärztlichen Gesprächseinheiten, die pauschal entgolten werden und*

*damit den ökonomischen Druck auf den Arzt erhöhen, möglichst viele Patienten in möglichst kurzer Zeit zu sprechen. Wir sehen hier, wie ein bestimmtes Entgeltmodell die Zeit für den Patienten minimiert, die aber erforderlich ist, um jede Therapie aufzubauen.*

*Maio: Die Psychotherapie steht aber selbst unter dem Druck, das, was sie leistet, messbar zu machen und zu belegen. Das Gespräch mit dem Patienten wird nur soweit zugelassen, wie es einen messbaren Effekt für die Gesundheit der Patienten hat. Wenn wir die Medizin als eine Praxis der Begegnung von Mensch zu Mensch begreifen, dann müssen wir aber anerkennen, dass es hier noch um andere Qualitäten geht. Ich verstehe die Psychiatrie als eine hermeneutische Wissenschaft, in der es vor allen Dingen um die Kunst des Verstehens geht. Daher hat gerade die Psychiatrie sich gegen dieses strukturfunktionalistische Denken zu verwahren. Insofern ist die therapeutische Qualität in der Psychiatrie als das Ausmaß des Verstehens und Verstandenwerdens zu begreifen. Dies ist es, was den Patienten trägt, was ihm die Kraft gibt, weiterzumachen. Denken Sie an junge Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind. Sie leiden zuallererst an sozialer Desintegration. Wenn sich ein Arzt darauf beschränkt, hier Medikamente zu verschreiben, wird sich der Patient nicht verstanden fühlen. Er wird die Medikamente gar nicht nehmen, vielleicht den Kontakt zum Arzt abbrechen und sich im schlimmsten Falle sogar umbringen. Medizin ist nicht nur eine Naturwissenschaft, sie ist zugleich immer auch Kultur- und Geisteswissenschaft. Eine Medizin jedoch, die auf nur einen dieser beiden Pole reduziert wird, kann dem Menschen nicht gerecht werden. Wir brauchen daher einen Arzt, der Naturwissenschaft, externe Evidenz und Sachkenntnis in Verbindung bringt mit Empathie, Zwischenmenschlichkeit, Sorge um den anderen und implizite Wissensformen, die man sich nur in der Begegnung mit dem Patienten aneignen kann.*

*Maier: Ein weithin anerkannter Grundsatz ist, dass zweckmäßige Therapien ihre Wirksamkeit belegen müssen. Dieses Konzept der Evidenzbasierung steht somit in Konkurrenz zum implizit angeeigneten Erfahrungswissen des Arztes. Ist eine Ethik der Besonnenheit überhaupt verträglich mit den Prämissen der evidenzbasierten Medizin?*

*Maio: Die beiden Konzepte sind dann verträglich, wenn man anerkennt, dass die Methoden der evidenzbasierten Medizin*

## „MANUALISIERTE THERAPIEN UND FORMALISIERTE BEZIEHUNGEN ENTSPRECHEN DER LOGIK UNSERER ÖKONOMISIERTEN WELT.“

PROFESSOR GIOVANNI MAIO

nur einen Baustein dessen messen, was der Arzt tatsächlich leistet. Denn wir können aus der Studienlage alleine nicht ableiten, was im individuellen Behandlungsfall zu tun ist. Dieses Ziel ergibt sich erst in der Auseinandersetzung mit dem Patienten, seinen Wünschen, Bedürfnissen und Ängsten. Es geht immer um die gute Verbindung von externer Evidenz der Zahlen und der internen Evidenz der individuellen Patientengeschichte. Die ökonomisierte Medizin dahingegen tut so, als seien Therapieentscheidungen aus Leitlinien und Zahlen algorithmisch ableitbar, ohne Ansehung der internen Evidenz des unverwechselbaren einzelnen Patienten.

Maier: Dies wird dadurch verschärft, dass der Wirkfaktor „Beziehungsqualität“, der in der klassischen Psychotherapieforschung als wesentliche Determinante des Therapieerfolgs gilt, bei neueren Studien zum Vergleich verschiedener Therapiemethoden zunehmend als Kontrollbedingung herauspartialisiert wird.

Maier: Das individuelle Eingehen des Arztes auf den Bedarf und die Situation des Patienten ist eine wichtige Aufgabe der Medizin. Nun beobachten wir in der Psychotherapie zunehmend den Trend, internetbasierte Therapieangebote in Leitlinien zu empfehlen. In diesen Ansätzen spielt die Beziehung zwischen Patienten und Arzt oder Psychotherapeut kaum noch eine Rolle.

Maio: Dies passt zum Geist unserer Zeit. Manualisierte Therapien und formalisierte Beziehungen entsprechen der Logik unserer ökonomisierten Welt. Für mich ist Therapie jedoch eine Art von Kunstfertigkeit, die nicht restlos formalisierbar ist. Dazu gehören die Kunst des Verstehens und eine Problemlösungskompetenz, welche die menschliche Dimension der Krankheit anerkennt. Heute haben wir die Vorstellung, dass der Ermessensspielraum des Arztes bei Entscheidungen eigentlich völlig unnötig ist. Damit wird die unabdingbar notwendige Erfahrung des Arztes abgewertet.

Maier: Die Selbstverwaltung entwickelt momentan Merkmale für die Qualität der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen. Wie drückt sich eine qualitätsvolle therapeutische Arbeit mit psychisch kranken Menschen aus?

---

*Die heutige Abwertung all dessen, was sich nicht messen lässt, trifft daher die Psychiatrie als eine Beziehungsmedizin am allerheftigsten.*

---

Maio: Die Qualität können Sie nur bemessen, nachdem Sie die Ziele der Therapie benannt haben. Das Ziel wiederum kann nur sein, den Patienten zu befähigen, mit seiner Krankheit zu leben. Diese Befähigung ist die große Leistung von Psychiatern und Psychotherapeuten. Worin diese genau liegt, lässt sich nicht in Zahlen gießen. Die spezifische Qualität der psychiatrischen Behandlung betrifft das Gefühl beim Patienten, eine eigene Kompetenz im Umgang mit seiner Krankheit zu entwickeln und seine eigenen Ressourcen dafür zu entdecken. In einer guten Therapie werden also zwischenmenschliche Qualitäten transportiert: Zuversicht spenden, Hoffnung geben, Mut machen, Wert schätzen, Verständnis zeigen, Wege aufzeigen. Die heutige Abwertung all dessen, was sich nicht messen lässt, trifft daher die Psychiatrie als eine Beziehungsmedizin am allerheftigsten.



Professor Wolfgang Maier

Maio: Was Sie beschreiben, ist die Eliminierung der Subjektivität aus der Therapie unter dem Dogma der Objektivität. Aber man kann nicht behandeln, ohne die Subjektivität des Patienten in den Vordergrund zu stellen. Leitlinien eröffnen in diesem Sinne einen Gedankenkorridor, können den Arzt in einer konkreten Entscheidungssituation jedoch nicht hinreichend leiten. Dies kann nur der Patient. Insofern brauchen wir die Aufwertung impliziter Wissensformen wie Beziehungswissen, Situationswissen und Erfahrungswissen.

*Maier: Eine Kultur der Wertschätzung betrifft in besonderem Maße die Autonomie des Patienten. In dieser Hinsicht ist die Psychiatrie besonders gefordert, da hier die krankheitsbedingte Einschränkung der Selbstbestimmungsfähigkeit manchmal zu gesundheitsschädigenden Entscheidungen und Verhaltensweisen auf Seiten der Patienten führt. Ärzte können dann in der Fürsorge für den Patienten in eine Situation geraten, wo sie Maßnahmen oder Behandlungen gegen den Willen von einwilligungsunfähigen Patienten erwägen müssen.*

*Maio: Die Kultur der Wertschätzung und Anerkennung ist ein Postulat, das den Arzt beauftragt, den Patienten immer als wertvollen Menschen anzusehen. Über diesen Menschen darf man nicht hinweg entscheiden, sondern immer nur in seinem Sinne. Wenn ich einen Menschen als wertvoll anerkenne, werde ich alles tun, damit dieser Mensch nicht verwahrlost und sich um alle Lebensperspektiven bringt. Heute haben wir es mit dem Rückzug der Fürsorge zugunsten einer falsch verstandenen Autonomie zu tun. Es ist aber keine Wertschätzung der Autonomie des Patienten, wenn wir ihn in seiner krankheitsbedingten Not einfach sich selbst überlassen. Die Psychiater sind deshalb angehalten, die Fürsorge hochzuhalten, nicht im Sinne der Bevormundung, sondern zum Schutz vor dem Verlust von Lebensperspektiven. Es ist gefährlich, dem Trend der einseitig verstandenen Autonomie zu folgen, weil die Psychiatrie verleitet werden könnte, sich moralisch zurückzunehmen, das persönliche Engagement herunterzuschrauben und den Patienten einfach seinem Schicksal zu überlassen. Nicht Autonomie anstelle der Fürsorge ist gefragt, sondern die Gewährung der Autonomie durch die Fürsorge. Der Arzt muss sich engagieren, er muss Überzeugungsarbeit leisten und im Notfall sogar bereit sein, gegen den Willen des Patienten zu handeln. Dabei stellen Zwangsbehandlungen immer eine ultima ratio dar.*

*Maier: Nun gibt es aber in unserem Fach eine weitere Grenzsituation, in der sich die Fürsorge um den Patienten um die Sorge um weitere Personen erweitert: Wenn ein Patient krankheitsbedingt nicht nur sich selbst, sondern auch andere schädigt. Vielleicht fühlt er sich aufgrund seiner Schizophrenie-Erkrankung verfolgt und bedroht deshalb das Pflegepersonal. Krankheitsbedingt ist eine Einsichtsfähigkeit nicht herstellbar. Ist die Intervention in solchen Situationen aus Ihrer Sicht Teil des ärztlichen Behandlungsauftrages?*

*Maio: Sie sprechen hier die Doppelfunktion der Psychiatrie an: die Gratwanderung zwischen der Psychiatrie als einer Hilfe für den Patienten und der Psychiatrie als Schutz der Gesellschaft vor den Patienten. Die entscheidende Frage für den Psychiater lautet dabei: Warum therapieren ich? Die Antwort auf diese Frage ist eindeutig: Wir können Therapie nur durch das Wohl des Patienten begründen. Die Psychiatrie darf sich nicht in die Rolle drängen lassen, ein Verhalten nach der Sozialver-*

*träglichkeit zu bewerten. Ein normabweichendes Verhalten ist nicht per se therapiebedürftig. Man muss hier differenzieren zwischen einer akuten Abwehr einer lebensgefährdenden Aktion des Patienten und der Begründung einer medizinischen Therapie. Mag die akute Abwehr der Gefahr für Dritte in eng beschriebenen Grenzen statthaft sein, so gilt dies nicht für die Therapie. Eine Therapie eines Patienten kann nie dadurch gerechtfertigt werden, dass damit Dritte geschützt werden. Denn dann wäre ja der Patient selbst nur noch Mittel zum Zweck und würde totalinstrumentalisiert. Deswegen ist die Medizin gut beraten, Psychiatrie als Heilkunde zu begreifen und jede Tendenz, die Psychiatrie in die Nähe einer Institution der Repression zu drängen, abzuwehren.*

*Maier: Diese Doppelfunktion stellt für uns als Psychiater auch deshalb ein besonders kritisches Feld dar, weil die rechtlichen Voraussetzungen bundesweit unterschiedlich geregelt sind. In bestimmten Bundesländern ist dabei sogar eine Zwangsbehandlung bei Fremdaggressivität bei einsichtsfähigen Patienten möglich, natürlich nur, wenn sich der Patient nicht überzeugen lässt und wenn keine andere Möglichkeit der Gefahrenabwehr mehr besteht.*



Professor Giovanni Maio

*Maio: Alleine die unterschiedliche rechtliche Ausgestaltung in den Bundesländern zeigt, wie strittig diese Frage ist. Doch um das Vertrauen der Bevölkerung zu bewahren, darf die Psychiatrie nicht zu stark in eine Kontrollfunktion abdriften. Sie muss neu verdeutlichen, dass sie zuallererst für das Wohl ihrer Patienten zuständig ist. Wenn die Psychiatrie damit beginnt, unter dem Deckmantel der Gefahrenabwehr Verhalten zu normieren, dann besteht die Gefahr, dass die Psychiatrie zu Zwecken instrumentalisiert wird, die nichts mit ihrer ureigenen Identität als Heilkunst zu tun haben.*

*Maier: Lassen Sie uns nochmals auf das Thema Ökonomisierung zurückkommen: In unserem Fach stellen die therapeutische Beziehungsqualität und damit auch die Zeit für Gespräche und Zuwendung zentrale Wirkfaktoren dar. Doch die Honorierung der Leistungen von Psychiatern ist gegen diese unbestrittene Tatsache gerichtet – sowohl im ambulanten wie auch im stationären Sektor. Es wird vielmehr pauschalisiert, nicht aber die Zeit am Patienten gewertet. Wie sehen Sie diesen ökonomischen Druck auf die Psychiatrie?*



*Maio: Der ökonomische Schub führt zu einer Aufwertung des Prozeduralen und zu einer impliziten Abwertung der Haltungen, die hinter diesen Prozeduren stehen. Psychiater werden nur danach gemessen, was sie tun – aber nicht danach, mit welchem persönlichen Engagement sie ihre Patienten behandeln. Hinzu kommt, dass Ärzte gezwungen werden, ihre Patienten nach Effizienzgesichtspunkten zu klassifizieren. Ganz akut zeigt sich diese Entwicklung bei der Überführung in das neue Psychiatrie-Entgeltsystem: Dieses wird zur Folge haben, dass Kranken-*

*häuser zwischen lukrativen und weniger lukrativen Patienten unterscheiden. Dadurch wird die Psychiatrie sukzessive dazu angehalten werden, sich auf die guten Patienten zu stürzen und die vermeintlich schlechten Patienten zu meiden – doch gerade sie benötigen unsere Hilfe am nötigsten: Menschen mit chronischen, schweren und multimorbiden Erkrankungen.*

*Maier: Hinzu kommt, dass es in unserem Fach viele Patienten gibt, die nicht in die vorgegebenen Schablonen passen. Patienten, die eine Therapie benötigen, welche in den Prozeduren-Schlüsseln gar nicht vorgesehen sind. Solche Leistungen werden gar nicht bezahlt und sind ein finanzielles Verlustgeschäft. Da es sich um ein Belohnungssystem handelt, wird das, was nicht belohnt wird, langfristig unterlassen.*

*Maio: Ärzte werden durch dieses System angehalten, stromlinienförmig zu entscheiden, was sich am Beispiel der Leitlinien zeigt. Doch die Krankenkassen missbrauchen die vom Ansatz her vernünftigen Leitlinien quasi als Instrument der Kos-*

*tenreduktion, indem sie die Kostenübernahme versagen, wenn ein Arzt nicht leitliniengerecht behandelt oder wenn er nicht begründen kann, warum er von der Leitlinie abweicht. Solche Begründungen sind aufwändig und stellen für den Arzt ein Risiko dar: Denn er weiß nie, ob die Krankenkasse diese akzeptiert. Deswegen werden die Ärzte angehalten, nach Schema F zu behandeln.*

*Maier: Damit ist es eigentlich müßig zu fragen, wie Sie Systeme wie Pay-for-Performance werten.*

*Maio: Solche Systeme sind Ausdruck einer Symbiose zwischen Krankenkassen und mechanistisch denkenden Ärzten, die nicht einsehen, dass sich die eigentliche Qualität des Arztes letztlich nicht messen und in Zahlen abbilden lässt. Ärzte lernen schon im Studium, linear und mechanistisch zu denken. Die Fokussierung auf naturwissenschaftliche Fakten raubt ihnen die Fähigkeit, in größeren Kontexten zu denken. Dieses Prinzip haben sie verinnerlicht. Pay-for-Performance bedeutet letztlich: Die Zahl sagt etwas über die Güte der Behandlung. Dass aber die Zahl selbst wiederum Resultat vieler Vorannahmen und Konstrukte ist, wird nicht reflektiert. Das naturwissenschaftliche Denken verleitet dazu, dass die Zahl eine Aura erhält. Wir leben sozusagen in einer Zeit der Auratisierung der Zahl. Die Aura hat die Zahl, nicht die Persönlichkeit des Arztes. Die Ansätze, Qualität nunmehr in Zahlen auszudrücken, wird die Medizin in ihrer Einseitigkeit bestärken und sie dazu verleiten, ihre Therapieschemata und ihre Aufnahmemodalitäten nach Kriterien vorzunehmen, die dann nicht mehr medizinischer Natur sind, sondern strategischer Natur, um gute „Qualitätsziffern“ zu generieren.*

---

*Oft finden diejenigen, die adäquate Hilfe nicht gezielt einfordern können, aber sie besonders dringend brauchen, nicht die notwendige Unterstützung.*

---

*Maier: Oft finden diejenigen, die adäquate Hilfe nicht gezielt einfordern können, aber sie besonders dringend brauchen, nicht die notwendige Unterstützung. Andere aber beanspruchen und erhalten Therapien, die eigentlich gar nicht notwendig und zweckmäßig sind. Damit sind wir bei einem weiteren großen, ethischen Thema: die Verteilungsgerechtigkeit oder die Bedarfsgerechtigkeit. Ist die Zeit möglicherweise reif für eine Priorisierungsdebatte? Was ist überhaupt prioritär notwendig? Und was ist zwar finanzierbar, aber nicht notwendig?*

*Maio: Eine solche Debatte wäre ein Eigentor für die gesamte Medizin. Wenn wir die Rechnung aufmachen, wie viel die Hilfe für kranke Menschen wert ist und ab wann sich diese Hilfe nicht mehr lohnt, würde dies das Grundvertrauen der Bevölke-*



nung in die Medizin erschüttern. Denn für die Patienten bedeutet dies letztlich: Mein Arzt wird mich nur dann und so lange behandeln, wie es sich für das System lohnt. Doch ab welchem Wert ist eine Behandlung ökonomisch gesehen nicht mehr rentabel? Und wer soll diesen Wert festlegen? Die Medizin ist dadurch definiert, dass sie bedingungslos hilft. Sie hilft nicht erst nach Rechnung. Allerdings bedeutet dieses Versprechen nicht, dass die Medizin sinnlos behandeln soll. In der Debatte um die Priorisierung müssen wir also die Frage klären, welche Behandlungen notwendig sind und auf welche wir verzichten können, nicht aber, ab wann eine sinnvolle Behandlung sich ökonomisch nicht rechnet. So weit darf es nicht kommen, weil das unweigerlich Dilemmasituationen schafft, vor denen man die Ärzte vom System her schützen muss.

*Maier:* Doch das Gegenteil ist heute der Fall. Das Gesundheitswesen in Deutschland ist auf Aktivismus ausgelegt.

*Maio:* Stimmt. Die Finanzierungsprobleme im Gesundheitswesen sind nicht darauf zurückzuführen, dass wir uns etwa zu viel um die Patienten kümmern und alle Wege gehen, um ihnen zu helfen. Es liegt daran, dass wir durch die falschen Anreize viel zu schnell zu invasiven Techniken greifen, statt das Gespräch zu suchen. Invasive Eingriffe werden hoch vergütet, während Beziehungsqualität nicht belohnt wird. Für behandelnde Ärzte ist es daher einfacher, in Aktivismus auszubrechen als zu erklären, warum eine bestimmte Behandlung vielleicht nicht die richtige ist. Solche Erklärungen sind aufwändig und werden nicht honoriert.

*Maier:* Damit rücken Sie die Arzt-Patienten-Beziehung ins Zentrum. Was bedeutet dies nun für die medizinische Ausbildung im Studium und in der fachärztlichen Weiterbildung? Hier spielen ja Beziehungsqualität und Vertrauensgewinnung eine untergeordnete Rolle. Im Vordergrund stehen Krankheitswissen, Symptomerkenntnis und -beseitigung. Haben Sie dazu ein alternatives Modell?



*Maio:* Wir müssen schon in der Ausbildung verdeutlichen, dass Medizin eine Verbindung ist von Wissenschaftlichkeit und Zwischenmenschlichkeit, eine Synthese aus formalisiertem Faktenwissen und implizitem Erfahrungswissen, eine gesunde Mischung aus analytischem Denken und hermeneutischer Praxis. Gerade diese Mischung macht die Psychiatrie zu so einem faszinierenden Gebiet. Heute aber werden die Studenten dazu angehalten, ihre Gefühle als unwissenschaftlichen Ballast zu empfinden. Wer im Präparationskurs seine Scham, Scheu und Angst unterdrücken kann, ist ein guter Arzt, so das Credo. Das ist grundlegend falsch. Denn was wir brauchen, ist eine neue Kultur des Mitfühlens. Wir müssen schon die jungen Studenten so prägen, dass aus ihnen nicht perfekte Anwender von Algorithmen werden, sondern reflektierte Persönlichkeiten, die ihre Gefühle konstruktiv nutzen können, um sich aus tiefer Überzeugung tagtäglich dieser faszinierenden Aufgabe zu widmen, Menschen in Not ganzheitlich zu helfen.

#### PROF. DR. MED. GIOVANNI MAIO, M.A. PHIL.

Giovanni Maio leitet das Institut für Ethik und Geschichte der Medizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Nach seinem Medizin- und Philosophiestudium war er zunächst als Internist tätig. In seinem neuen Buch „Medizin ohne Maß? Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit“ kritisiert er die Machbarkeitsversprechen einer technologisierten Medizin und ruft zu einer neuen Gelassenheit als Bedingung eines guten Lebens auf.

Das Gespräch mit Professor Giovanni Maio führte Professor Wolfgang Maier, der amtierende Präsident der DGPPN.

DGPPN KONGRESS 2014

Wie behandeln wir in 30 Jahren?  
Zukunftsszenarien zur psychiatrischen  
Versorgung in Deutschland  
27.11.2014 | 10:15 bis 11:45 Uhr



26. BIS 29. NOVEMBER 2014 | CITYCUBE BERLIN

# DGPPN KONGRESS 2014

*Erleben Sie Europas größten Fachkongress auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit. Mit dem Leitmotto „Herausforderungen durch den demographischen Wandel – psychische Erkrankungen heute und morgen“ steht in diesem Jahr ein hochaktuelles Thema im Vordergrund.*

## WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM

Mehr als 650 Veranstaltungen,  
über 1600 Referentinnen und Referenten

## POSTERAUSSTELLUNG

Mit über 600 Präsentationen

## TREFFPUNKT GESUNDHEITSFACHBERUFE

Mit Symposien und Workshops

## ÖFFENTLICHE VERANSTALTUNGEN

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

## JUNGE AKADEMIE

Treffpunkt für den Nachwuchs

## DGPPN-LOUNGE

Mit Infostand, Publikationen und Kaffee



S-BAHNHOF MESSE SÜD (S 5)  
BUSSTATION JAFFÉSTRASSE (LINIE 349)

## FORT- UND WEITERBILDUNG

Mehr als 30 CME-Punkte, über 100 Workshops

## MITGLIEDERFOREN

Die Diskussionsplattform für DGPPN-Mitglieder und Kongressteilnehmer

## NEUE LOCATION

CityCube Berlin – die neue Heimat des DGPPN Kongresses

## KULTURELLE HIGHLIGHTS

Ausstellung, Filmvorführungen, Lesungen

## NETWORKING RECEPTION

Get-together für die Kongressteilnehmer

### Kongresseröffnung

Mittwoch  
26.11.2014

10:15 bis 12:15 Uhr

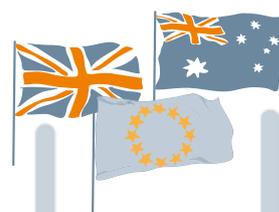
**Begrüßung und Einführung**  
Wolfgang Maier (Bonn)

**Grußwort**  
Bundesminister für Gesundheit Hermann Gröhe

**Grenzgänge zwischen Verletzlichkeit und Ressourcen bei demenzkranken Menschen**  
Andreas Kruse (Heidelberg)

**Vincent van Gogh – seine Kunst und seine psychische Erkrankung**  
James C. Harris (Baltimore, USA)

Das Kammerorchester „Les Amis de Clérivaux“



MIT ENGLISH-TRACK

# HIGHLIGHTS AUS DEM PROGRAMM

---

**NOVEMBER**
**Mittwoch**  
**26.11.2014**


---

**KEYNOTES**

09:00 bis 10:00 Uhr

**Lecture I Lifestyle and the aging brain**  
 Monique M. B. Breteler (Bonn)

12:30 bis 13:30 Uhr

**Plenarvortrag I Towards molecular insights into autism and schizophrenia pathogenesis: Neurexins and company**  
 Thomas C. Südhof (Stanford, USA)

13:45 bis 14:45 Uhr

**Plenarvortrag I The neurobiology of child abuse and neglect**  
 Charles B. Nemeroff (Miami, USA)

15:30 bis 16:30 Uhr

**Lecture I Die Gedächtnisfunktion des Schlafs**  
 Jan Born (Tübingen)

---

**WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM**

15:30 bis 17:00 Uhr

**Besondere Veranstaltung I Ärztlich assistierter Suizid**  
 Rutger Jan van der Gaag (Präsident der Royal Dutch Medical Association), Frank Ulrich Montgomery (Präsident der Bundesärztekammer), Dieter Birnbacher (Vorsitzender der Zentralen Ethikkommission bei der BÄK) und weitere Experten

15:30 bis 17:00 Uhr

**Präsidentensymposium I Criminal liability and violence risk assessment by imaging and neuroimaging?**  
 Ruben C. Gur (Philadelphia, USA), Kent A. Kiehl (Albuquerque, USA), Pietro Pietrini (Pisa, Italien)

---

**DISKUSSIONSFORUM**

15:30 bis 17:00 Uhr

**Bedarfsgerechte Versorgung – quo vadis? Warum finden schwer psychisch Kranke in Deutschland kaum noch eine adäquate ambulante Behandlung?**  
 Impulse: Manfred Lütz (Köln), Christoph Tolzin (Rostock), Matthias Mohrmann (Düsseldorf), Jens Spahn, MdB (Berlin)

---

**NOVEMBER**
**Donnerstag**  
**27.11.2014**


---

**KEYNOTES**

12:00 bis 13:00 Uhr

**Plenarvortrag I How will the rise in longevity affect cognitive functioning?**  
 James W. Vaupel (Rostock)

15:30 bis 16:30 Uhr

**Lecture I Psychiatriereform in Deutschland – Vorgeschichte, Durchführung und Nachwirkungen der Psychiatrie-Enquête**  
 Heinz Häfner (Mannheim)

17:15 bis 18:15 Uhr

**Lecture I Friedrich Mann – Patient der Heilanstalt Strecknitz und Vorbild der literarischen Figur Christian Buddenbrook**  
 Fritz Hohagen (Lübeck)

---

**WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM**

08:30 bis 10:00 Uhr

**Symposium I Mehrfachtäter und Amok**  
 Britta Bannenberg (Gießen), Norbert Nedopil (München), Hans-Ludwig Kröber (Berlin), Helmut Remschmidt (Marburg)

10:15 bis 11:45 Uhr

**Präsidentensymposium I Trauma und traumatischer Stress**  
 Elisabeth Binder (München), Christine M. Heim (Berlin), Iris-Tatjana Kolassa (Ulm), Andreas Maercker (Zürich, Schweiz)

---

**DISKUSSIONSFORUM**

10:15 bis 11:45 Uhr

**Wie behandeln wir in 30 Jahren? Zukunftsszenarien zur psychiatrischen Versorgung in Deutschland**  
 Impulse: Andreas Meyer-Lindenberg (Mannheim), Mazda Adli (Berlin), Henrik Walter (Berlin), Karl Lauterbach, MdB (Berlin)

---

**MITGLIEDERFORUM**

15:30 bis 17:00 Uhr

**Strukturierte und sektorenübergreifende Versorgung**  
 Impulse: Iris Hauth (Berlin), Arno Deister (Itzehohe), Dirk Heidenblut, MdB (Berlin), Ute Bertram, MdB (Berlin)

## NOVEMBER

Freitag  
28.11.2014

## KEYNOTES

09:00 bis 10:00 Uhr

**Lecture I** The chemistry of love and bonding: implications for new treatments for autism  
Larry J. Young (Atlanta, GA, USA)

12:00 bis 13:00 Uhr

**Plenarvortrag I** Borderline Personality Disorder: an update  
Otto F. Kernberg (White Plains, USA)

15:30 bis 16:30 Uhr

**Lecture I** Lebenslust – über Risiken und Nebenwirkungen der Gesundheit  
Manfred Lütz (Köln)

## WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM

08:30 bis 10:00 Uhr

**Stufen der Selbstbestimmung und Neurobiologie bei psychischen Erkrankungen**

Dieter Birnbacher (Düsseldorf), Georg Northoff (Ontario, Kanada), Utako B. Barnikol (Köln), Karl Zilles (Aachen)

10:15 bis 11:45 Uhr

**Präsidentensymposium I** *Selbstbestimmung trotz Demenz*  
Heike von Lützu-Hohlbein (Berlin), Christiane Wopen (Köln), Johannes Pantel (Frankfurt am Main), Yvonne E. van Amerongen-Heijer (Weesp, Niederlande)

15:30 bis 17:00 Uhr

**Pro-Con-Debatte I** *Wird ADHS überdiagnostiziert?*  
Tobias Banaschewski (Mannheim), Gerd Glaeske (Bremen)

10:15 bis 11:45 Uhr

**Besondere Veranstaltung I** *Menschenwürde an den Grenzen des Lebens*

Ludger Honnfelder (Bonn), Dieter Birnbacher (Düsseldorf), Hanfried Helmchen (Berlin), Utako B. Barnikol (Köln)

## MITGLIEDERFORUM

17:15 bis 18:45 Uhr

**Novellierung der Muster-WBO**

Impulse: Fritz Hohagen (Lübeck), Steffi G. Riedel-Heller (Leipzig), Frank Schneider (Aachen), Sabine C. Herpertz (Heidelberg), Vjera Holthoff-Detto (Berlin), Frank Bergmann (Aachen), Wolfgang Schreiber (Deggendorf)

## NOVEMBER

Samstag  
29.11.2014

## KEYNOTES

09:00 bis 10:00 Uhr

**Lecture I** Ethical issues in psychiatric diagnosis  
Allen J. Frances (Coronado, USA)

12:00 bis 13:00 Uhr

**Plenarvortrag I** Die Zukunft der Depressionstherapie  
Florian Holsboer (München)

13:30 bis 14:30 Uhr

**Lecture I** Transmitterzeptoren im menschlichen Gehirn und ihre Rolle bei M. Alzheimer – Plastizität trotz Alterns  
Karl Zilles (Aachen)

## WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM

08:30 bis 10:00 Uhr

**Hauptsymposium I** Psychiatrische Rehabilitation – ein Versorgungskontinuum zwischen Behandlung, Integration und Inklusion in Arbeiten, Wohnen und Leben

Holger Hoffmann (Bern, Schweiz), Ingmar Steinhart (Dortmund), Hans-Joachim Salize (Mannheim), Thomas Becker (Günzburg)

10:15 bis 11:45 Uhr

**Präsidentensymposium gemeinsam mit DGKJP I** *Demographischer Wandel, veränderte Entwicklungspsychologie und Entwicklungspsychopathologie?*

Inge Seiffge-Krenke (Mainz-Kostheim), Sabine Walper (München), Paul Plener (Ulm), Harald Freyberger (Greifswald)

10:15 bis 11:45 Uhr

**Hauptsymposium I** *Die neue S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Therapie von Alkoholbezogenen Störungen" stellt sich vor*

Friedrich Wurst (Salzburg, Österreich), Martin Schäfer (Essen), Rainer Thomasius (Hamburg), Ulrich W. Preuss (Perleberg)

## DISKUSSIONSFORUM

08:30 bis 10:00 Uhr

**Physician assisted suicide and euthanasia**

Impulse: Cees Hertogh (Amsterdam, Niederlande), Asmus Finzen (Berlin), Paul Cosyns (Antwerpen, Belgien), Hans Wedler (Stuttgart)

11:00 bis 13:00 Uhr

*Diagnose „psychisch krank“ – Anzeichen und Symptome erkennen*  
Informationsveranstaltung für Interessierte, Betroffene und Angehörige auf dem DGPPN Kongress  
Mit Autorenlesung: Jörn Klare liest aus *Als meine Mutter ihre Küche nicht mehr fand*

Melden Sie sich jetzt an:

Online auf [www.dgppn.de](http://www.dgppn.de) oder  
direkt vor Ort im CityCube Berlin

DGPPN-HAUPTSTADTSYMPOSIUM

# LEBENSKRISE ODER KRANKHEIT – WO VERLÄUFT DIE GRENZE?

*Was ist krank? Was ist gesund? Muss jede Lebenskrise behandelt werden? Wie groß muss das individuelle Leiden sein, damit die Solidargemeinschaft eine Therapie finanziert? Auf ihrem Hauptstadtsymposium am 6. Oktober 2014 in Berlin plädierte die DGPPN dafür, nicht jedes seelische oder soziale Leid zur psychischen Krankheit zu erklären und Krankheitsdiagnosen auf medizinisch relevantes Leiden zu beschränken.*

Die Frage, wo und wann Krankheit beginnt, stellt sich nicht nur im Bereich der psychischen Gesundheit. Auch bei körperlichen Erkrankungen wie Bluthochdruck ist es keinesfalls klar und einfach zu bestimmen, ab welchen Schwellen nun wirklich eine manifeste Erkrankung sowie Behandlungsbedarf vorliegt. Jedoch weist die stets aktuelle Diskussion um die Krankheitsklassifikation im Bereich psychischer Erkrankungen auf die damit verbundenen Fallstricke, aber auch auf ihre Notwendigkeit hin: Der Krankheitsbegriff schützt die Betroffenen vor unzumutbaren Anforderungen der Gesellschaft und gewährt ihnen Unterstützung durch therapeutische Leistungen. Gleichzeitig kann eine Diagnose zur Verunsicherung, Stigmatisierung und Ausgrenzung der Betroffenen führen und das Recht auf individuelle Lebensgestaltung beschneiden. Angesichts der drastisch zunehmenden Krankheitstage und Frühverrentungen aufgrund psychischer Erkrankungen und der grundsätzlich begrenzten Ressourcen im Gesundheitswesen muss sich auch die Solidargemeinschaft fragen, welche Voraussetzungen sie an die Erstattung therapeutischer Leistungen knüpfen will.

Am 6. Oktober trafen sich die Experten der Task Force „Krankheitsbegriff in Psychiatrie und Psychotherapie“ der DGPPN, Betroffene, Angehörige und Vertreter der Politik in Berlin, um über diese fundamentalen Fra-



*Etwa 60 Teilnehmer kamen am 6. Oktober nach Berlin, um über die Grenzen zwischen Gesundheit und Krankheit zu diskutieren.*

gen der Medizin und unserer Gesellschaft gemeinsam zu diskutieren.

DGPPN-Präsident Professor Wolfgang Maier plädierte in seiner Begrüßung dafür, alltägliche Befindlichkeitsstörungen nicht vorschnell zu behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen zu erklären. Die Diagnose einer psychischen Störung zeige zunächst einmal einen Beratungsbedarf an, was zu einer medizinischen oder psychotherapeutischen Behandlung führen könne, aber nicht müsse. Vielmehr könnten gegebenenfalls auch die Fähigkeiten zur Selbsthilfe und -regulation aktiviert werden. Zu gewährleisten sei es allerdings, dass diejenigen Menschen, die Hilfe besonders dringend brauchen, diese auch erhalten.

## KRANKHEIT HAT VIELE DIMENSIONEN

Um Krankheitsurteile auf eine valide wissenschaftliche Basis zu stellen, schlug der Philosoph Professor Thomas Schramme aus Hamburg vor, nur Störungen wesentlicher psychischer Funktionen als Krankheit anzuerkennen. Funktionen seien dabei aus medizinischer Perspektive Effekte, die zur Aufrechterhaltung des Organismus bzw. seinem selbstständigen Überleben beitragen. Dies heiße gleichzeitig nicht, dass alle psychischen Dysfunktionen als Krankheiten in einem klinischen oder wertenden Sinne anzusehen seien, denn in der Praxis seien hier Werturteile notwendig. Forschungsbedarf sieht Profes-

sor Schramme vor allem bei der wissenschaftlichen Bestimmung von psychischen Funktionen und Dysfunktionen.

Der Vorsitzende der Task Force „Krankheitsbegriff in Psychiatrie und Psychotherapie“ der DGPPN, Professor Andreas Heinz von der Charité in Berlin, der auch durch die Veranstaltung führte, stellte in seinem Vortrag weitere Dimensionen psychischer Krankheit vor. Neben den objektivierbaren Krankheitszeichen bzw. wesentlichen Funktionsstörungen („disease“) müssten auch subjektives Leid bzw. Krankheitserleben („illness“) und eine wesentliche Teilhabestörung („sickness“) für Aktivitäten des täglichen Lebens (Körperpflege, Nahrungsaufnahme) gegeben sein, um von einer psychischen Krankheit sprechen zu können. Außerdem sollte geprüft werden, ob keine aufrechterhaltende äußere Ursache besteht.

**UNSCHARFE GRENZEN**

Die grundsätzlichen philosophischen Probleme der unscharfen Grenzen zwischen Wahrnehmungsphänomenen und der Vagheit von Begriffen der natürlichen Sprache wendete der Berliner Philosoph Professor Geert Keil auf die Grenze zwischen Gesundheit und Krankheit an. Am Beispiel des sogenannten Sorites-Fehlschlusses zeigt er auf, wie schwierig es ist, scharfe Grenzen zwischen klaren und unklaren Fällen von Krankheit zu ziehen. Die Einführung von Vorstufen von Krankheiten, unterschwelligem Störungen und Prodromalphasen erschwere dieses Unterfangen noch, da somit weitere unscharfe Grenzen eingeführt werden müssten.

Professor Frank Jacobi aus Berlin hat das Problem der unscharfen Grenzen von Diagnosen anhand von Modellrechnungen mit epidemiologischen Daten untersucht und konnte dadurch zeigen, dass die gebräuchlichen schwellenbasierten Diagnosen die erlebte Belastung und Beeinträchtigung („illness“/ „sickness“) der Betroffenen in der Regel abbilden – wobei jedoch umstrit-

ten bleibt, ob sie auch objektivierbare Funktionsstörungen („disease“) repräsentieren. Laut Professor Jacobi besteht das Dilemma darin, dass eine zu strenge Anwendung der Diagnosekriterien möglicherweise zu Unterversorgung führt – d. h. zu viele nicht erkannte und nicht behandelte eigentlich bedürftige Fälle. Eine zu laxen Handhabung könnte hingegen eine „Inflation“ von Fällen zur Folge haben.

Über den Krankheitsbegriff in der Forensischen Psychiatrie, der sich im Spannungsfeld zwischen Medizin und Justiz bewegt und die Grundlage der Prüfung von Schuldfähigkeit, Behandlungs-, Sozial- und Legalprognose bildet, sprach der Forensiker Professor Henning Saß aus Aachen. Er griff dabei insbesondere die Folgen der Einführung eines neuen Begriffs der „Psychischen Störung“ im „Gesetz zur Therapie und Unterbringung psychisch gestörter Gewalttäter“ (ThUG) auf. Professor Saß sieht mit diesem Begriff eine Divergenz zwischen medizinischem und juristischem Verständnis von „Psychischer Störung“ entstehen. Begünstigt werde die juristisch erwünschte Überdehnung des psychiatrischen Störungsbegriffes u. a. durch die Ausweitung der modernen Klassifikationssysteme.

Abschließend erklärte Professor Michael Linden aus Berlin, Ärztlicher Direktor eines großen Reha-Zentrums der Deutschen Rentenversicherung, warum Diagnosen alleine keine Aussagen über die angezeigte Therapie, Schwere und psychosozialen Folgen der vorliegenden Krankheit erlaubten. Deshalb sollte der Behandlungsbedarf von Menschen mit psychischen Erkrankungen über Funktionsstörungen, Fähigkeitsbeeinträchtigungen und Teilhabebeeinträchtigungen evaluiert werden, wie dies beispielsweise mit der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) der WHO möglich sei.

**ANGEHÖRIGE, BETROFFENE UND POLITIK**

Der Vielschichtigkeit des Themas angemessen machten mehrere Betroffenen- und Angehörigenorganisationen in Statements auf den jeweils spezifischen Handlungsbedarf aus ihrer Sicht aufmerksam. Der Einladung der DGPPN waren Gudrun Schliebener vom Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, Martin Kolbe von der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen, Reinhard Wojke von der Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener und Elke von den Anonymen Alkoholikern gefolgt.

In der abschließenden Podiumsdiskussion suchten Rudolf Henke, MdB (CDU), Dirk Heidenblut, MdB (SPD), Maria Klein-Schmeink, MdB (Bündnis 90/Die Grünen), Gudrun Schliebener (BApK) und Dr. Thomas Uhlemann (GKV-Spitzenverband) nach Lösungen für den Missstand, dass es für die schwer chronisch erkrankten Menschen oftmals besonders schwierig ist, adäquate medizinisch-psychotherapeutische Hilfe zu erhalten.

Die Ergebnisse der Diskussionen in der DGPPN Task Force „Krankheitsbegriff in Psychiatrie und Psychotherapie“ werden als Themenheft in der Januar-Ausgabe 2015 der Zeitschrift „Der Nervenarzt“ publiziert.

**DGPPN KONGRESS 2014**  
 Epidemiologie psychischer Störungen, Inanspruchnahme und Funktionseinschränkungen im Altersgang: bevölkerungsbezogene Perspektiven auf Grundlage der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH)  
 28.11.2014 | 10:15 bis 11:45 Uhr

**DGPPN KONGRESS 2014**  
 Allen J. Frances: Ethical issues in psychiatric diagnosis  
 29.11.2014 | 09:00 bis 10:00 Uhr

DGPPN-FACHVERANSTALTUNG

# ARBEIT FÜR PSYCHISCH ERKRANKTE

*Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen stehen immer noch vor großen Barrieren, wenn sie auf den ersten Arbeitsmarkt gelangen wollen: Mehr als die Hälfte ist von Arbeitslosigkeit und Frühberentung betroffen. Auf einer gemeinsamen Fachveranstaltung rückten die DGPPN, Gesundheitsstadt Berlin und das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit Anfang Oktober deshalb die Teilhabe am Arbeitsleben in den Fokus.*

Arbeit ist eine wichtige Form von Teilhabe an der Gesellschaft. Sie schafft ein soziales Umfeld, verleiht Anerkennung und erlaubt finanzielle Unabhängigkeit. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen ist eine sinnstiftende Arbeit oft wichtiges Element zur Stabilisierung und Förderung ihrer seelischen Gesundheit. Doch in Deutschland droht ihnen der Ausschluss vom Arbeitsmarkt. Deshalb debattierten auf der Fachveranstaltung Fachleute aus Versorgung und Politik darüber, mit welchen Maßnahmen sich die beruflichen Chancen für Betroffene verbessern lassen.

Dass Arbeit die seelische Gesundheit fördern und der Verlust von Arbeit sie gefährden kann, ist in der Psychiatrie keine neue Erkenntnis. DGPPN-Vorstandsmitglied Professor Steffi G. Riedel-Heller stellte in ihrem Vortrag den jüngsten Stand der Wissenschaft dar. Die wissenschaftlichen Hinweise würden sich verdichten, dass Angebote in möglichst gesellschaftsnahen und vor allem arbeitsplatznahen Umfeldern langanhaltendere Stabilisierung bei psychischen Erkrankungen bewirken könnten als konventionelle, geschützte Arbeitsplätze. Erstere entsprechen zudem eher dem Wunsch der Betroffenen.

## DEUTLICH HÄUFIGER BERENTET

Die Versorgungsrealität zeigt jedoch trotz dieser Erkenntnisse ein anderes Bild. Zwar gibt es eine Vielzahl an Un-



*Unter den Empfängern von Arbeitslosengeld II befinden sich circa doppelt so häufig psychisch Kranke wie bei gleichaltrigen Erwerbstätigen.*

terstützungsleistungen zur Rehabilitation und Wiedereingliederung, finanziert über die Rentenversicherung und die Bundesagentur für Arbeit, die Menschen mit psychischen Erkrankungen helfen sollen, wieder im allgemeinen Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Doch ihr Erfolg ist begrenzt. Die Deutsche Rentenversicherung bewilligte allein 2013 über 70.000 Erwerbsminderungsrenten aufgrund einer psychiatrischen Diagnose, 43 % der Gesamtberentungen. Hinzu kommen Vorurteile in der Bevölkerung: Laut einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage von 2011 möchte fast ein Drittel der Befragten nicht mit einem an Schizophrenie erkrankten Kollegen zusammenarbeiten. Dies

verdeutliche, dass die Integration psychisch Kranker in den ersten Arbeitsmarkt mit den gegenwärtigen Förderinstrumenten nicht gelinge, stellte Dr. Iris Hauth, President Elect der DGPPN, fest. Im Gegenteil: Die Arbeitswelt passe sich immer weniger den Bedürfnissen der Menschen an. Die Chancen, die eine regelhafte Beschäftigung für psychisch Kranke bietet, bleiben damit laut Dr. Hauth ungenutzt. Die stärkere Integration von Menschen mit einer psychischen Erkrankung müsse deshalb eine höhere politische und gesellschaftliche Priorität erfahren.

Im Rahmen der Podiumsdiskussion sprach sich Dr. Rolf Schmachtenberg, Leiter der Abteilung Teilhabe und Belange behinderter Menschen im Bundesarbeitsministerium, dafür aus, die Zusammenwirkungsvorschriften für die Kosten- und Leistungsträger verbindlicher zu gestalten, um eine enge Verzahnung der Leistungen zu ermöglichen. Wichtig sei auch, so Professor Katarina Stengler vom Universitätsklinikum Leipzig, das Thema Arbeit von Anfang an in den Behandlungsalltag einzubeziehen. Die Verzahnung der Akteure will die Deutsche Rentenversicherung nun stärken und plant, ab 2015 vermehrt die integrierte medizinisch-berufliche Rehabilitation spezifisch für psychisch erkrankte Menschen anzubieten.

← **DGPPN KONGRESS 2014**  
Rehabilitation bei psychischen Störungen:  
zwischen Akutversorgung und Integration  
in den sozialen Lebensalltag  
26.11.2014 | 13:30 bis 15:00 Uhr



## 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.*



**BEISITZER TRANSKULTURELLE PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, SUCHTMEDIZIN**  
*Prof. Dr. med. Dr. phil.*

**Andreas Heinz**

*Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin*  
[andreas.heinz@charite.de](mailto:andreas.heinz@charite.de)

**Angenommen, Sie haben einen Wunsch beim Gesundheitsminister frei – wie würde dieser lauten?**

Ich würde ihn bitten, die gesetzlichen Möglichkeiten zur Psychiatriereform jetzt umzusetzen. Dazu gehört u. a. die Behandlung im Lebensumfeld der Patienten durch mobile Teams, die stationersetzend arbeiten. Und dazu zählt die Sicherung einer Mindestpersonalzahl in den Kliniken, denn unser Fach hängt ganz besonders vom persönlichen therapeutischen Kontakt ab.

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

Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen finden sich in allen Bevölkerungsgruppen, auch bei Studenten und angehenden Ärzten. Am besten lassen sich diese durch den direkten Kontakt mit den Betroffenen abbauen. Deshalb sind Modellstudiengänge sehr zu begrüßen, die konsequent solche Interaktionen vermitteln. Gleichzeitig müssen wir unseren Beruf profilieren: Psychiatrie ist eine Brückendisziplin zwischen Geistes- und Naturwissenschaft, zwischen einem anthropologischen und biologischen Verständnis des Menschen und seiner Krankheitsanfälligkeit.

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

Mich reizen die Möglichkeiten des sozialpolitischen Engagements – z. B. in Hinblick auf die Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen, der Fort- und Weiterbildung und der Vermittlung aktueller Forschung im Rahmen des Jahreskongresses. Im Vorstand engagieren wir uns in den wesentlichen Diskussionen und tragen damit zur Ausgestaltung der Psychiatrie als humanitär ausgerichteter medizinischer Disziplin bei, die sich personenzentriert an den Wünschen der Patienten orientiert.

*Krimi oder Romanze?* Kurzgeschichten.

*Pünktlich oder zu spät?* Keine Armbanduhr.

*Füller oder Tastatur?* Kugelschreiber.

*Sport oder Sofa?* Fahrrad.

*Exotisch oder gutbürgerlich?* Schwabe.

## DGPPN-REFERATE

## MITDISKUTIEREN UND MITGESTALTEN

Die über 30 Referate der DGPPN bilden das gesamte Spektrum des Faches Psychiatrie und Psychotherapie ab. Mit ihrer Arbeit leisten sie einen wichtigen Beitrag für die Aktivitäten der Fachgesellschaft. Die Referate machen ihre Themen und Arbeitsschwerpunkte durch Publikationen und Veranstaltungen einer breiteren Öffentlichkeit bekannt. Zusätzlich ge-

stalten sie den jährlichen Kongress aktiv mit. Mitglieder der DGPPN sind herzlich eingeladen, sich aktiv in die Referate einzubringen. Interessierte wenden sich dazu bitte an die Leiterinnen und Leiter der Referate.

[www.dgppn.de](http://www.dgppn.de) > Über die DGPPN > Referate



VERTRETERIN BERUFSVER-  
BAND DEUTSCHER  
PSYCHIATER (BVDP)

Dr. med.

Christa Roth-Sackenheim

Vorstandsvorsitzende BVDP

[dgppn@dr-roth-sackenheim.de](mailto:dgppn@dr-roth-sackenheim.de)

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

Die Faszination für das Fachgebiet packte mich schon während meines Medizinstudiums: Die Visiten, Kurse und Fallvorstellungen waren sehr lebendig und äußerst mitreißend. Ein Fall beeindruckte mich ganz besonders: Ein junger Mann hatte sich chirurgisch perfekt bei vollem Bewusstsein orchiektomiert – weil seine akustischen Halluzinationen es ihm befahlen.

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

Indem ich mir Freiräume außerhalb der Arbeit schaffe. Besonders wichtig ist mir dabei die Zeit mit meinem Ehemann. So oft es geht, treffe ich mich auch mit meinen Freunden, z. B. für ein gemütliches Essen. Und natürlich achte ich auch darauf, mich regelmäßig zu bewegen: Mit Kraftsport, Yoga und Joggen halte ich mich fit.

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

Wer wie ich die Rahmenbedingungen für seine berufliche Tätigkeit verbessern will, muss auch systemverändernd denken und tätig werden. Als Ärztin kann ich dies am besten über mein ehrenamtliches Engagement in der Fachgesellschaft, im Berufsverband und in gesundheitspolitischen Gremien erreichen. Trotz oftmals auftretender berufspolitischer Widrigkeiten bereitet mir diese Arbeit große Zufriedenheit.

*Krimi oder Romanze? Am liebsten ein Psychokrimi.*

*Pünktlich oder zu spät? Zu früh.*

*Füller oder Tastatur? Das, was am besten hinpasst.*

*Sport oder Sofa? Ich besitze kein Sofa, nur einen großen Tisch.*

*Exotisch oder gutbürgerlich? Beides – wenn es gut ist.*



BEISITZER AUS-, FORT- UND  
WEITERBILDUNG

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen

Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Zentrum

für Integrative Psychiatrie ZIP,

Campus Lübeck

[fritz.hohagen@uksh.de](mailto:fritz.hohagen@uksh.de)

*Welches sind die größten Herausforderungen im Gesundheitswesen?*

Aus meiner Sicht muss die gerechte patientenorientierte Ressourcenverteilung in den Fokus rücken: Heute fließen deutlich mehr Mittel in die Behandlung von leicht psychisch erkrankter Menschen, während für die Betroffenen mit schweren psychischen Erkrankungen weniger Ressourcen zur Verfügung stehen – vor allem in der ambulanten Versorgung. Im stationären Bereich sehe ich die Einführung des neuen Entgeltsystems und die damit verbundene Neudefinition stationärer Versorgung als große Herausforderung.

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

Wie kein anderes Fach berücksichtigt die Psychiatrie und Psychotherapie den Menschen in seiner ganzen Differenziertheit und Komplexität unter Einschluss der sozialen, psychologischen und neurobiologischen Dimension. Darüber hinaus ist das Fach von größter gesundheitspolitischer Bedeutung: Psychische Erkrankungen stellen heute auch Volkskrankheiten dar.

*Neben Ihren vielen beruflichen Verpflichtungen engagieren Sie sich u. a. ehrenamtlich im Vorstand der DGPPN. Was möchten Sie damit erreichen?*

Mir ist es ein Anliegen, die Attraktivität unseres Berufs zu steigern – gerade für den ärztlichen Nachwuchs: Deshalb engagiere ich mich stark im Bereich der Weiterbildung, weil hier Wissen, Zuständigkeiten und Bandbreite unseres Fachs definiert werden. Und natürlich ist es mir ebenso wichtig, dass die durch uns behandelten psychisch erkrankten Menschen eine möglichst differenzierte, qualitativ hervorragende und umfassende Behandlung erhalten.

*Krimi oder Romanze? Eine Krimanze.*

*Pünktlich oder zu spät? Meistens pünktlich.*

*Füller oder Tastatur? Ganz klar: Füller.*

*Sport oder Sofa? Sport auf dem Sofa.*

*Exotisch oder gutbürgerlich? Am besten eine Mischung.*



## REFERATE AKTUELL

# PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN BEI MIGRANTEN

*In Deutschland leben heute mehr als 16,3 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund. Sie repräsentieren rund 20 % der Bevölkerung der Bundesrepublik. Dennoch ist das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem bisher nicht ausreichend in der Lage, sie angemessen zu versorgen.*

*Autorinnen: Meryam Schouler-Ocak und Iris T. Graef-Calliess*

Der erste Eindruck täuscht: Menschen mit Migrationshintergrund bilden keine homogene Bevölkerungsgruppe. Sie sind aus unterschiedlichsten Gründen aus über 190 verschiedenen Ländern nach Deutschland gekommen. Manche von ihnen sind jung, andere älter oder alt. Sie sind unterschiedlich gebildet und stammen auch aus verschiedenen sozioökonomischen Milieus. Wenn Migranten psychisch erkranken, benötigen sie daher eine psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung, die sich auf ihre besondere Lebenssituation einstellt. So wird professionelle interkulturelle Kompetenz von Ärzten, Therapeuten und Pflegenden immer wichtiger.

## UNZUREICHENDE VERSORGUNG

Doch trotz vielfältiger Bemühungen ist das psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgungssystem in Deutschland bisher nicht ausreichend in der Lage, psychisch erkrankte Migranten angemessen zu versorgen. Sprachliche und kulturelle Verständigungsschwierigkeiten erschweren den Zugang zu Informationen und Präventionsmaßnahmen, haben unpräzise bis fehlerhafte Anamnesen und Diagnosen zur Folge oder führen zu Problemen in der Therapie und Rehabilitation. Dadurch kommt es nicht nur zu unnötigen Mehrfachuntersuchungen oder erneuten Aufnah-

men, es besteht auch die erhöhte Gefahr, dass die Erkrankungen chronifizieren. Die Konsequenz: viel Leid für die Betroffenen und Angehörigen, Folgekosten durch Unter- und Fehlversorgung für das Gesundheitssystem. Dabei können die Beachtung des jeweiligen Lebensalltags der Patienten mit Migrationshintergrund und die Berücksichtigung individueller Erklärungsmodelle hinsichtlich Gesundheit und Krankheit Missverständnisse verhindern helfen.

## DGPPN-REFERAT BEREITS 1991 GEGRÜNDET

Das Referat „Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie, Migration“ der DGPPN setzt sich deshalb seit vielen Jahren für verbesserte strukturelle Rahmenbedingungen ein. Es wurde 1991 unter dem Namen „Psychiatrie in der Dritten Welt“ von Professor Alexander Boroffka – einem der Pioniere der Transkulturellen Psychiatrie in Deutschland – gegründet. 2012 kam es aufgrund der zunehmenden demographischen Bedeutung der Migration zu einer inhaltlichen Neuorientierung und einer Namensänderung. Heute gehören dem Referat rund 150 Psychiater, Psychologen, Soziologen, Ethnologen und Mitglieder der übrigen in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen an.

## INTERKULTURELLE KOMPETENZ FÖRDERN

Um wirksame und nachhaltige Verbesserungen in der Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund zu ermöglichen, setzt sich das Referat für die Schaffung von Migrations- und Integrationsbeauftragten ein. Die Bildung multikultureller Teams soll durch die Einstellung von Mitarbeitern mit Migrationshintergrund vorangetrieben werden. Gleichzeitig fordert das Referat, dass die Sicherung interkultureller Kompetenz personell und organisatorisch verbindlich in das Ablaufsystem von Versorgern eingebunden wird – insbesondere auch der Einsatz von professionellen Dolmetschern. Das Referat arbeitet auf verschiedenen Ebenen: Es entwickelt u. a. Trainingsmaterialien für die Ausbildung in der interkulturellen Kompetenz, fördert Forschungsvorhaben oder stellt Expertise bereit.

### PD DR. MED. MERYAM SCHOULER-OCAK

*Leiterin des DGPPN-Referates „Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie, Migration“*

### PD DR. MED. IRIS T. GRAEF-CALLIESS

*Stv. Leiterin des DGPPN-Referates „Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie, Migration“*



**DGPPN KONGRESS 2014**

Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund  
27.11.2014 | 10:15 bis 11:45 Uhr



DGPPN KONGRESS 2014

# TREFFPUNKT FÜR DEN NACHWUCHS

*Der DGPPN Kongress spricht nicht nur bereits ausgebildete Fachkräfte an, er ist mittlerweile auch ein etablierter Treffpunkt für Medizinstudierende und für junge Psychiater während der Facharztausbildung. Interessierte Nachwuchskräfte haben die Möglichkeit, Einblicke in das Fachgebiet zu gewinnen, sich früh über Karrierewege zu informieren und ein eigenes professionelles Netzwerk aufzubauen.*

Über 2000 Studierende und Assistenzärzte kommen mittlerweile zum jährlichen DGPPN Kongress. Für sie erarbeitet die Junge Akademie der DGPPN ein spezielles Programm. Der sogenannte Nachwuchsstrack beinhaltet Symposien, Meet-the-Expert-Runden, Diskussionsforen, Lectures und Workshops. Besondere Veranstaltungen, die vor allem den persönlichen Kontakt zu den Referenten und den Mitgliedern der Jungen Akademie anregen und fördern, ergänzen das Angebot.

Verantwortlich für das Nachwuchsprogramm ist die Junge Akademie der DGPPN. Sie will nicht nur möglichst viele Nachwuchskräfte für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie gewinnen, sie entwickelt auch Angebote für alle Phasen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Laufbahn. Gleichzeitig ist die Junge Akademie eine Plattform des Austausches und der Zusammenarbeit der Generationen. Die Ziele und Aktivitäten der Jungen



*Mittlerweile nehmen über 2000 Studierende und Assistenzärzte am jährlichen DGPPN Kongress teil.*

Akademie spiegeln sich auch im Nachwuchsprogramm wider: Von der psychiatrischen Notfallversorgung über innovative Therapiekonzepte bei Depression und Demenz bis hin zur Vorstellung

von Fallvignetten aus dem Spektrum psychiatrischer Erkrankungen – die Nachwuchssymposien bilden eine große Spannweite an fachlichen Kompetenzen und Schwerpunkten ab. Darüber hinaus bieten Lectures u. a. einen Rundgang durch bahnbrechende Kapitel der Psychatriegeschichte und setzen sich mit neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen auseinander. In vier Nachwuchsworkshops können die jungen Kongressteilnehmer außerdem lernen, wie der erste Dienst zu managen ist, was Weiterbildungsassistenten im Neurologie-Jahr erwartet und was zum Erfolg bei der Antragstellung um Projektförderung für erste eigene wissenschaftliche Projekte verhilft. Besonders gefragt auf dem Kongress sind stets unsere „Meet-the-Expert“-Runden, in denen renommierte Experten aus ihrer persönlichen Sicht über ein Fachgebiet innerhalb der Psychiatrie referieren und zu intensiven Diskussionen mit dem Nachwuchs einladen.

## HIGHLIGHTS AUS DEM NACHWUCHSTRACK

26.11.2014 | 17:15 bis 18:15 Uhr  
Lecture: Psychopharmakotherapie: Historie – Gegenwart – Zukunft | Hanns Hippus (München)

27.11.2014 | 12:00 bis 13:00 Uhr  
Meet-the-Expert: Antisoziale Persönlichkeitsstörung und Psychopathien aus forensischer Sicht | Henning Saß (Aachen)

27.11.2014 | 15:30 bis 16:30 Uhr  
Lecture: Psychiatriereform in Deutschland – Vorgeschichte, Durchführung und Nachwirkungen der Psychiatrie-Enquête | Heinz Häfner (Mannheim)

28.11.2014 | 08:30 bis 10:00 Uhr  
Diskussionsforum: Karrierewege mit Familie – wann ist der richtige Zeitpunkt für ein Kind?

28.11.2014 | 08:30 bis 10:00 Uhr  
Diskussionsforum: Vier Generationen in der Psychiatrie

29.11.2014 | 13:30 bis 17:30 Uhr  
Workshop: Forschungs- und Projektförderung in der Psychiatrie und Psychotherapie

*Informationen zum DGPPN Kongress, den vollständigen Nachwuchsstrack und zur Jungen Akademie finden Sie auf [www.dgppn.de](http://www.dgppn.de)*

PSYCHIATRISCHE KUNSTGESCHICHTE

# PSYCHIATER UND KÜNSTLER IM DIALOG

*Künstlerische Äußerungen und Werke, die vor dem Hintergrund psychischer Störung und psychiatrischer Behandlungserfahrung entstehen, faszinieren seit einem Jahrhundert und gewinnen weiter an Aktualität. Kunstgeschichte und Psychiatriegeschichte fortzuschreiben und die Beziehungen beider interdisziplinär zu reflektieren, ist eine Chance für alle Beteiligten, die über die persönliche Begegnung mit Kunst hinausgeht und auch künftig in die Gesellschaft hineinreicht.*

Autor: Andreas Spengler

Kreative Therapieangebote und Kunstwerkstätten in psychiatrischen Einrichtungen sind heute gut etabliert und gelten zu Recht als Ausweis einer offenen patientenorientierten Versorgung. Bis dahin war ein langer Weg zurückzulegen. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurden Zeichnungen, Maleien, Plastiken oder Schriftdokumente der Patienten in psychiatrischen Anstalten als originelle Zufallsprodukte und Äußerungen von Kranken angesehen, die allenfalls diagnostisch interessierten. Kaum etwas gelangte an die Öffentlichkeit. Aber kunstinteressierte Psychiater sammelten schon zu Beginn des letzten Jahrhunderts Bilder und Dokumente, veröffentlichten sie und stießen Dialoge mit der Kunstwelt an, die sich bis heute fortpflanzen. Hierzu sollen mit dem Fokus der bildenden Kunst einige Entwicklungslinien nachgezeichnet werden.

## FRÜHE ENTWICKLUNGEN

Mit seinem 1922 erschienenen Buch „Bilderei der Geisteskranken“ [1] beschrieb der Psychiater und Kunsthistoriker Hans Prinzhorn (1886-1933) Bildwerke, deren Qualität nicht selten „weit in den Bereich ernster Kunst ragen“ und ordnete die Gestaltungsvorgänge theoretisch ein. Er analysierte die Biogra-



Julius Klingebiel: Ausschnitt der Raumausmalung in Zelle 117, Festes Haus, Göttingen.

phien zehn „schizophrene[r] Bildner“. Prinzhorn hatte in den Jahren 1919 bis 1921 im Auftrag von Karl Wilmanns in der Heidelberger Universitätspsychiatrie aus ganz Europa eine Sammlung von über 5000 Exponaten zusammengetragen. Ähnlich hatte der Pariser Psychiater Paul Meunier (1873-1957) unter dem Namen Marcel Réja schon 1907 argumentiert. Walter Morgenthaller (1882-1965) portraitierte den wohl bedeutendsten Künstler Adolf Wölfli (1864-1930), der über Jahrzehnte in der Anstalt Waldau bei Bern lebte und malte, 1921 mit seinem Buch „Ein Geisteskranker als Künstler“.

Sammlungen und Bücher brachten Unbekanntes zu Tage und markierten einen Paradigmenwechsel, weil die Bil-

der nicht einseitig als Ausdruck krankhafter Prozesse bewertet, sondern schöpferisches Handeln und künstlerische Formgebung zeigten. Künstler wie Paul Klee oder Max Ernst griffen die Neuentdeckungen begeistert auf und pilgerten nach Heidelberg. Diese Kunst wurde Wegweiser für die klassische Moderne und gewann Einfluss. Weitere Außenseiterkünstler wurden entdeckt, deren Schaffensdrang sich in Anstalten spontan und weit ab von akademischer Ausbildung oder Therapie ausdrückte, ebenso wie sprachliche Kompositionen. Manche hatten die Grenzen überkommener Formen wie Zeichnung, Malerei oder Plastik übersprungen und zeigten früh Elemente von Objekt- oder Aktionskunst.

## VOM NATIONALSOZIALISMUS ZUR NACHKRIEGSZEIT

Der nationalsozialistische Vernichtungsfeldzug gegen Teile der eigenen Bevölkerung verschonte die künstlerisch aktiven Anstaltsinsassen nicht. Wie viele nach den Erbgesundheitsgesetzen zwangssterilisiert wurden, ist nicht bekannt. Wilhelm Werner (\*1898) hat dieses Grauen in seinen kürzlich entdeckten Zeichnungen festgehalten. Er wurde ebenso wie Elfriede Lohse-Wächtler (\*1899) oder Paul Goesch (\*1885) in Tötungsanstalten deportiert und im Jahr 1940 in Gaskammern ermordet. Heute sind über 20 Biographien von Opfern der NS-Tötungsaktionen aufgearbeitet [2].

Einzelne Künstler aber haben überlebt. Auch ihr Schicksal verdient Beachtung:

Friedrich Schröder-Sonnenstern (1892-1982), der seit 1910 wiederholt stationär eingewiesen, aber nicht dauerhaft untergebracht worden war, hatte die NS-Zeit und den Krieg außerhalb von Anstalten überlebt. Er fand in der Kunstwelt zeitweilig hohe Anerkennung.

Georg Schäfer (1896-1989) wurde in der Anstalt in Lohr am Main, wohin er 1928 gekommen war, weder zwangssterilisiert noch in der T4-Aktion gemeldet. Als Kunstschaffender wurde er bis zu seinem Tode weiter gefördert. Vie-

le seiner Werke wurden danach zur Deckung von Pflegekosten staatlich einbehalten und dann in einem Behördenkeller durch Hochwasser zerstört.

Gustav Mesmer (1903-1994) entdeckte seinen Traum vom Fliegen 1932 in Bad Schussenried und schuf beflügelte Fahrräder. Er wurde nicht sterilisiert und als guter Korbflechter nicht von Deportationen der T4-Aktion erfasst. Nach 35 Jahren Anstaltsaufenthalt kam er in ein Heim und genoss als „Ikarus vom Lautertal“ mit seinen Erfindungen und Aktionen neue Freiheit. Zu Lebzeiten dokumentierten kunstsinnige Förderer sein Werk.

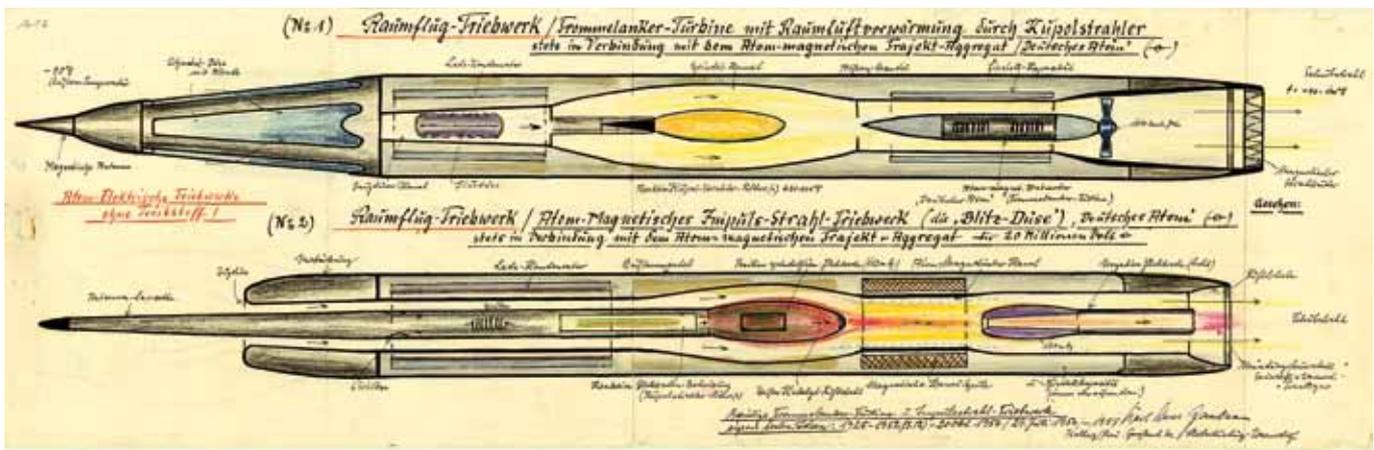
Julius Klingebiel (1904-1965) wurde 1939 polizeilich in Wunstorf untergebracht, 1940 zwangssterilisiert und für die T4-Aktion gemeldet, überlebte aber in Göttingen unter Gottfried Ewald. Ohne Gerichtsverfahren blieb er 1951 bis 1963 im dortigen Verwahrungshaus untergebracht und malte seine ganze Zelle aus. Diese steht heute unter Denkmalschutz und ist vom Verfall bedroht.

Karl Hans Janke (1909-1988) war aus dem Kriegsdienst wegen psychischer Auffälligkeiten entlassen worden, wurde aber nicht von den NS-Aktionen erfasst. Er kam erst 1949 in psychiatrische Anstaltsbehandlung und lebte bis zu seinem Tod in Wermsdorf. Als moderner Leonardo zeichnete und erklärte er seine visionären Erfindungen, futuristische Antriebe (siehe Abbildung)

und Fluggeräte für den Weltraum, kosmische und biologische Theorien, aber auch Alltagsgegenstände wie atombetriebene Fahrräder. Im Jahr 2000 wiederentdeckt, war sein großes Werk in bedeutenden Ausstellungen zu sehen.

Die Umstände des Überlebens dieses Künstler sind nur teilweise bekannt. Die Selektionsmechanismen der T4-Aktion nahmen arbeitsfähige Patienten aus. Ob die künstlerische Betätigung einen Überlebensvorteil bot, soweit interessierte Ärzten dies förderten, bleibt offen. Die NS-Vernichtungsbürokratie war glücklicherweise nicht immer perfekt.

Ein Sonderkapitel betrifft den Erhalt alter Werke. Vieles wurde nie beachtet oder ging verloren. Der Bildersturm der Nationalsozialisten gegen die künstlerische Avantgarde hatte die Sammlung Prinzhorn zunächst weitgehend ausgelassen. Die in München 1937 gezeigte, spätere Wanderausstellung „Entartete Kunst“ missbrauchte die Sammlung als Anschauungsmaterial, um die Degeneration der modernen Künstler zu illustrieren. Als Beleg für Entartung wurde sie dann von Carl Schneider, einem Vertreter der NS-Psychiatrie, in Heidelberg archiviert. 2001 wurde die Sammlung als Museum neu aufgebaut und hat durch Forschung, Ausstellungen und Erweiterungen auf die Gegenwartskunst internationale Bedeutung gewonnen [3].



Karl Hans Janke: Raumflug-Triebwerke Nr. 1-2. Mit freundlicher Genehmigung Ausstellung „Karl Hans Janke“, Wermsdorf.

## PSYCHIATRIEREFORM

Der Psychiater Leo Navratil hatte die gestalterische Arbeit talentierter Anstaltspatienten in Maria Gugging bei Wien schon bald nach dem Krieg gefördert. Dies war zunächst diagnostisch und therapeutisch intendiert. Die Gruppe entwickelte eine große schöpferische Dynamik, und Arbeiten von August Walla (1936-2001) und anderen wurden schon in den 1970er-Jahren international bekannt und später hochpreisig vermarktet. Heute ist Gugging mit seinem Haus der Künstler und Museum ein bekanntes Zentrum [4].

Die Psychiatriereformen nach 1975 in Deutschland führten zu einer Öffnung für die Kunst. Mit den Schlumpfern in Hamburg, dem Kunsthaus Kannen in Münster und anderen entstanden weitere, heute bekannte Ateliers und Kunstwerkstätten. Der Künstler Siegfried Neuenhausen setzte auf eine emanzipatorische, vom Blickwinkel der Psychiatrie unabhängige Praxis und schuf 1981/82 mit Patienten in Hamburg und Wunstorf große Skulpturen und Plastiken im öffentlichen Raum.

### *Die Psychiatriereformen nach 1975 in Deutschland führten zu einer Öffnung für die Kunst.*

Berufskünstler haben somit die Psychiatriereformen belebt. Engagierte Sozialpsychiater griffen dies auf. Heute bieten viele Kliniken und Behinderteneinrichtungen über konventionelle Ergotherapie hinaus auch freie kreative Betätigung an. Es gibt unabhängige Netzwerke Betroffener. Bei der Bewertung der künstlerischen Ergebnisse und in der Praxis der Ateliers spielen die Einrichtungstypen oder die Konnotation mit Störungstypen oder Behinderungen meist keine Rolle.

Beim Umgang mit kreativen Prozessen bei Patienten ist zu bedenken: Kunsttherapien, die seit Langem kon-

zeptionell und praktisch fundiert und breit differenziert sind [5], nutzen Gestaltungsprozesse für die Behandlung. In einem psychotherapeutisch reflektierten Dialog zwischen Patienten, ihren Bildern und den Kunsttherapeuten und Projekten werden Problemlösungen gefördert und Genesungsprozesse unterstützt, auch in Gruppen.

Die S3-Leitlinie der DGPPN zu den psychosozialen Therapien [6] hat die künstlerischen Therapien im Jahr 2010 auf der Evidenzstufe Ib mit dem Empfehlungsgrad B eingestuft. Die schmale Studienlage belegt positive Wirkungen bei schizophrener Negativsymptomatik.

Jenseits von Therapie werden in den Kunstwerkstätten immer künstlerische Talente entdeckt, oft bei Menschen ohne jede Vorerfahrung. Andere bringen gestalterische Vorbildung mit. Sie zu fördern und ihren Weg zur kreativen Arbeit zu eröffnen, bis hin zu einer Professionalisierung als Künstler, ist etwas anderes als Kunsttherapie. Die Gratwanderung von Unterstützung, Assistenz und künstlerischer Abstinenz ist eine besondere Herausforderung. Freie Ateliers und Gemeinschaften stellen räumliche und technische Ressourcen bereit und begleiten den Weg zur künstlerischen Autonomie und in die Kunstszene hinein.

## REZEPTION IN DER KUNSTWELT

Berufskünstler und Kunsthistoriker förderten schon früh ihre nichtakademischen Künstlerkollegen, stellten ihre Werke aus und gründeten Sammlungen. Jean Dubuffet (1901-1985) prägte 1945 den Gattungsbegriff „art brut“, im angloamerikanischen Raum folgte Roger Cardinal 1972 mit der Bezeichnung „outsider art“. Werke von Adolf Wölfli waren 1972 auf der Documenta 5 zu sehen. Spezialisierten Sammlungen wie die in Heidelberg oder Lausanne nehmen heute einen festen Platz im kulturellen Kanon ein. International findet diese Kunst immer wieder Beachtung, so 1997 in Wien, 2009 in Siena oder



Julius Klingebiel: Scherenschnitt, Asklepios Fachklinikum Göttingen.

2014 auf der Biennale in Venedig. Der Markt hat die Besten hochpreisig verinnahmt.

Durch ihre elementare Kraft, ihre unverstellte Originalität und intuitive Sicherheit faszinieren die an Ideen reichen Werke und bewegen viele Menschen. Die vielfach variierte Titelidee „Kunst und Wahn“ zeugt davon, wie die Kunstwelt in der Begegnung mit der Psychiatrie auf ihre Weise das faszinierende Unbekannte sucht.

Im Kunstbetrieb und in der öffentlichen Wahrnehmung bleiben die meisten Künstler der art brut letztlich Außenseiter. Wie überall, gibt es neben wenigen Exponenten, deren Werke inventiv fortwirken, viele „kleine“, beachtenswerte Künstlerinnen und Künstler, die mit eigener Handschrift produktiv arbeiten und sich weiterentwickeln. Manches bleibt ganz im Verborgenen. Einzelne kommen auf dem Weg zu einer Anerkennung in der etablierten Kunstszene weit voran, und es gibt immer wieder neue Entdeckungen wie das Weltrettungsprojekt von Vanda Vieira-Schmidt (\*1949). Je deutlicher diese Kunst aber mit ihrer psychiatrischen Herkunft konnotiert ist, umso mehr wird sie auch aus einem gut gemeinten sozialen Blickwinkel wahrgenommen. Das psychiatrische Umfeld ist ein notwendiger Unterstützungsraum oder eine Plattform, es kann fördern, aber kann auch indirekte Ausgrenzung bedeuten, so wichtig diese Kunst auch als Signal für Inklusion ist.

## PSYCHIATRIE UND KUNST IM DIALOG

Das Denkschema „Genie und Wahn“ des Psychiaters Cesare Lombroso (1835-1909) steckt noch heute in den Köpfen. Dessen kriminalanthropologische Theorien wirken heute anachronistisch. Aber moderne Kreativitätstheorien komme nicht ohne Psychologie aus, und die Außenseiterkunst fand bei Psychiatern lange aus diagnostischem und therapeutischem Interesse heraus Beachtung.

Leo Navratil publizierte 1965 aufgrund seiner Erfahrungen in Gugging über „Schizophrenie und Kunst“. Sein Konzept der „zustandsgebundenen“ Kunst beschreibt Wechselwirkungen der bildnerischen Prozesse mit der Psychose. Die Deutschsprachige Gesellschaft der Psychopathologie des Ausdrucks (DGPA) entwickelt diese Diskurse auf ihren Tagungen im Dialog mit Kunstfachleuten weiter. Hartmut Kraft gibt als Psychiater und Sammler eine breite Übersicht über die „Grenzgänger zwischen Kunst und Psychiatrie“ (1986) [7]. Er fragt, welche Störungen unter welchen Bedingungen bei welchen Patienten auf die Gestaltung Einfluss nehmen und wie sich dies in den Reaktionen der Betrachter entsprechend ihrer Vorinformationen spiegelt. So differenziert er zwischen künstlerischer Produktion und Rezeption. Aber er wirft noch einen psychiatrischen Blick auf den gestalterischen Prozess und den Künstler.

Es bietet sich an, diesen heuristischen Ansatz, systemisch gedacht, um den kulturellen Kontext zu erweitern, in dem Produzent, Werk und Rezipient sich bewegen. Aus den Werken auf die Gesundheit oder Krankheit der Künstler zurückzuschließen, etwa formale Merkmale schizophrener Gestaltens herauszulesen, führt dazu, Künstler auf ihre Pathologie zu reduzieren und den künstlerischen Gehalt zu relativieren. Wer ein Bild für sich als bedeutungsvoll oder bewegend erlebt, nimmt eine Beziehung auf. Es sollte für sich spre-

chen. Wer das Werkverständnis erweitern und kulturell einordnen will, wird eine besondere Lebenssituation oder ein besonderes Denken und Erleben der Künstler verstehen wollen und ihre Biographie und ihr Erleben bedenken.

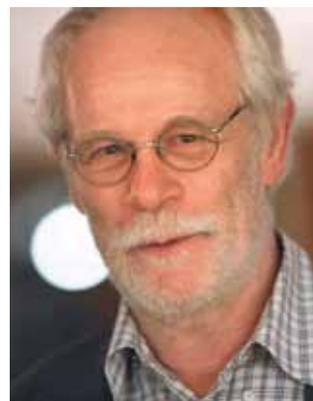
Kunstinteressierte Psychiater haben im Dialog mit Kunsthistorikern etliche Künstlerbiographien aufgearbeitet, Werke wiederentdeckt und geholfen, sie öffentlich zu zeigen. Ausstellungen wie die beim Weltkongress für Psychiatrie in Hamburg 1999 trugen dazu ebenso bei wie Einzelpublikationen.

Ein eigener Handlungsstrang ergibt sich aus sozialpolitischer Perspektive. Die Kunst Kranker und Behinderter ist eine gute Botschafterin für Inklusion. Sie ist auch gute Öffentlichkeitsarbeit für psychiatrische Einrichtungen. Das besondere Schicksal der Künstler bewegt, und es soll nicht ausgeblendet werden. Für die Anerkennung in der Gesellschaft hat die Kunst im Selbstverständnis Betroffener einen hohen Stellenwert. Aber sie sollte nicht einseitig aus sozialen Motiven und gut gemeint, sondern wegen ihres künstlerischen Gehaltes beachtet werden. Die besten Botschafter ihrer Erschaffer sind ihre besten Werke.

### *Die Kunst Kranker und Behinderter ist eine gute Botschafterin für Inklusion.*

Für kunstsinnige Psychiater und Psychotherapeuten bedeutet dies, die Kunst in den Mittelpunkt zu stellen, aber auch praktisch zu fördern. Außenseiterkünstler benötigen jenseits von Therapie Freiräume in Kunstwerkstätten, damit sie arbeiten können, vor allem Möglichkeiten für Ausstellungen [8]. Für sie ist es essenziell, dass ihre Werke gezeigt und wahrgenommen werden. Materielle Ressourcen sind notwendig, aber auch Marketing und die Einwerbung von Spenden. Zusammenarbeit und Forschung mit Künstlern und Kunsthistorikern un-

terstützen dies. Psychiatrische Kunstgeschichte und Förderung der Außenseiterkunst gehören zusammen. Jenseits von Versorgung, Sozialpolitik und etablierter Kulturpolitik reichen sie in die Gesellschaft hinein.



PROF. DR. MED. ANDREAS SPENGLER

Psychiater und Psychotherapeut

Ehemals Ärztlicher Direktor am Nds. Landeskrankenhaus Wunstorf

[www.andreas-spengler.de](http://www.andreas-spengler.de)

#### LITERATUR

1. Prinzhorn H (1922) *Bilderei der Geisteskranken*. Springer, Wien New York
2. Brand-Claussen B, Rotzoll M, Röske, T (Hrsg) (2002) *Todesursache: Euthanasie. Verdeckte Morde in der NS-Zeit*. Verlag das Wunderhorn, Heidelberg.
3. <http://prinzhorn.ukl-hd.de>. Zugegriffen: 17. August 2014
4. <http://www.gugging.org/de/startseite>. Zugegriffen: 17. August 2014
5. Dannecker K (2010) *Psyche und Ästhetik. Die Transformationen der Kunsttherapie*. MWV, Berlin
6. DGPPN (Hrsg) (2010) *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*. Springer, Berlin Heidelberg
7. Kraft H (2005) *Grenzgänger zwischen Kunst und Psychiatrie*. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln
8. Voigtländer W (2013) *Künstlerische Werke von Psychiatrie-Erfahrenen*. *Soziale Psychiatrie* 3: 4-10

Weitere Fundstellen und Literaturhinweise in der Online-Version dieses Artikels



HERAUSFORDERUNGEN DER ETHIK DURCH DIE NEUROWISSENSCHAFTEN

# WANN SIND EINGRIFFE AM GEHIRN LEGITIM?

*Der Fortschritt der Neurowissenschaften vergrößert die Möglichkeiten pharmakologischer, psychotherapeutischer oder chirurgischer Eingriffe am Gehirn des Menschen. Dies macht aus mehreren Gründen besondere ethische Erwägungen erforderlich. Ein differenzierter, neuroethischer Diskurs hat die Aufgabe, objektive und transparente Kriterien zu entwickeln, die Eingriffe am Gehirn legitimieren können.*

Autor: Kai Vogeley

Die modernen Neurowissenschaften informieren uns mittlerweile über die natürlichen Grundlagen unserer menschlichen Kerneigenschaften und damit darüber, was es heißt, als Person zu erleben, flexibel und angemessen zu handeln und mit anderen zu kommunizieren. Auch das eigene innere Erleben und die Interaktion mit anderen sind zum legitimen Forschungsgegenstand der Leitdisziplin Neurowissenschaften geworden [1]. Nicht zuletzt diese Differenzierungen lassen auch Diagnostik und Therapie psychiatrischer Erkrankungen immer ambitionierter werden. Die Maßnahmen selbst werden aufwendiger und differenzierter (z. B. Tiefenhirnstimulation [2]), es werden neue Nebenwirkungspotenziale deutlich (z. B. Psychotherapie), der Zweck von Maßnahmen wird zunehmend weniger scharf definierbar (z. B. Neuroenhancement). So werfen diese rapide wachsenden Kenntnisse in der Grundlagenforschung und der klinischen Anwendung zunehmend komplexe ethische Fragestellungen auf.

## NEUROETHIK

Dabei gibt es einige Besonderheiten zu beachten, wenn es um Eingriffe am Gehirn geht. Die Tatsache, dass das Gehirn Grundlage unserer Urteils- und Handlungsfähigkeit ist, ist nicht nur für das Erleben und den Status einer Person bedeutsam, sondern auch deshalb, weil damit zugleich die Instanz betroffen ist, die ganz allgemein Eingriffe am eigenen Körper überwachen kann. Wird nun dieses Gehirn selbst zum Gegenstand der Intervention, wird damit auch die Fähigkeit zur kontinuierlichen Einsichtnahme und Überwachung der Maßnahmen verändert. Metaphorisch könnte man auch sagen, dass die behandelte Person die Folgen der Intervention nicht mehr nur „von außen“ anschauen kann, sondern zugleich immer auch durch sie „hindurchschauen“ muss, die Evaluation des Eingriffs also nur noch mit dem modifizierten Gehirn ausführen kann. Schließlich erfordern die Komplexität des Gehirns und unsere wachsenden Kenntnisse zu seiner Struktur und

Funktion immer höhere Anforderungen an die Differenziertheit der neuroethischen Betrachtungen.

Diese Besonderheiten machen die Initiative eines breit angelegten neuroethischen Diskurses nötig, also einer „Ethik der Neurowissenschaften“, welche die ethische Relevanz und Implikationen neurowissenschaftlicher Erkenntnisse bearbeitet [3, 4]. Zentraler Gegenstand der Neuroethik ist die Legitimierung von Eingriffen am Gehirn, die hier in einem sehr weiten Sinn neurochirurgische, psychopharmakologische, aber auch psychotherapeutische Therapieformen einschließen soll [5].

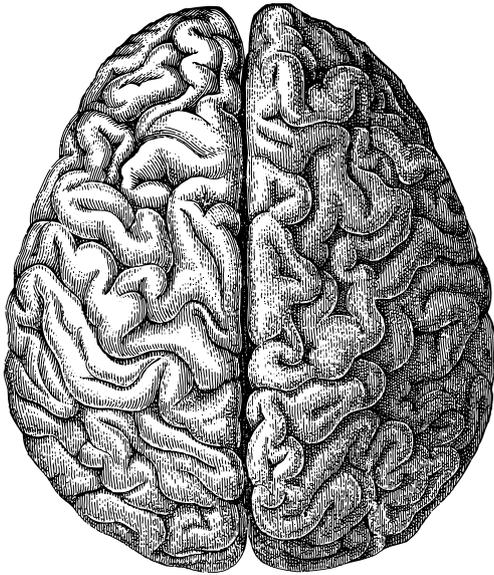
Objektive Kriterien einer solchen differenzierten Neuroethik sollten mindestens die folgenden umfassen:

- die zu beeinflussende kognitive Zielleistung („Ziel des Eingriffs“)
- die vorhandenen neurowissenschaftlichen Kenntnisse zur neuralen Implementierung der zu manipulierenden Hirnfunktion („Modell des Eingriffs“)
- die Art, das Ausmaß und die Reversibilität der Maßnahme („Mittel des Eingriffs“)
- den Effekt, der durch den Eingriff erreicht werden soll, also beispielsweise die Wiederherstellung, Erhaltung oder Steigerung von Gesundheit („Zweck des Eingriffs“).

## ZIEL DES EINGRIFFS

Das Ziel definiert die zu beeinflussende Leistungsdomäne, bei der es sich um perzeptive, motorische, emotionale oder sogenannte höhere kognitive Leistungen handeln kann. Dahinter steht die Intuition, dass es einen Unterschied macht, wie eng die manipulierten Leistungsdomänen mit dem Kern unserer Person, unserer „Persönlichkeit“ oder unserem „Charakter“ im Sinne eines Musters wiederkehrender Erlebnis- und Verhaltensweisen zusammenhängen. Im Sinne von zwei Polen eines Kontinuums sollte man hier „nukleäre“ Leistungen (emotionale Dispositionen, höhere kognitive Prozesse des Denkens

in enger Beziehung zu Einsichts-, Handlungs- und Kommunikationsfähigkeiten) von „peripheren“ Leistungen einer Person trennen (Funktionalitäten einzelner Sinnesmodalitäten oder motorischer Funktionen im Sinne von Werkzeug-Störungen). Es sollte diskutiert werden, ob unterschiedliche Eindringtiefen in personennahe Leistungen ähnlichen Empfehlungen unterliegen sollten. Diese Intuition würde zunächst die Verständigung über einen Minimalkatalog von personalen Identitätskriterien benötigen. Ein vorläufiger Katalog von konstitutiven Teileigenschaften sollte die Erfahrungsqualitäten der Meinigkeit, der Urheberschaft, der Perspektivität und der transtemporalen Einheit umfassen [1].



*Zentraler Gegenstand der Neuroethik sind Kriterien zur Legitimierung von Eingriffen am Gehirn.*

## MODELL DES EINGRIFFS

Das verfügbare Wissen über die neuralen Grundlagen der Funktionen und Fähigkeiten, die im Sinne des Ziels des Eingriffs festgelegt werden, führt zum Begriff des neurobiologischen Modells. Die Fähigkeit, die Ziel der Maßnahme werden soll, und ihre neuralen Mechanismen gehören unter einer naturalistischen Grundannahme eng zusammen. In neuroethischer Hinsicht sollten aber beide sorgfältig differenziert werden. So könnte durchaus der Fall eintreten, dass zwar das Ziel des Eingriffs oder die zu beeinflussende Leistung klar bestimmt werden kann, aber die neuralen Grundlagen oder das Modell gar nicht oder noch wenig bekannt sind. Es müssen also auch die neurowissenschaftlichen Kenntnisse ausreichend robust und belastbar sein, bevor eine Einflussnahme überhaupt erst möglich wird. Hier steht außer Zweifel, dass man einen Hirneingriff umso besser legitimieren kann, je genauer die Struktur und/oder der Mechanismus bekannt ist, der

beeinflusst oder manipuliert werden soll. Beispielsweise sind Untersuchungen der natürlichen Bedingungen subjektiven Erlebens und zuletzt auch der Intersubjektivität mit den Mitteln der kognitiven Neurowissenschaft auch unter Störungsbedingungen in gewissem Rahmen bereits möglich [6].

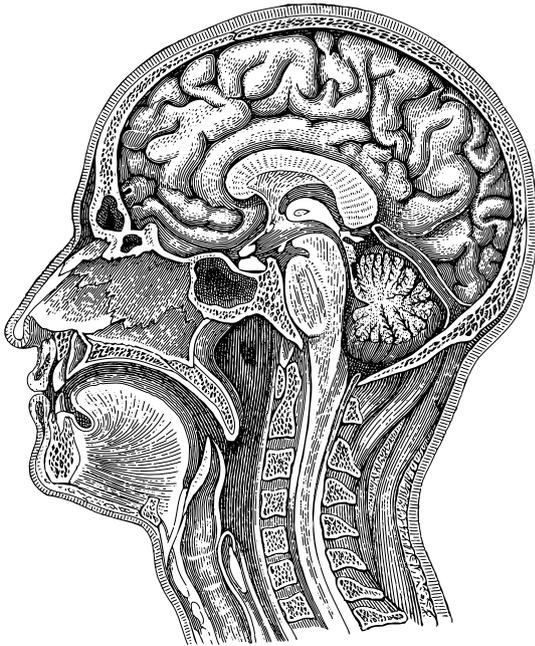
## MITTEL DES EINGRIFFS

Ist das Ziel des Eingriffs festgelegt und kann auf hinreichende neurobiologische Kenntnisse zurückgegriffen werden, muss eine Abwägung erfolgen, mit welchen Maßnahmen und mit welchen Risiken ein Eingriff ins Gehirn vorgenommen wird. Diese Überlegungen sind klinisch Tätigen aus der Alltagsfahung sehr gut vertraut. Hier ist eine zentrale Frage, welches der vorgesehenen Mittel (Psychopharmakologie, Psychotherapie, Neurochirurgie) im Hinblick auf das Ziel des Eingriffs und der Kenntnis des neurobiologischen Modells die beste Wirkung verspricht. Der Effekt einer solchen Manipulation auf die kognitive Zieldomäne – welche immer das auch ist – muss so gut wie möglich vorhersagbar und verlässlich sein. Andere Aspekte betreffen etwa die Dauer des Effektes oder die Reversibilität der Interventionen. Zunehmend diskutiert werden sollten aber auch Aspekte, die mit der Einsichtnahme in die Veränderungen durch den Hirneingriff zu tun haben. Dies betrifft beispielsweise die Frage, in welchem Zeitrahmen die Möglichkeiten der Registratur der eintretenden Veränderungen beeinflusst wird. Bei langsamem Wirkeintritt der Intervention, etwa bei psychotherapeutischen Maßnahmen, kann eine stufenweise Kenntnisnahme der vergleichsweise langsam stattfindenden Veränderungen gewährleistet bleiben, und eine autonome Überwachung des Effektes der Interventionen der behandelten Person bliebe besser gewährleistet.

## ZWECK DES EINGRIFFS

Wenn diese eher technisch anmutenden Kriterien einen Eingriff legitimieren könnten, ist zuletzt der Zweck des Eingriffs zu diskutieren, also die Frage, was mit dem Eingriff erreicht werden soll. Mögliche Ziele reichen von der Wiederherstellung von Gesundheit im Krankheitsfall über die Erhaltung von Gesundheit im Präventionsfall bis hin zur Steigerung oder Verbesserungen von Gesundheitsleistungen durch Neuroenhancement. Hier ergibt sich also konkret die Frage, ob Eingriffe am Gehirn auch dann gerechtfertigt werden können, wenn sie nicht klassisch medizinischen Aufgaben wie der Wiederherstellung oder dem Erhalt von Gesundheit dienen, sondern wenn sie die Steigerung von Lebensqualität oder von individuellen Erfolgsmöglichkeiten zum Ziel haben. Als Zwischenbilanz der intensiven Diskussion zum Neuroenhancement ist festzuhalten, dass es offenbar außerordentlich schwierig ist, systematische und gut begründbare Argumente zu finden, welche das Neuroenhancement gegen klassische Behand-

lungs- und Vorbeugungsaufgaben abgrenzen [7]. Dies hat zunächst mit dem der modernen Psychiatrie zugrunde liegenden dimensionalen Krankheitskonzept zu tun, das eine Abgrenzung von „krank“ und „gesund“ erschwert [8]. Außerdem ist der von der WHO geprägte Gesundheitsbegriff, der körperliche, psychische und soziale Dimensionen enthält, so breit formuliert, dass es schwerfällt, Verfassungen oder Situationen aufzufinden, die nicht in mindestens einer Dimension als nicht mehr oder noch nicht vollständig gesund bezeichnet werden müssten.



Transplantationen von Hirnzellen:  
„Wer lächelt hier eigentlich?“

### „WER LÄCHELT HIER EIGENTLICH?“

Um zu sehen, wie weit diese ersten Intuitionen reichen, könnte man eine derartige Kriteriologie auf einen ersten Prüffall anwenden. Warum hinterlässt heute die in den 1950er-Jahren an Tausenden von psychisch Kranken durchgeführte Maßnahme der sogenannten Lobotomie durch Walter Jackson Freeman (1895-1972) auf uns alle einen so entsetzlichen Eindruck? Mit Hilfe der genannten Kriterien lassen sich Antworten finden: Die Zielleistung war nicht gut definiert und hatte sicher Einfluss auf personennahe Fähigkeiten im Sinne der Urteils-, Handlungs- und Kommunikationsfähigkeiten; die neurobiologischen Kenntnisse waren unzureichend; das gewählte Mittel war nicht angemessen hinsichtlich des Ausmaßes der erzeugten Läsion und der Irreversibilität der Maßnahme; schließlich ist aus heutiger Sicht völlig unklar, ob der Eingriff überhaupt therapeutische Effekte oder nicht vielmehr erhebliche Defekte zur Folge hatte.

Diese neuroethischen Aspekte haben an einigen markanten Stellen schon zu breiten öffentlichen Diskussionen und Fachdiskursen geführt. Eine systematische Aufarbeitung dieser und verwandter Fragen fehlt aber bisher. Da die wissenschaftlichen und technologischen Entwicklungen weiter voranschreiten werden, wird der Bedarf für diese neuroethischen Reflexionen weiter wachsen.

Dies kann abschließend am Begriff der Person und deren Integrität gezeigt werden. Am Beispiel eines an Morbus Parkinson erkrankten und von einer Amie betroffenen Patienten, der Hirnzellen transplantiert bekommt, hat Detlef Bernhard Linke einmal sehr pointiert gefragt: „wer lächelt, hier eigentlich?“ [9]. Ist es noch der Betroffene, der da lächelt oder wird hier schon Gehirnschubstanz des Spenders tätig? Bei einigen wenigen transplantierten Zellen mag diese Entscheidung noch leicht fallen. Wenn es aber womöglich um umfassende Hirnprothesen gehen würde, wie es etwa Stanislaw Lem in der Kurzgeschichte „Gibt es Sie, Mr. Jones?“ [10] entwirft, müsste dann die Frage gestellt werden, ob der so behandelte Mensch noch er selbst ist oder nur noch seine eigene Kopie.

UNIV.-PROF. DR. MED. DR. PHIL. KAI VOGLEY

Leiter der Arbeitsgruppe Bildgebung

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Uniklinik Köln

kai.vogley@uk-koeln.de

#### LITERATUR

1. Vogley K, Schilbach L, Newen A (2014) Soziale Kognition. In: Hartung G, Herrgen M (Hrsg) Interdisziplinäre Anthropologie. Springer, Heidelberg, S 13-39
2. Kuhn J, Gaebel W, Klosterkötter J, Woopen C (2009) Deep brain stimulation as a new therapeutic approach in therapy-resistant mental disorders: Ethical aspects of investigational treatment. *Europ Arch Psychiatry Clin Neurosci* 259:135-141
3. Vogley K (2010) Gehirn und Geist. In: Sandkühler HJ (Hrsg) Enzyklopädie Philosophie. Felix Meiner Verlag, Hamburg
4. Vogley K, Newen A (2011) Kriteriologie der Neuroethik. In: Scharif G (Hrsg) Brauchen wir eine neue Moral? Herausforderungen der Ethik durch die Neurowissenschaft. Mentis Verlag, Paderborn
5. Grawe K (2004) Neuropsychotherapie. Hogrefe, Göttingen
6. Pfeiffer U, Schilbach L, Timmermans B, Kuzmanovic B, Georgescu A, Bente G, Vogley K (2014) Why we interact: On the Functional Role of the Striatum in the Subjective Experience of Social Interaction. *Neuroimage* 101C:124-137
7. Galert T, Bublitz C, Heuser I, Merkel R, Repantis D, Schöne-Seifert B, Talbot D (2009) Das optimierte Gehirn. *Gehirn und Geist* 11:1-6
8. Frances A (2013) Normal: Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen. Dumont, Köln
9. Linke DB (1996) Hirnverpflanzung: Die erste Unsterblichkeit auf Erden. Rowohlt, Reinbek
10. Lem S (1981) Nacht und Schimmel. Suhrkamp Verlag, Frankfurt a. M.



DGPPN KONGRESS 2014

Stufen der Selbstbestimmung und  
Neurobiologie bei psychischen Er-  
krankungen

28.11.2014 | 08:30 bis 10:00 Uhr



## BUCHREZENSION

# EIN EINSEITIGER STREIT

*Die Möglichkeiten der modernen Hirnforschung stoßen in der Öffentlichkeit auch auf Skepsis. In seinem Buch Neuromythologie greift der Autor Felix Hasler dieses Missbehagen auf und setzt zu einer „Streitschrift gegen die Deutungsmacht der Hirnforschung“ an. Mit dem Titel ist angedeutet, dass den Leser keine abgewogene Darstellung erwartet.*

Autor: Andreas Meyer-Lindenberg

Beim Titel des 2012 erschienenen Buches fühlt sich mancher Leser an Karl Jaspers Allgemeine Psychopathologie erinnert, in der dieser die damalige, neuropathologisch ausgerichtete biologische Forschung als „Hirnmythologie“ bezeichnet hat. Hasler bezieht sich zwar nicht auf seinen berühmten Vorläufer, wirft aber ebenfalls einen sehr zweifelnden Blick auf den Wert der aktuellen Hirnforschung für die Psychiatrie. Der Autor hat in Pharmakologie promoviert, daraufhin etwa zehn Jahre auf dem Gebiet der Mechanismen von Halluzinogenen geforscht, ist nun aber anscheinend eher journalistisch und wissenschaftstheoretisch tätig. Die „Neuromythologie“ wurde u. a. durch ein Stipendium der Berlin School of Mind and Brain gefördert, mit welcher der Autor wohl weiterhin affiliert ist.

## DARSTELLUNG BLEIBT OFT UNAUSGEWOGEN

Hasler beschreibt zunächst die Neurowissenschaften als „Leitwissenschaft“ des 21. Jahrhunderts, was er als „Hype“, „Neurohysterie“ und „Neuroinflation“ beklagt. Im Fokus stehen dabei die Hirnbildgebung, besonders die funktionelle Kernspintomographie, und die biologische Psychiatrie. Darüber hinaus greift er weitere Themen auf: die Wertigkeit der Hirnforschung für die Forensik, die Frage der Willensfreiheit – oder allgemeiner: der Reduzierbarkeit psychischen Erlebens auf physikalische, in diesem Fall speziell gehirnbezogene Erklärungen – und des Dopings. Die Lektüre ist rascher beendet, als man dies angesichts des substanziellen Umfangs des Bandes vermuten würde. Das liegt auch am Stil des Autors, der gerne pointiert, manchmal auch durchaus hämisch formuliert und im Tonfall eher journalistisch bleibt, etwa wie eine Reportage im SPIEGEL, allerdings 264 Seiten lang. Das gefällt sicher vielen, mir selber – aus eben diesem Grund – aber eher nicht.

Dabei hat der Autor, durchaus akribisch und mit vielen Fußnoten versehen, sicher eine Menge an interessantem Material zusammengetragen. Allerdings ist die Darstellung oft unausgewogen: Da wird gerne ein vielstimmiger Chor von Kritikern zitiert und stark auf die, natürlich häufig überzogene, Rezeption von Forschungsergebnissen in der Laienpresse abgehoben, ohne der Interpretation der Forschenden auf diesem Ge-

biet selber und der wissenschaftsintrinsischen Diskussion faires Gehör zu verschaffen. Eine Streitschrift war natürlich im Untertitel angekündigt, doch das Argument des Autors hätte durch eine weniger einseitige Darstellung gewonnen.

## DIE EIGENE POSITION WIRD SELTEN KONKRET

Besonders deutlich wird dies im vierten, dem längsten Kapitel des Buches, das sich der biologischen Psychiatrie widmet. Hasler stellt darin durchaus diskussionswürdige Fragen – etwa zur eher zufälligen Entdeckung der ersten Psychopharmaka, zur Industrieförderung klinischer Studien, zum Ghostwriting, zu Nebenwirkungen und Wirkungen von Antidepressiva oder Bildgebungsbefunden wie Hirnsubstanzveränderungen bei der Abgabe von Antipsychotika. Dabei lässt der Autor den Eindruck entstehen, das die Pharmaindustrie und die neurobiologische Forschung ohne Nutzen oder sogar zum Schaden der Patienten zusammenhängen.

Haslers eigene Position wird dabei selten konkret. Am ehesten scheint er sich einer sogenannten „kritischen Neurowissenschaft“ verbunden, die eine ganzheitliche Perspektive einfordert und dem gefühlten Vormachtsanspruch der Hirnforschung u. a. durch „Verschärfung des Tons und rhetorische Elemente“ begegnen will – ein Ansatz, den man in diesem Buch als Leser durchaus spürt. Doch letztlich trifft der Vorwurf der „plakativen Überzogenheit“, den Hasler am Schluss des Buches den Hirnforschern macht, auch sein Buch selbst.

PROF. DR. MED. ANDREAS MEYER-LINDENBERG

Mitglied im Vorstand der DGPPN

Direktor des Zentralinstituts für seelische Gesundheit, Mannheim

BUCH:

Felix Hasler (2012): *Neuromythologie: Eine Streitschrift gegen die Deutungsmacht der Hirnforschung*. Transcript Verlag, Bielefeld, 265 Seiten, kart.

DGPPN KONGRESS 2014

Genetik, Epigenetik, Umwelt und  
Gehirnfunktionen bei psychischen  
Erkrankungen

27.11.2014 | 08:30 bis 10:00 Uhr





# DGPPN KONGRESS 2014

## – WILLKOMMEN IN BERLIN

*BESUCHEN SIE DEN STAND DER DGPPN IM CITYCUBE BERLIN*

Der Höhepunkt zum Jahresende: Wenn der DGPPN Kongress vom 26. bis 29. November 2014 seine Tore öffnet, steht Berlin erneut im Zeichen der psychischen Gesundheit. Hinter dem Kongress steht Deutschlands größte und älteste wissenschaftliche Vereinigung von Ärzten und Wissenschaftlern, die auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde arbeiten.

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

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

**JETZT MITGLIED WERDEN!**

*Als Mitglied der DGPPN profitieren Sie von vielen Vorteilen – zum Beispiel von einer ermäßigten Teilnahmegebühr am DGPPN Kongress. Erfahren Sie mehr auf:*

[www.dgppn.de](http://www.dgppn.de) > Mitglieder

DGPPN–Geschäftsstelle  
Reinhardtstraße 27 b | 10117 Berlin  
Tel: 030.2404 772-0  
[sekretariat@dgppn.de](mailto:sekretariat@dgppn.de)  
[www.dgppn.de](http://www.dgppn.de) > Über uns > Geschäftsstelle



# DGPPN KONGRESS 2014

26.–29.11.2014

- Mit über 650 Veranstaltungen
- Zertifiziert, mehr als 30 CME-Punkte möglich
- Akademie für Fort- und Weiterbildung
- International Track
- Freier Eintritt für DGPPN-Neumitglieder 2014
- Neu im CityCube Berlin

*Jetzt anmelden auf [www.dgppn.de](http://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](mailto:sekretariat@dgppn.de)

[WWW.DGPPN.DE](http://WWW.DGPPN.DE)