

PSYCHE IM FOKUS

Das Magazin der DGPPN



ZUKUNFT

Wissenschaft:
DGPPN Kongress 2018
→ S. 24

Politik:
Grüne Welle für Patienten
→ S. 18

Gesellschaft: Arbeit in
der nächsten Generation
→ S. 10



INHALT

- 2** EDITORIAL
- 4** GESUNDHEITSPOLITIK
- 10** GESELLSCHAFT
Die Arbeit, der wir nachgehen wollen
- 14** GESELLSCHAFT
Einsamkeit
- 18** UNTER VIER AUGEN
Grüne Welle für Patienten
- 24** DGPPN KONGRESS 2018
Die Welt von morgen
- 28** WISSENSCHAFT
Die Vermessung des Gehirns
- 32** WISSENSCHAFT
Merk-würdige Studienergebnisse
- 34** WISSENSCHAFT
Prävention neu gedacht



Betriebstemperatur: Worin bestehen die Erwartungen der Deutschen hinsichtlich der Arbeitswelt?
→ S. 10



Barrierefreiheit: Wie kann die psychiatrische Versorgung besser gelingen? A. Deister und K. Kappert-Gonther (B'90/Die Grünen) im Gespräch
→ S. 18



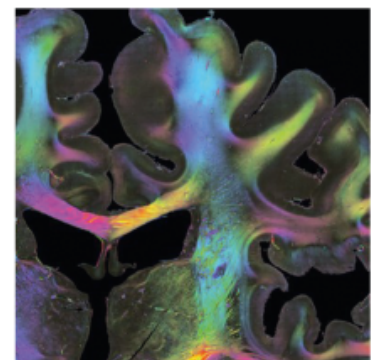
DGPPN Kongress 2018

Vier Tage im Zeichen der Psyche:
Impulse aus Forschung, Versorgung, Politik und Gesellschaft



Zeitenwende: Was machte die Psychiatrie in der DDR aus?
→ S. 40

- 38** INSIDE DGPPN
Lesenswert: unsere Neuerscheinungen
- 40** VON GESTERN FÜR HEUTE
Psychiatrie in der DDR
- 46** NACHWUCHS
Generation PSY wird drei
- 48** IMPRESSUM



Wegweiser: Welche Erkenntnisse bringt die Kartierung des Gehirns?
→ S. 28

Liebe Leserinnen und Leser,



Was geht? Was kommt? Was bleibt? Fragen, die jeden von uns umtreiben, angesichts der politischen, gesellschaftlichen und technischen Entwicklungen, die bereits Gegenwart sind, während wir sie noch zu begreifen versuchen. Diese Ausgabe unserer *Psyche im Fokus* widmet sich erneut dem Thema Zukunft – vor allem auch in Hinblick auf den bevorstehenden DGPPN Kongress Ende November.

Welchen Stellenwert Arbeit in der Welt von heute und morgen hat, beleuchtet Jutta Allmendinger in diesem Heft und im Rahmen der Kongresseröffnung. In der Rubrik „Wissenschaft“ gibt uns Katrin Amunts spannende Einblicke in ihr zukunftsweisendes Projekt zur Kartierung des Gehirns, und wir befassen uns mit der Einsamkeit und ihrer Bedeutung für die psychische Gesundheit. Unbestritten ist auch, dass Prävention eines der großen Zukunftsthemen der Psychiatrie ist, weshalb *Psyche im Fokus* ihr einen Artikel widmet und der DGPPN Kongress dazu hochkarätig besetzte Veranstaltungen bereithält.

Über das Deutschland von morgen und seine Rahmenbedingungen entscheiden in erster Linie die gewählten Vertreter in der Politik und Selbstverwaltung. Deswegen sucht die DGPPN kontinuierlich den Dialog und macht sich für Ihre Interessen stark. Mit der Kollegin und Grünen-Bundestagsabgeordneten Kirsten Kappert-Gonther haben wir im Bundestag eine Ansprechpartnerin, die Versorgung sektorenübergreifend und patientenorientiert denkt. Im Vier-Augen-Gespräch diskutierten wir aktuelle gesundheits- und drogenpolitische Themen. Unsere Positionen konnten wir beim diesjährigen Deutschen Ärztetag in Erfurt erfolgreich vertreten. In der Rubrik „Gesundheitspolitik“ finden Sie eine Nachlese zu diesem standespolitischen Großereignis und weiteren Themen, die uns in den letzten Monaten umgetrieben haben und uns auch zukünftig sicherlich noch weiter beschäftigen werden.

Ich freue mich darauf, Sie im November im CityCube Berlin begrüßen zu dürfen, und wünsche eine anregende Lektüre.

Ihr Arno Deister – für den Vorstand der DGPPN

A handwritten signature in blue ink, which appears to read 'Arno Deister'. The signature is fluid and cursive.

Präsident



Aus: Günter Krämer, Jan Tomaschoff: Irre(n)ärzte. Thieme, 1996

121. Deutscher Ärztetag: Agenda Psychische Erkrankungen



„Psychische Erkrankungen – Versorgung aus ärztlicher Sicht“ war das Leitthema des diesjährigen Ärztetages.

Der Deutsche Ärztetag in Erfurt setzte sich in diesem Jahr seit Langem wieder schwerpunktmäßig mit der Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen auseinander. In einem Hauptbeschluss forderten die Vertreter der deutschen Ärzteschaft den Gesetzgeber auf, die Weiterentwicklung des Behandlungs- und Versorgungssystems für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu einem vorrangigen gesundheitspolitischen Ziel zu machen.

Lange Wartezeiten für einen Therapieplatz, zunehmende Arbeitsausfallzeiten, hohe Krankheitskosten und Frühberentung, aber auch die Debatte um die Reform der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten machen

deutlich, dass die Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung alle Ärzte angeht und nur unter Schulterschluss aller beteiligten Fächer realisiert werden kann. Angesichts dieser hohen versorgungspolitischen Relevanz setzte die Bundesärztekammer das Thema „Psychische Erkrankungen – Versorgung aus ärztlicher Sicht“ als zweiten Tagesordnungspunkt auf die Agenda und erklärte es somit zum Leitthema des diesjährigen Ärztetages. Gleich zum Auftakt des zweiten Tages widmete ihm das Ärzteparlament einen ganzen Vormittag. Mit Iris Hauth (DGPPN Past President) unter den Hauptrednern war auch die Fachgesellschaft vertreten und hatte bereits im Vorfeld die Bundesärztekammer bei der inhaltlichen Entwicklung des Tagesordnungspunktes sowie mit fachlicher Expertise unterstützt.

Den Tagesordnungspunkt moderierte der ehemalige bayerische Kammerpräsident Max Kaplan. Nach drei Impulsvorträgen zur Relevanz psychischer Erkrankungen in der somatischen Versorgung (Stephan Zipfel), in der hausärztlichen Versorgung (Jochen Gensichen) und zu den Herausforderungen und innovativen Ansätzen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung (Iris Hauth) folgten etwa 40 Redebeiträge der Abgeordneten des Deutschen Ärztetages. Das Plenum war über die etwa vier Stunden andauernde Diskussion vollbesetzt. Das enorme Interesse und die Solidarität aller Ärztevertreter beim Thema „Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen“ spiegelte sich auch in den verabschiedeten Beschlüssen wider. In einem zentralen Vorstandsbeschluss wurden der Gesetzgeber und die Institutionen der Selbstverwaltung dazu aufgefordert, sich stärker für die besonderen Bedürfnisse und Interessen von Menschen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen einzusetzen und die Rahmenbedingungen für eine verbesserte sektorenübergreifende Zusammenarbeit im ambulanten und stationären Bereich zu einem Schwerpunkt gesundheitspolitischer Maßnahmen zu machen.

In weiteren Beschlüssen setzte sich der Ärztetag für einen Abbau der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, gegen die Pläne der Bayerischen Landesregierung zur Speicherung der Daten von Menschen mit psychischen Erkrankungen, für eine gesetzliche Grundlage einer „Arbeitsminderung“ und für die Stärkung der Sprechenden Medizin ein. Im Ergebnis der Beratungen zu Tagesordnungspunkt IV beschlossen die Ärztevertreter die neue Musterweiterbildungsordnung und hoben u. a. das Verbot der ausschließlichen Fernbehandlung auf. Zukünftig ist demnach die ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien im Einzelfall erlaubt, sofern diese ärztlich vertretbar ist.

In einer Pressemitteilung begrüßte die DGPPN den Hauptbeschluss des Ärztetages zur Versorgung psychisch erkrankter Menschen und unterstreicht damit, dass sie sich für eine breite fachärztliche Vernetzung und verbesserte multiprofessionelle Zusammenarbeit aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen und Sektoren stark macht. Im Sinne des Patientenwohls wendet sich die DGPPN mit ihren Forderungen an den Gesetzgeber, dass Präventionsangebote, klinische und ambulante medizinische Behandlungen, Rehabilitation und Gemeindepsychiatrie, aber auch Onlinetherapien und stationsäqui-

valente Leistungen so ineinanderzugreifen haben, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen frühzeitig und angemessen versorgt werden können.

Ebenso unterstützt die DGPPN die Lockerung des Fernbehandlungsverbots: Internetgestützte Interventionen können Menschen mit seelischen Leiden zeit- und ortsunabhängig schnelle Hilfe anbieten. Sie stellt jedoch klar, dass ein Computer den persönlichen Kontakt und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt bzw. Psychotherapeut und Patient nicht ersetzen kann. Es muss in jedem Fall gewährleistet sein, dass Patienten in schweren seelischen Krisen professionelle Hilfe erhalten.

Der Ärztetag sendete ein weit sichtbares Signal der Geschlossenheit in Richtung Politik, Selbstverwaltung und Bundespsychotherapeutenkammer. Die verfasste Ärzteschaft hat deutlich gemacht, dass sie die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen als ureigenste Aufgabe begreift und gemeinsam mit allen am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen zugunsten eines bestmöglichen Ergebnisses an einem Strang zieht.



Gesundheitsminister Jens Spahn eröffnete den Ärztetag.

DGPPN KONGRESS 2018

Diskussionsforum
 Personal ist der Schlüssel – Wie viele
 Menschen braucht die Psychiatrie?
 29.11.2018 | 15:30 bis 17:00 Uhr

Stationsäquivalente Behandlung: bedarfsgerechte Versorgung

Mit der Einführung der Stationsäquivalenten Behandlung (StäB) ermöglicht es der Gesetzgeber seit kurzem auch psychiatrischen Kliniken mit Pflichtversorgung, eine Behandlung im persönlichen Lebensumfeld der Patienten anzubieten. Für den effektiven Einsatz der neuen Möglichkeiten haben Verbände und Fachgesellschaften des ambulanten und stationären Bereichs unter Federführung der DGPPN Prinzipien einer strukturierten sektorenübergreifenden Zusammenarbeit konsentiert. Dabei steht der betroffene Mensch mit seinem individuellen Behandlungsbedarf und seinem familiären und sozialen Umfeld im Mittelpunkt.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) wurde für psychiatrische Krankenhäuser und für Allgemeinkrankenhäuser mit selbstständigen, fachärztlich geleiteten psychiatrischen Abteilungen mit regionaler Versorgungsverpflichtung die Möglichkeit geschaffen, anstelle der vollstationären Behandlung die stationsäquivalente psychiatrische Behandlung im persönlichen Lebensumfeld der Patienten zu erbringen. Insbesondere wenn es der Behandlungskontinuität dient oder aus Gründen der Wohnortnähe sachgerecht ist, kön-

nen ambulante Leistungserbringer mit der Durchführung von Teilen der Behandlung beauftragt werden.

Um bei der Implementierung der neuen Leistung die regional bereits bestehenden vertragsärztlichen und gemeindepsychiatrischen Versorgungsstrukturen miteinzubinden, hat die DGPPN die Erarbeitung von Kriterien für eine strukturierte sektorenübergreifende Zusammenarbeit initiiert. Das Ende Juni vorgestellte Eckpunktepapier wurde von Experten des vertragsärztlichen, gemeindepsychiatrischen und stationären Bereichs erarbeitet und von 22 Fachgesellschaften und Verbänden unterzeichnet.

Um eine gemeinsame Grundlage zur Verständigung jenseits von Leistungsanbietern und Berufsgruppen über die Grenzen der Sektoren und Versorgungsbereiche hinweg zu ermöglichen, werden bei diesem Versorgungsangebot der Patient und sein Bedarf in den Mittelpunkt gestellt. Das bedeutet, dass an Stelle einer strukturellen hier eine funktionale Beschreibung tritt, die es ermöglicht, die vor Ort bestehenden Versorgungsstrukturen effektiv zu nutzen. Die Funktionen werden anhand der Bereiche „Aufnahmemanagement“, „Berücksichtigung des Umfelds“, „Diagnostik“, „Therapie“ sowie „Planung und Vorbereitung weiterführender Behandlungs-, Rehabilitations- und Teilhabeleistungen“ beschrieben. Die unterzeichnenden Fachgesellschaften und Verbände sprechen sich dafür aus, StäB auf dieser Basis so weiterzuentwickeln, dass bei der Planung und Steuerung der Einbezug aller an der Versorgung beteiligten Sektoren und Berufsgruppen gewährleistet ist.

Das Eckpunktepapier finden Sie unter www.dgppn.de.

Prinzipien der Zusammenarbeit

Angelehnt an das Funktionale Basismodell* werden im gemeinsamen Eckpunktepapier die verschiedenen Funktionen in Behandlung und Betreuung anhand folgender Bereiche definiert:

- Aufnahmemanagement
- Berücksichtigung des Umfelds
- Diagnostik
- Therapie
- Planung und Vorbereitung weiterführender Behandlungs-, Rehabilitations- und Teilhabeleistungen

* Steinhart I, Wienberg G (Hrsg) (2016) Rundum ambulante – Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln, Psychiatrie Verlag

DGPPN KONGRESS 2018

Symposium
Wer steuert im psychiatrischen Versorgungssystem –
die Klinik, die Niedergelassenen, die ambulanten
Dienste?
29.11.2018 | 13:30 bis 15:00 Uhr

Menschenrechte – UN-Sonderberichterstatter zu Gast in Berlin

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) stärkt die Rechte von Menschen mit Behinderungen und fordert insbesondere einen Paradigmenwechsel von einer ersetzenden hin zu einer unterstützenden Entscheidungsfindung. Auf Einladung der DGPPN kamen am 5. Juli 2018 der UN-Sonderberichterstatter Dainius Pūras und zahlreiche Experten aus Klinik, Forschung, Recht und Politik in Berlin zusammen, um die Konsequenzen für die Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu diskutieren.

Schwere psychische Erkrankungen können betroffene Menschen erheblich in ihrer Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit beeinträchtigen. In der medizinischen Versorgung entstehen daraus Spannungsfelder zwischen dem Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen und der Fürsorgepflicht der Gesellschaft. Hier betont die UN-BRK das Prinzip der unterstützten Entscheidungsfindung (*supported decision making*). Demnach muss gewährleistet sein, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen die notwendige Unterstützung und Hilfe erhalten, um selbst handeln und entscheiden zu können. Die daraus folgenden Konsequenzen

für die medizinische Praxis stehen derzeit zur Debatte. Der Bericht des UN-Sonderberichterstatters Dainius Pūras über das Recht aller Menschen auf bestmögliche körperliche und seelische Gesundheit lieferte einen wichtigen Diskussionsbeitrag zum Thema. Seit Jahren beschäftigt sich auch die DGPPN intensiv mit dieser Thematik. Nachdem schon 2014 Sonderberichterstatter Juan Méndez zu Gast in Berlin war, hatte nun auch Dainius Pūras am 5. Juli 2018 im Rahmen eines DGPPN-Expertenworkshops die Gelegenheit, seinen Standpunkt darzulegen. Gemeinsam mit ca. 50 Vertretern aus Fach, Politik und Recht wurde diskutiert, welche grundlegenden Veränderungen und Weichenstellungen in der psychiatrischen Versorgung in Deutschland notwendig wären, um das Prinzip der unterstützten Entscheidungsfindung in Versorgung und Forschung konsequent umzusetzen. Auch Vertreter der *European Psychiatric Association* (EPA) waren an diesem hochrangigen, wissenschaftlichen Austausch beteiligt und werden die Ergebnisse in ihre jeweiligen Gremien mitnehmen. Die DGPPN wird die hier gewonnenen Erkenntnisse ihrerseits u. a. bei der Erarbeitung eines Curriculums zur unterstützten Entscheidungsfindung berücksichtigen.

Neues Bayerisches PsychKHG rüttelt Öffentlichkeit wach

Die äußerst problematischen Pläne der Bayerischen Staatsregierung für eine Reform des Unterbringungsrechts konnten in letzter Sekunde verhindert werden. Insbesondere die vorgesehene Speicherung und behördliche Weitergabe der Daten untergebrachter Patienten stießen auf breite gesellschaftliche Ablehnung.

Seit Bekanntwerden des Kabinettsentwurfs Anfang 2018 setzt sich ein breites Aktionsbündnis gegen die Pläne der Bayerischen Landesregierung für ein „Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz“ ein, an dem sich auch die DGPPN aktiv beteiligt. In einer Stellungnahme wurden die Nähe zum Maßregelvollzugsgesetz und die Schaffung einer

zentralen Unterbringungsdatei, in der persönliche Daten von Betroffenen einschließlich ihrer psychiatrischen Diagnose über Jahre gespeichert und für öffentliche Behörden zugänglich sein sollten, als diskriminierend und ineffektiv abgelehnt. Auch die Bestimmungen, nach denen nach Beendigung einer Unterbringung regelhaft eine Meldung an die Polizei ergehen sollte, wurden als höchst kritisch bewertet. Die angedachten Maßnahmen wurden in hartem Widerspruch zu den Anforderungen an ein modernes Gesetz zum Umgang mit Menschen in seelischen Krisen bewertet und keinesfalls tauglich zur Abwehr der mit solchen Krisen verbundenen Gefahren angesehen, zumal der Gesetzentwurf nur unzureichend notwendige Hilfen für die Betroffenen selbst vorsah.

Parallel zu den Aktivitäten des Bündnisses machten bundesweit auch zahlreiche Leitmedien auf den problematischen Bayerischen Gesetzesvorstoß aufmerksam und wurden dabei von DGPPN-Experten mit Stellungnahmen

unterstützt. In einer Online-Petition kamen binnen kürzester Zeit knapp 150.000 Unterschriften gegen das Gesetz zusammen, was deutlich machte, wie sehr das Bayerische PsychKHG die gesamte Öffentlichkeit wachrüttelte. Im Ergebnis ruderte die Bayerische Landesregierung schließlich zurück und kündigte umfangreiche Änderungen an.

Am 11. Juli 2018 verabschiedete der Bayerische Landtag einen zweiten Entwurf, der weitreichende Änderungen gegenüber der stark kritisierten, ersten Fassung enthält.



DGPPN-Aktionsplan gestartet

DGPPN-Aktivitäten – eine Auswahl

- Gesundheitsversorgung: Patientenleitlinie *Psycho-soziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*
- Selbstbestimmung: S3-Leitlinie *Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen*
- Berufliche Teilhabe: DGPPN-Teilhabekompass I zur beruflichen Integration
- Soziale Teilhabe: DGPPN-Teilhabekompass II zur sozialen Integration
- Gleichstellung und Barrierefreiheit: Standards der barrierefreien psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung
- Bewusstseinsbildung: Thematisierung von Stigmatisierung im Medizinstudium

Um die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) zu fördern und dazu eigene Beiträge zu leisten, hat sich die DGPPN in einem Aktionsplan zu konkreten Maßnahmen verpflichtet.

Die UN-BRK ist seit 2009 geltendes Recht in Deutschland. Sie betont die Prinzipien der gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen, ihrer Selbstbestimmung und ihrer Diskriminierungsfreiheit. Noch sind die Bestimmungen der Konvention allerdings nicht in allen gesellschaftlichen Bereichen umgesetzt. Hier ist das gemeinsame Commitment aller Akteure auf staatlicher Ebene und in der Zivilgesellschaft gefragt. Die DGPPN sieht es daher als ihre Aufgabe an, dieses Defizit für den Bereich der psychiatrischen Versorgung, Forschung und Lehre zu beheben: In einem Aktionsplan hat sie Ziele und Maßnahmen formuliert, mit denen sie sich selbst hinsichtlich der Umsetzung der UN-BRK in die Pflicht nimmt. Dieser ist langfristig angelegt, was auch den immer wieder

auf tretenden Herausforderungen während des Umsetzungsprozesses geschuldet ist. Der Aktionsplan wird deshalb fortlaufend aktualisiert werden. Die DGPPN arbeitet bereits seit längerem an Themen, welche die Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention mit einschließen: Dazu zählen insbesondere Gesundheitsversorgung, Selbstbestimmung, berufliche Teilhabe, soziale Teilhabe, Gleichstellung und Barrierefreiheit sowie Bewusstseinsbildung.

Mehr zum Aktionsplan auf www.dgppn.de.



DGPPN hält Legalisierung von Cannabis für riskant

Dem Bundestag liegen mehrere Initiativen zur kontrollierten Entkriminalisierung des Freizeitkonsums von Cannabis vor. Ende Juni 2018 wurden die Vorschläge im Gesundheitsausschuss kontrovers diskutiert. Mehrere DGPPN-Experten vertraten dort die medizinische Perspektive und warnten vor den unkalkulierbaren Folgen einer Freigabe des Rauschmittels zum privaten Gebrauch.

Gleich drei Anträge zu einer Entkriminalisierung von Cannabis liegen dem Bundestag aktuell vor. Bündnis 90/Die Grünen, Die Linke und FDP fordern mit jeweils unterschiedlichen Konzepten und Schwerpunkten eine weitgehende Freigabe des Rauschmittels zum Freizeitkonsum. Am 27. Juni 2018 wurden die Vorschläge im Ausschuss für Gesundheit des Bundestags diskutiert. Beteiligt war auch die DGPPN mit den Experten Ursula Havemann-Reinecke, Rainer Thomasius (beide Referat Abhängigkeitserkrankungen) und Stefan Gutwinski (Charité Berlin). Dabei stellten die Psychiater klar, dass die Schäden und Risiken durch Cannabiskonsum nicht unstrittig seien, insbesondere für jugendliche Konsumenten. Dies belegte erst kürzlich die Studie des Bundesgesundheitsministeriums zu Potenzial und Risiken von Cannabis (*CaPRis*). Sie konnte aufzeigen,

dass die Komorbidität von Cannabisabhängigkeit und weiteren psychischen Störungen hoch ist. Unklar bleibe aber, welche Konsequenzen eine Legalisierung in Deutschland für die Konsumprävalenzen bedeuten.

Eindeutig festzustellen sei, dass schon jetzt mehr Mittel für Prävention und Behandlung zur Verfügung gestellt werden müssten. Obgleich es nicht primäre Aufgabe der DGPPN ist, den strafrechtlichen Umgang mit Cannabis zu bewerten – die Freigabe des Besitzes ist vielmehr eine gesamtgesellschaftliche Frage, die entsprechend politisch entschieden werden muss –, sieht sie die gesundheitlichen Risiken des Cannabiskonsums kritisch und fordert, diese bei der weiteren Diskussion um eine Legalisierung von Cannabis unbedingt zu berücksichtigen.

DGPPN KONGRESS 2018

Pro-Con-Debatte
Cannabisfreigabe – Entkriminalisierung
ohne Gesundheitsrisiko?
28.11.2018 | 17:15 bis 18:45 Uhr



**Die Arbeit, der
wir nachgehen
wollen**

Sie sichert unsere finanzielle Existenz und unseren Lebensstandard. Sie kann sinnstiftend und strukturgebend sein, aber auch belastend und ressourcenraubend. Was erwarten die Deutschen in Zukunft von der Arbeit? Dazu forscht Jutta Allmendinger, Präsidentin des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung.

Immer mehr Menschen sind auf Erwerbsarbeit angewiesen.* Die 2005 vollzogenen Änderungen in der Arbeitslosenversicherung begrenzen die Dauer des Arbeitslosengeldes und senken die Höhe des Auszahlungsbetrages. Die Arbeitslosenhilfe wurde zu Hartz IV und damit zu einem Pauschalbetrag, der unabhängig ist von dem zuletzt erzielten Einkommen. Mit Zeitarbeit, Minijobs und 1-Euro-Jobs wurden neue Arbeitsformen eingerichtet. Seit 2008 erhalten geschiedene Ehepartner nur noch drei Jahre Betreuungunterhalt und sind ansonsten auf eigene Erwerbsarbeit angewiesen. Zum Jahreswechsel 2012 wurde zudem die Rente mit 67 eingeführt, auch dadurch wird die Erwerbsquote weiter steigen.

Was sagen die Menschen dazu? Wie wichtig ist ihnen Arbeit?

Ist sie Zwang und Last? Welche Veränderungen wünschen sie sich? Wie soll sich die Arbeitswelt ihrer Ansicht nach entwickeln? Diesen und vielen anderen Fragen widmet sich die groß angelegte repräsentative Vermächtnisstudie, die gemeinsam vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, der Zeitung DIE ZEIT und dem infas Institut

für angewandte Sozialwissenschaft durchgeführt wurde. Über 3100 Menschen in ganz Deutschland wurden persönlich interviewt, Männer und Frauen, die zwischen 14 und 80 Jahren alt waren, in Städten oder auf dem Land lebten, mit oder ohne Migrationserfahrung. Sie wurden über ihr Leben befragt, über das, was ihnen selbst wichtig ist, was sie sich wünschen und kommenden Generationen mit auf den Weg geben möchten und was sie tatsächlich von der Zukunft erwarten.

Was lassen die Antworten der Menschen erkennen?

Neben Zusammengehörigkeit und Gesundheit hat die Erwerbsarbeit bei ihnen höchste Priorität. Fast 90 % der befragten Menschen antworten: Die Erwerbsarbeit ist mir außerordentlich wichtig. Vor dem Hintergrund der oben geschilderten Situation könnte man kommentieren: Es bleibt ihnen nichts anderes übrig. Wenig überraschend ist auch, dass die Menschen großen Wert auf eine stabile und sichere Erwerbsarbeit legen. Etwas verblüffend ist, dass fast alle Menschen angeben, einer Arbeit nachzugehen, die sie wirklich machen wollen. 60 % würden sogar arbeiten, wenn sie auf das Geld nicht angewiesen wären. Natürlich

◀ **Erfindergeist made in Germany:** Matthias Teek, Geschäftsführer der Firma *Matetec* blickt durch ein von seiner Maschine geschnittenes Loch in das entkernte Blatt eines Windrades. Er hat eine neuartige Technik entwickelt, für die er einen Preis erhielt.

* Der Beitrag folgt in wesentlichen Teilen der Darstellung Jutta Allmendingers in: *Das Land, in dem wir leben wollen. Wie die Deutschen sich ihre Zukunft vorstellen.* München, Pantheon Verlag, 2017. S. 94–102.

brauchen die allermeisten Menschen das Geld, um ihren Lebensunterhalt zu verdienen. Dennoch: Mit der Arbeit verbinden sie offenbar weit mehr als das nötige Einkommen. Die Ausnahme bilden Menschen in schlechter Arbeit, also mit befristeten Tätigkeiten in Folge, vielen Schichtdiensten, Niedriglohn, Arbeit auf Abruf.

Was wissen wir über die Menschen in guter Arbeit?

Nicht unerwartet spielt Bildung eine maßgebliche Rolle. Gut gebildete Menschen sind viel eher in guter Arbeit als bildungsarme. Sie erachten ihr Einkommen als angemessen und verrichten Arbeit, die sie wirklich machen wollen. Ebenso überrascht es nicht, dass Männer mit ihrer Entlohnung deutlich zufriedener sind als Frauen. Die Schattenseiten: Viel seltener als Frauen erledigen sie Arbeiten, die sie wirklich gerne machen, und viel seltener geben Männer an, auch dann erwerbstätig sein zu wollen, wenn sie das Geld nicht bräuchten. Dies hängt durchaus auch mit den deutlich längeren Arbeitszeiten von Männern im Vergleich zu Frauen zusammen.

Menschen mit eigener Migrationserfahrung gehen deutlich seltener einer guten Arbeit nach. Viel häufiger als Menschen mit familiärer Migrationserfahrung und als Menschen ohne Migrationserfahrung geben sie an, dass sie Tätigkeiten verrichten, die sie nicht wirklich machen wollen, und dass sie keinen Einfluss auf die Regelung ihrer Arbeitszeit haben. Dennoch: Gerade ihnen sind Erwerbsarbeit und sozialer Aufstieg ganz besonders wichtig.

Und das Alter? Über jüngere Menschen, gerade über die Generation Y zwischen 18 und 35 Jahren, hört man oft, dass ihnen qualitative Aspekte der Arbeit besonders wichtig wären. Das stimmt. Sie legen viel größeren Wert auf eine sinnvolle Tätigkeit, die sie reizt. Nicht zutreffend ist allerdings, dass sie sich von Erwerbsarbeit distanzieren. Keiner anderen Altersgruppe ist Erwerbsarbeit so wichtig wie ihnen.

Das Sozialkapital und die sozialpsychologischen Merkmale von Personen spielen auch in unserer Studie eine große Rolle. Sie wirken ergänzend, verändern also nicht die sozialstrukturellen Einflüsse. Eine gute Bildung ist demnach immer wichtig, ganz gleich ob wir es mit selbstsicheren oder ängstlichen Menschen zu tun haben. Eine gute Bildung gepaart mit Selbstsicherheit führt dann zu besonders vorteilhaften Positionen auf dem Arbeitsmarkt, eine gute Bildung gepaart mit Ängsten zu eher schlechteren.



Stets fleißig: Die Bedeutung von Arbeit steigt weiter an.

Die Zuversicht und optimistische Grundstimmung hat uns verblüfft. Angst vor den Folgen der Digitalisierung zeigen die Menschen bei diesen konkret auf ihr heutiges Arbeitsleben bezogenen Fragen nicht, kaum jemand fürchtet die Macht der Roboter und die sich rasant verändernden Anforderungen auf dem Arbeitsmarkt.

Wenn man über Arbeit spricht, was rät man den nachfolgenden Generationen?

Die Antwort ist eindeutig ein „Weiter so“. Die Erwerbstätigkeit soll noch wichtiger genommen werden. Auch bei den einzelnen Aspekten guter Arbeit – sichere Arbeitsplätze, feste Arbeitszeiten, sinnvolle Jobs – bleibt die Zustimmung auf dem hohen Niveau oder steigt weiter. Zudem ähneln sich die Empfehlungen der Menschen sehr. Die Erwerbstätigkeit erweist sich als starker kollektiver Wert. Erst ein genauerer Blick zeigt, dass es auch Menschen gibt, die leicht auf die Bremse treten. Die gut Gebildeten raten dazu, die Arbeit weniger wichtig zu nehmen, dem sicheren Arbeitsplatz und den festen Arbeitszeiten nicht so viel Gewicht beizu-

messen. Bildungsarme und Menschen mit Zuwanderungsgeschichte können sich diese Empfehlung nicht leisten. Sie legen den nachfolgenden Generationen ans Herz, auf gute, sinnvolle Arbeit viel mehr Wert zu legen, als sie es selbst tun und wohl auch tun können.

Kommen wir abschließend zu dem, was man in Zukunft erwartet. Die Arbeitsmarktzahlen sind derzeit gut. Gehen die Menschen davon aus, dass das so bleibt? Senden sie Zeichen von Unsicherheit und Skepsis oder von Optimismus?

Die Antwort ist nicht einfach. Die Werte sinken und liegen bei einem recht unentschiedenen „Weiß nicht“. Dieses Ergebnis sehen wir in Bezug auf die Wichtigkeit der Erwerbsarbeit, eines sicheren Arbeitsplatzes und fester Arbeitszeiten. Aber vor allem: Wird man noch die Arbeit verrichten, die man auch wirklich machen will? Darüber weiß man gar nichts. Das zeigen die Werte.

Diese große Unsicherheit verspüren aber nicht alle in gleichem Maße. Menschen mit guten Jobs beurteilen die Zukunft der Arbeit viel optimistischer als Menschen mit mieser Arbeit. Bei Akademikern ist das besonders gut zu sehen. Aber auch Menschen mit eigener Migrationserfahrung blicken viel zuversichtlicher in die Zukunft, das allerdings aus einem anderen Grund. Sie hoffen, das zu erreichen, was sie heute bei ihren Mitmenschen sehen. Auch Eltern erwarten eine freundlichere Zukunft als Menschen ohne Kinder. Dieses Ergebnis war so nicht unbedingt zu erwarten, da man ja gerade Eltern oft nachsagt, dass sie aufgrund ihrer Kinder – und für diese – besonders um die Zukunft bangen. Meint man, das eigene Leben in der Hand zu haben und nicht Spielball von Zufall und Glück zu sein, sieht man die Zukunft der Arbeit viel positiver.

Was bleibt über die Zukunft der Arbeit zu sagen?

Im Vermächtnis ungebrochen ist die Bedeutung von Erwerbsarbeit für unser Leben, sie wird eher noch steigen. Unverändert stark ist der Wunsch nach einem sicheren Arbeitsplatz und einer Tätigkeit, der man Sinn abgewinnen kann. Die erwartete Zukunft wird nicht in düsteren Farben gezeichnet, zu sehen sind aber riesige Fragezeichen. Die Menschen in Deutschland wissen um die Gefahren auf dem Arbeitsmarkt, auch wenn sie nicht selbst betroffen sind: Langzeitarbeitslosigkeit, Leiharbeit, befristete Beschäftigungsverhältnisse, Minijobs, Niedriglöhne, prekäre Beschäftigung, weitere Euro- oder Finanzkrisen. Sie sind

unsicher, wie sich die Digitalisierung auf den Arbeitsmarkt auswirkt. Unsicherheit und Sorge tun den Menschen nicht gut. Der Auftrag an uns alle ist damit klar. Auch wenn es schon so oft gesagt und geschrieben wurde: Bildung und Qualifikation helfen, das haben wir deutlich gesehen. Wir müssen die Menschen mitnehmen, ihnen Chancen, Orientierung und Sicherheit geben, sie aktiv vorbereiten auf die Arbeitswelt von morgen.

Prof. Dr. h.c. Jutta Allmendinger

ist Präsidentin des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung und spricht bei der Eröffnung des DGPPN Kongresses.



Das Land, in dem wir leben wollen. Wie die Deutschen sich ihre Zukunft vorstellen

Jutta Allmendinger (Hrsg), München, Pantheon Verlag, 2017

DGPPN KONGRESS 2018

Kongresseröffnung | Jutta Allmendinger
Zur Fähigkeit der Selbstkritik –
die Menschen in Deutschland und ihr
Vermächtnis

28.11.2018 | 10:15 bis 12:00 Uhr



EINSAMKEIT

In der Vorstellung der Zukunft spielt der einsame Mensch eine immer größere Rolle. Wir begegnen ihm in der Großstadt, auf dem Land, in der Familie oder am Arbeitsplatz. Überall dort, wo gewohnte soziale Strukturen aufbrechen und Bindungen sich verändern oder gar auflösen. Was bedeutet das für den Einzelnen und für die Gesellschaft?

Ein subjektives Gefühl

Einsamkeit beschreibt die Diskrepanz zwischen den tatsächlichen und den gewünschten sozialen Beziehungen einer Person. Einsamkeit kann demnach entstehen, wenn eine Person weniger enge emotionale Bindungen hat, als sie sich wünscht, oder wenn sie sich nicht ausreichend in ein soziales Netzwerk eingebunden fühlt. Einsamkeit kann als Warnsignal verstanden werden, das anzeigt, dass man sich wieder mehr um seine sozialen Kontakte kümmern sollte. Evolutionär betrachtet ist Einsamkeit also ein überlebenswichtiges Gefühl und wird erst problematisch, wenn es chronisch wird. Chronisch einsame Menschen geben über einen längeren Zeitraum an, sich oft von anderen isoliert zu fühlen, dass ihnen niemand nahesteht und sie niemanden wirklich kennen, dass die eigenen Freundschaften oberflächlich sind oder dass sie niemanden haben, an den sie sich wenden und mit dem sie sprechen können. Menschen, die sich nur selten und nur kurzzeitig einsam fühlen, können als „akut einsam“ bezeichnet werden. Auch sie beschreiben ähnliche Gefühle, mit dem wesentlichen Unterschied, dass diese nicht lang andauernd auftreten und eher situationsspezifisch sind.

Einsamkeit hängt – im Gegensatz zum Alleinsein – nicht immer mit der objektiven Anzahl der sozialen Kontakte zusammen, sondern beschreibt vielmehr ein subjektives Gefühl. Es gibt Menschen, die das Alleinsein genießen, ohne sich einsam zu fühlen, aber auch Menschen, die viele Kontakte haben und sich dennoch einsam fühlen.

Nicht nur ein Phänomen bei alten Menschen

Einsamkeit ist auch in Deutschland kein seltenes Phänomen. In einer unserer Studien konnten wir zeigen, dass sich je nach Altersgruppe etwa 10 bis 15 % der Deutschen zumindest manchmal einsam fühlen. Bei den über 80-Jährigen sind es sogar ca. 20 %. Zwar stellen ältere Menschen eine große Risikogruppe für Einsamkeit dar, jedoch betrifft Einsamkeit, anders als häufig angenommen, auch junge und mittelalte Erwachsene. Eine aktuelle Studie aus dem Jahr 2018 zeigt beispielsweise, dass die Prävalenzrate für Einsamkeit im jungen Erwachsenenalter bei etwa 23 bis 31 % liegt. Auch wenn der Eindruck vorherrscht, dass Menschen heute einsamer sind als früher, gibt es dazu bislang keine belastbaren Zahlen.

Einsamkeit kann sehr vielfältige Ursachen haben. Von Einsamkeit wird zum Beispiel im Zusammenhang mit Lebensereignissen berichtet, die zu drastischen Veränderungen in den sozialen Kontakten führen. Besonders der Tod des eigenen Partners nimmt gravierenden Einfluss. Aber auch andere Ereignisse, wie eine Trennung oder die Diagnose einer schweren Erkrankung, sind häufig mit Phasen erhöhter Einsamkeit verbunden. Neben körperlichen Problemen können auch psychische Störungen wie Depression, Angststörungen oder Schizophrenie ursächlich sein. Menschen unterscheiden sich zudem darin, wie viele und wie intensive Sozialkontakte sie benötigen, um sich nicht einsam zu fühlen, und auch darin, wie sensibel sie auf Veränderungen innerhalb der Sozialkontakte reagieren. Zum Beispiel

sind extravertierte Personen tendenziell weniger einsam als Personen, die eher zurückhaltend und introvertiert sind. Personen, die zu Sorgen neigen, berichten im Durchschnitt häufiger von Einsamkeit als jene, die emotional ausgeglichen sind. Auch besonders selbstzentrierte Personen erleben mehr Einsamkeit als weniger selbstzentrierte Personen, was dazu führt, dass sie langfristig noch stärker um sich selbst kreisen.

Einfluss der sozialen Medien

Statistisch lässt sich tatsächlich ein Zusammenhang zwischen der Nutzung sozialer Medien und Einsamkeit feststellen: Menschen, die häufiger soziale Medien nutzen, sind



im Durchschnitt auch einsamer. Eine vor einigen Jahren veröffentlichte Meta-Analyse deutet jedoch darauf hin, dass einsamere Menschen vermehrt soziale Medien nutzen und nicht, dass die Nutzung sozialer Medien einsamer macht. Andere Studien zeigen zudem, dass nicht die Nutzung sozialer Medien per se, sondern die Art und Weise, wie sie genutzt werden, für Einsamkeit entscheidend ist: Soziale Medien führen nämlich vor allem dann zu mehr Einsamkeit, wenn Offline-Interaktionen in der realen Welt durch reine Online-Interaktionen ersetzt werden. Weniger Einsamkeit entsteht, wenn Offline- und Online-Interaktionen überlappen, beispielsweise wenn online neue Kontakte geknüpft oder alte bestehende Kontakte gepflegt werden, diese Interaktionen jedoch zum Teil auch in der realen Welt stattfinden. Für Menschen, die sich eine Zeit lang einsam fühlen, kann die Stimulation neuer sozialer Kontakte mittels sozialer Medien demnach sogar eine Chance bedeuten, aus der

Einsamkeit herauszufinden, wohingegen die vollständige Verlagerung aller Sozialkontakte in Online-Welten kritisch zu bewerten ist.

Wenn Einsamkeit krank macht

Chronische Einsamkeit hat einen deutlichen, negativen Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit, auf die kognitiven Funktionen und sogar auf die Lebenserwartung. Besonders viele Befunde gibt es zum Zusammenhang von Depression und Einsamkeit. Verschiedene Forscher konnten zeigen, dass einsame Menschen im Verlauf ihres Lebens häufiger depressiv werden, wodurch ihre Einsamkeit wiederum verstärkt wird. Einsamkeit und Depression scheinen sich also wechselseitig zu beeinflussen. Laut einer aktuellen Studie mit jungen Erwachsenen weisen einsame Personen auch eine erhöhte Wahrscheinlichkeit auf, Diagnosekriterien für Depression, Angststörung, ADHS oder Substanzabhängigkeiten zu erfüllen. Neben diesen psychischen Störungen geht Einsamkeit oft auch mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Fettleibigkeit und einem geschwächten Immunsystem einher. Medizinisch begründen lässt sich der Zusammenhang zwischen Einsamkeit und verschiedenen Erkrankungen zum einen durch das schlechtere Gesundheitsverhalten von einsamen Menschen, wie weniger Bewegung, ungesunde Schlafgewohnheiten und höherer Nikotinkonsum, und zum anderen durch biologische Prozesse, die einsame von nicht einsamen Menschen unterscheiden. Dazu gehören ein erhöhter Blutdruck, ein schwächeres Immunsystem oder eine höhere Konzentration von C-reaktivem Protein im Blut. Auf neuropsychologischer Ebene konnte in fMRI-Studien (*functional Magnetic Resonance Imaging*) darüber hinaus gezeigt werden, dass bei sozial ausgeschlossenen Menschen im Gehirn Areale aktiv sind, die auch auf körperliche Schmerzen reagieren. Einsamkeit als „sozialer Schmerz“ ist also mehr als nur eine Metapher.

Wirksame Auswege

Der kürzlich verstorbene, bekannte Einsamkeitsforscher John T. Cacioppo schlug vier Schritte vor, um aus der chronischen Einsamkeit auszubrechen. Sie lassen sich zu dem Akronym *EASE* zusammenfassen. Ihre Umsetzung im Alltag ist aber vermutlich weniger einfach, als es das Akronym vorgibt. *E* steht dabei für *extend yourself*. Sein Ratschlag an einsame Menschen ist, sich zunächst schrittweise an den sozialen Austausch heranzutasten und dabei mit sozialem Engagement einzusteigen, da hier die Wahrscheinlichkeit

“ Was nun andererseits die Menschen gesellig macht, ist ihre Unfähigkeit, die Einsamkeit und in dieser sich selbst zu ertragen.“

Arthur Schopenhauer

von positiven Reaktionen am größten und von Zurückweisung am geringsten ist. *A* steht für *action plan*: Gemeint ist damit, sich bewusst zu machen, dass man kein Opfer der Umstände ist, sondern zumindest etwas Kontrolle über die eigene soziale Situation hat. Die Vergegenwärtigung der Kontrolle über das eigene Verhalten, die eigenen Gedanken und die eigenen Emotionen sollen das Selbstvertrauen in sozialen Situationen steigern und zu mehr Aktivität anregen. *S* steht für *selection* und spielt darauf an, dass die Qualität sozialer Interaktionen deutlich wichtiger ist als ihre Quantität, wenn es darum geht, Einsamkeit zu reduzieren. Ein Merkmal, das über die Qualität einer sozialen Beziehung entscheidet, ist zum Beispiel der Wunsch nach einem ähnlichen Maß an Intimität und Intensität zwischen den Interaktionspartnern. Cacioppo's Rat ist daher auch, sich zu überlegen, welche Art der Beziehung einem fehlt, um passende Interaktionspartner auszuwählen. Der letzte Buchstabe *E* steht für *expect the best*. Gemeint ist damit, dass eine aufgeschlossene und optimistische Einstellung sehr häufig auch beim Gegenüber die gleiche Einstellung hervorruft. Chronisch einsame Menschen nehmen andere Menschen hingehen häufig negativ wahr. Sie empfinden soziale Situationen als eine Art Bedrohung, da diese potentiell zu Zurückweisung führen können. Cacioppo ermutigt einsame Menschen daher, sich in einer positiveren sozialen Erwartungshaltung zu üben, um leichter auf andere Menschen zugehen zu können.

In einer großen Meta-Analyse, die viele Einzelstudien zur Effektivität von Einsamkeitsinterventionen zusammenfasst, erwiesen sich jene Interventionen am geeignetsten, die an den negativen und fehlerhaften sozialen Kognitionen und Erwartungen einsamer Menschen ansetzen. Meist schaffen Betroffene eine derartige kognitive Umstrukturierung aber nicht alleine, sondern benötigen dafür professionelle Unterstützung durch Ärzte oder Psychotherapeuten.

Politischer Auftrag

Laut aktuellem Koalitionsvertrag von CDU und SPD hat die Politik sich darauf geeinigt, „Strategien und Konzepte [zu]

entwickeln, die Einsamkeit in allen Altersgruppen vorbeugen und Vereinsamung bekämpfen“ sollen. So vielfältig wie die Ursachen, können auch die politischen Möglichkeiten zur Prävention und Bekämpfung von Einsamkeit sein.

Zum einen sollte Forschung auf dem Gebiet der Einsamkeit stärker gefördert werden – Ursachenklärung und Evaluation von bestimmten Maßnahmen gegen Einsamkeit. Zum anderen gibt es in einigen Städten bereits spezielle Initiativen, die sich um einsame ältere Menschen kümmern. Projekte wie *Silbernetz* gehen in vorbildlicher Weise gegen eine Tabuisierung der Einsamkeit vor und sensibilisieren so für das oft sehr stille Thema. Auch Behinderten- und Rehabilitationseinrichtungen sowie Sportvereine bieten Angebote für Menschen, die von psychischen Störungen betroffen oder von diesen bedroht sind. Zu dieser Zielgruppe können auch einsame Menschen zählen. Reha-Sport ist für Betroffene kostenlos und kann von jedem Arzt verschrieben werden, ohne dessen Budget zu belasten. Solche oder ähnliche Initiativen müssten flächendeckender ausgebaut und gefördert werden. Darüber hinaus müsste sich die Politik auch bei diesem Thema des Stellenwertes der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland bewusst sein, denn chronisch einsame Menschen können stark von frühzeitiger Hilfe profitieren.

Autoren

**M. Sc. Susanne Bücken und
Prof. Dr. phil. Maika Luhmann**

sind an der Fakultät für Psychologie der Ruhr-Universität Bochum in der Arbeitseinheit Psychologische Methodenlehre tätig.

DGPPN KONGRESS 2018

Symposium
Einsamkeit in der transkulturellen
psychiatrischen Versorgung
28.11.2018 | 15:30 bis 17:00 Uhr

Grüne Welle für Patienten

Kirsten Kappert-Gonther ist Psychiaterin und Politikerin: Die Bundestagsabgeordnete der Grünen kennt das Gesundheitssystem genau und setzt sich für eine patientenorientierte, sektorenübergreifende Versorgung ein. DGPPN-Präsident **Arno Deister** sprach mit ihr über den Stellenwert psychischer Erkrankungen auf der politischen Agenda, zukunftsfähige Konzepte für das Gesundheitswesen und über Suchtprävention.

D: Wir haben uns im letzten Herbst beim Weltkongress der Psychiatrie kennengelernt, kurz nachdem Sie erstmals in den Deutschen Bundestag gewählt worden sind. Welche Erfahrungen haben Sie in der Zwischenzeit als Privatperson, aber eben auch als Psychiaterin und Psychotherapeutin in der Gesundheitspolitik gemacht?

KG: Mir als Mensch geht es super. Ich bin glücklich, wie die Fraktion mich willkommen geheißen hat, und freue mich sehr, dass ich meine Lieblingsthemen – Versorgung, Prävention, Drogenpolitik und ein paar kulturpolitische Themen – für die grüne Bundestagsfraktion verantworten darf. Natürlich bin ich auch sehr zufrieden damit, dass die Medien an meinen Positionen zu diesen Themen sehr interessiert sind und sie aufgreifen. Als Bürgerin unseres Landes finde

ich allerdings den Rechtsruck, den wir gerade in der Politik erleben, erschreckend und zutiefst beunruhigend. Nicht nur weil es uns ernst ist mit dem Schutz der Rechte unserer Patienten, welche eben auch zu einer Minderheit gehören, müssen wir uns für die Vielfalt einsetzen und die offene Gesellschaft verteidigen.

D: In den letzten Jahrzehnten haben wir uns eigentlich der Hoffnung hingegeben, dass diese Themen durch sind. Nun stellen wir fest: Nein, diese Dinge sind alle noch da und sie kommen immer wieder. So zum Beispiel beim Entwurf des Bayerischen PsychKHG, wo persönliche Daten von psychiatrischen Patienten einschließlich ihrer Diagnose über Jahre gespeichert und für öffentliche Behörden zugänglich gemacht werden sollten.





Vor den Kulissen des Deutschen Theaters in Berlin stand die Versorgung der Zukunft im Mittelpunkt.

KG: Die Pläne der Bayerischen Landesregierung haben glücklicherweise massiven Gegenwind erfahren. Meiner Meinung nach sind wir da gerade als Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sehr gefragt. Und zwar nicht nur für unsere Patienten, sondern für die Gesellschaft insgesamt. Diese Verächtlichmachung von Minderheiten trifft längst nicht nur Menschen mit psychischen Erkrankungen.

D: Als Psychiater ist die Kommunikation mit Menschen unser Alltag und wir sind auch ein Stück Kommunikations- und vor allen Dingen Beziehungsprofis. Ist das etwas, das Sie in Ihrer politischen Arbeit nutzen können? Oder gibt es da auch Berührungspunkte?





KG: Was mir sehr zugute kommt, ist die Erfahrung damit, mich angstfrei in professionelle Beziehungen zu begeben. Auch hilft mir meine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapieausbildung dabei, zu erkennen, wann ich als Person und wann ich in meiner Funktion gemeint bin. Das macht mir den Umgang mit zum Teil sehr abwertenden Angriffen von politischen Gegnern leichter. Andererseits kenne ich es auch, dass mir gesagt wird: „Ja, nicht, dass du jetzt gleich denkst, dass ...“. Und dann sage ich immer: „Nö, das denke ich nur, wenn vorher die Karte eingelesen wurde.“ (lacht).

D: Nun kommen Sie nicht von irgendwoher, Sie kommen aus Bremen. Als Bremen 1980 infolge der Psychiatrie-Enquête beschloss, eine Langzeitklinik, die 300 Betten fassende Psychiatrie im Kloster Blankenburg außerhalb der Stadt, aufzulösen und die Menschen wieder in die Gemeinde zu bringen, schrieb es Psychiatriegeschichte. Was konnten Sie aus Ihrer Zeit in der Bremer Bürgerschaft mitnehmen?

KG: Bremen ist ja nicht nur eine besonders schöne Stadt, sondern auch ein sehr kleines Bundesland bestehend aus Bremen und Bremerhaven. Dadurch sind Krankenhaus- und Versorgungsplanung auf einen kleinen Radius begrenzt, was optimale Laborbedingungen für neue Ideen bietet. Ich war sechs Jahre im Landtag in Bremen unter anderem für das Thema Gesundheits- und Psychiatriepolitik zuständig. Da ich den Eindruck hatte, dass die gemeindepsychiatrische Entwicklung der 1980er Jahre etwas neuen Rückenwind gebrauchen konnte, haben wir den Antrag „Weiterentwicklung der Psychiatriereform in Bremen – ein gesundheitspolitisches Zukunftskonzept“ eingebracht, welcher dann vom Parlament einstimmig angenommen wurde. Dabei habe ich natürlich auf den Errungenschaften der frühen sozialpsychiatrischen Bewegungen in Bremen und meiner eigenen sozialpsychiatrischen Sozialisation aufbauen können – meine Facharztweiterbildung habe ich bei Klaus Dörner in Gütersloh gemacht.

D: Klaus Dörner ist einer der großen Vertreter der Sozialpsychiatrie und seine Grundsätze prägen uns bis heute. Der sozialpsychiatrische Ansatz fokussiert die Vernetzung und ist insbesondere auf die Versorgung von Menschen mit schweren und chronischen Erkrankungen ausgerichtet. Ein weiterer Grundsatz der Sozialpsychiatrie war „ambulant vor stationär, ambulant statt stationär“. Nun stehen wir häufig vor der Herausforderung, Fälle, die „ambulant und stationär“ erfordern, abzustimmen und zu sichern, sodass Brüche in der Behandlung vermieden werden. Ist das ein Thema, das Sie befördern wollen?

„Wenn wir vom Patienten aus denken,
brauchen wir eine setting-
unabhängige Behandlung.“

Arno Deister

KG: Aus meiner Sicht ist es entscheidend – überall in der Medizin, aber in der Psychiatrie ganz besonders –, dass wir die Grenzen zwischen den Sektoren endlich auflösen. Diese Brüche, so habe ich es im Rahmen meiner Arbeit im Klinik-, Reha- und Vertragsarztbereich immer erfahren, schaden ei-

ner am Patienten orientierten Versorgung. Denn wenn wir dem Bedarf und den Bedürfnissen der Betroffenen folgen wollen, darf es nicht um ein Entweder-Oder der verschiedenen Sektoren gehen, sie alle spielen eine wichtige Rolle in der Versorgung und müssen gut miteinander verbunden sein. Gerade angesichts der Leistungsverdichtung in den Krankenhäusern müssen die ambulanten, lebenswelt- und quartiersbezogenen Angebote ausgebaut werden, um Konflikte und Krisen frühzeitig abzufedern. Die Qualität der Versorgung, gerade für die schwer und chronisch Kranken, entscheidet sich in der Lebenswelt. Und wenn es dennoch zu einer krisenhaften Zuspitzung kommt, die eine stationäre

Behandlung notwendig macht, muss diese gut eingebunden sein in das Vorher und Nachher.

D: Wenn wir über setting- oder sektorenübergreifende Versorgung reden, denken wir eigentlich wieder von der Institution her. Aber wenn Sie sagen, dass wir vom Patienten aus denken sollten, brauchen wir letztlich eine settingunabhängige Behandlung. Dafür müssen wir Qualitätskriterien definieren, die unabhängig vom Setting gelten. Und der Kern dessen kann doch nur das Bedürfnis des Patienten, letztendlich der Bedarf sein – was nicht immer das Gleiche ist. Deshalb sprechen wir lieber von Versorgungsplanung und nicht von Bedarfsplanung. Mit dem PsychVVG hat uns die Politik Möglichkeiten in diese Richtung eröffnet. Nun ist die Frage, wie wir diese umsetzen.

„Es darf nicht um ein Entweder-Oder der verschiedenen Sektoren gehen.“

Kirsten Kappert-Gonther

KG: Ich finde es einen guten Ansatz, dass im PsychVVG die stationsäquivalente Behandlung ermöglicht wird und stationär arbeitende Teams befähigt und dafür bezahlt werden sollen, dass sie in die lebensweltbezogenen Settings hineingehen und sich mit den Anbietern vor Ort vernetzen. Schlau finde ich auch den Ansatz, budgetäre Bezahlungen vom Individuum zu lösen, um die wirtschaftlichen Anreize für Sektorenbrüche abzuschaffen.

D: Dafür brauchen wir Veränderungen in der Organisation des Gesundheitswesens, vor allem der Personalbemessung, die für die Sprechende Medizin einen zentralen Teil darstellt. Denn es hat sich auch unsere Haltung ganz stark verändert. Die Autonomie des Menschen ist heute wesentlich in unserer Behandlung verankert. Sie erfordert aber auch eine angemessene personelle Ausstattung.

KG: Als Psychiater und Psychotherapeuten sollten wir natürlich Eigenverantwortung und vor allem auch Individualität und Selbstakzeptanz fördern. Autonomie bedeutet für mich gerade auch, dass wir mit unserer Hilfeleistung Menschen



im Sinne des *Recovery*-Konzepts befähigen, irgendwann wieder außerhalb des Systems leben zu können. Die, die dauerhaft unsere Hilfe benötigen, müssen so unterstützt werden, dass sie möglichst viele Alltags- und Autonomieerfahrungen machen können. Wir dürfen die Menschen nicht im Stich lassen, sondern müssen sie zur Selbstständigkeit befähigen.

„Die Autonomie des Menschen in der Behandlung ist wesentlich. Sie erfordert eine angemessene personelle Ausstattung.“

Arno Deister

D: Wir haben den Eindruck, dass auch die Politik sich dieser gesellschaftlichen Aufgabe stellen möchte. Erstmals wurden in einem Koalitionsvertrag psychische Erkrankungen als Volkskrankheiten bezeichnet. Sie gehören also nicht in eine Nische, sondern sind ein zentraler Bestandteil der Gesundheits-, Sozial- und auch Forschungspolitik. Wie sehen Sie die Chancen, dass das auch dauerhaft so bleibt?

KG: Ich hoffe doch gut. Ich vermute, dass es im Deutschen Bundestag niemanden gibt, der nicht irgendwo im Freundes- oder Familienkreis oder selbst schon einmal eine psychische Krise erlebt hat. Es ist keine Schande mehr zu sagen: „Und dann habe ich mir therapeutische Hilfe gesucht.“ Mir ist es ein Anliegen, noch stärker die Wahrnehmung zu fördern, dass psychische Erkrankungen auch deshalb zunehmen, weil sich unsere Lebensgestaltung und -wirklichkeit verändert hat. Denn gerade depressive Erkrankungen hängen stark mit dem Verlust von Verbindung und Verbindlichkeit zusammen – und zwar Verbindung zu sich selbst, zu Freunden und Familie, aber auch zur Natur, zu Gemein Sinn und Werten. Ich finde, es ist eine Chance, wenn es sowohl der Fachgesellschaft als auch der Politik gelingt, diesen Aspekt stärker ins Bewusstsein zu holen. Denn da helfen ja nicht Tabletten, sondern verbindlichere Gemein sinnstrukturen.

D: Wenn wir darüber sprechen, wie man es schafft, dass psychische Erkrankungen gar nicht erst auftreten, müssen

wir auch über Suchtprävention reden. Hierzu haben Sie vor kurzem einen Antrag zum Verbot von Außenwerbung für Tabak in den Bundestag eingebracht. Und beim Thema Cannabis vertreten Sie und Ihre Partei die Position, dass eine Legalisierung und kontrollierte Abgabe von Cannabis den Jugend- und Gesundheitsschutz fördert.

KG: Ich arbeite seit 25 Jahren auch suchtmedizinisch und habe in meiner Praxis viele, gerade junge Menschen mit Psychosen behandelt. Bis vor einigen Jahren habe ich unter diesem Eindruck das Verbot von Cannabiskonsum für richtig gehalten. Nachdem ich jedoch verstanden habe, dass die Bedingungen der Prohibition und des Schwarzmarktes die Gesundheitsrisiken nicht vermindern, sondern verstärken, habe ich meine Position geändert. Heute fordere ich aus voller Überzeugung die kontrollierte Freigabe von Cannabis. Auf dem Schwarzmarkt gibt es keinen Jugend- und Gesundheitsschutz: Der Dealer fragt nicht nach dem Ausweis. Wir brauchen eine effiziente Qualitätskontrolle und wir müssen uns angesichts der Konsumentenzahlen eingestehen, dass die Kriminalisierung des Cannabiskonsums rein gar nichts nutzt.

„Gerade depressive Erkrankungen hängen stark mit dem Verlust von Verbindung und Verbindlichkeit zusammen.“

Kirsten Kappert-Gonther

D: Es ist sicherlich nicht unsere primäre Aufgabe, den strafrechtlichen Umgang mit Cannabis zu bewerten, auch wenn wir durchaus sehen, dass ein bloßes Verbot die Probleme nicht löst. Die Freigabe des Besitzes oder des Erwerbs zum eigenen Verbrauch ist aber vielmehr eine gesellschaftliche Frage, die politisch entschieden werden muss. Als Fachgesellschaft müssen wir auf die erheblichen gesundheitlichen Risiken des Cannabiskonsums und dessen Folgen für das medizinische Versorgungssystem aufmerksam machen. Wir denken, dass man jetzt schon viel mehr in Aufklärung, Prävention und geeignete Behandlungsmöglichkeiten für die Sucht- und Folgeerkrankungen bei Cannabiskonsum investieren müsste.

KG: Ich empfehle keinem Jugendlichen oder Erwachsenen, Cannabis zu konsumieren. Nur müssen wir uns der Realität stellen: Es wird konsumiert und dann sollen erwachsene Menschen autonom und frei entscheiden können, was sie konsumieren. Ich persönlich interessiere mich nicht so sehr für Suchtmittel, ich stehe da eher auf Kultur – Theater, Oper – das sind für mich tolle Rauscherfahrungen (lacht). Ich halte sowohl die Erfahrung, selbst kreativ zu sein, als auch die Erfahrung, Kunst und Kultur zu genießen, für etwas, das unserer Seele guttut und auch präventiv wirkt. Wir kennen das aus der Behandlung, dass insbesondere die Musik- und Kunsttherapie sehr wirksam ist und aus meiner Sicht unterschätzt wird. Ich fände es richtig, wenn wir diese nicht-medikamentösen Therapien viel mehr in den Blick nehmen würden und fordere deshalb, die künstlerischen Therapien auch erstattungsfähig zu machen. Es macht Sinn darüber nachzudenken, was wir dem Verlust von Verbindung und Verbindlichkeit relativ frühzeitig entgegensetzen können.

D: Psychiatrie und Psychotherapie ist Beziehungsmedizin. Das Bedürfnis nach Beziehung, nach Kreativität, nach Kultur, nach Ganzheitlichkeit wahrzunehmen und zu fördern, ist wahrscheinlich der Kern unseres Faches. Und ich finde immer auch, das, was uns von anderen Fächern unterscheidet.

KG: Darum ist unser Fach auch das schönste Fach in der Medizin (lacht).

Dr. med. Kirsten Kappert-Gonther

ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie und seit 2017 Bundestagsabgeordnete der Grünen. Sie ist Sprecherin für Gesundheitsförderung und Drogenpolitik ihrer Fraktion mit Sitz im Gesundheitsausschuss. Von 2011 bis 2017 war sie Mitglied der Bremischen Bürgerschaft und zuständig für Gesundheits-, Kultur- und Religionspolitik. Seit 2002 ist sie Mitglied von Bündnis 90/Die Grünen.

Prof. Dr. med. Arno Deister

ist Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Neurologie. Er ist Chefarzt des Zentrums für Psychosoziale Medizin in Itzehoe und seit 2017 Präsident der DGPPN.

DGPPN KONGRESS 2018

Symposium

Wie können ambulant und stationär tätige
Psychiaterinnen und Psychiater noch besser
zusammenarbeiten?

30.11.2018 | 10:15 bis 11:45 Uhr



VIER TAGE PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Vom 28. November bis 1. Dezember 2018 trifft sich die Fachwelt wieder zu Europas größtem Kongress für Psychiatrie in Berlin.

Jetzt auf
www.dgppnkongress.de
anmelden.



DIE WELT VON MORGEN

Die Psychiatrie und Psychotherapie der Zukunft

Unter diesem Motto lädt der DGPPN Kongress an vier Kongresstagen zu 650 Einzelveranstaltungen, 36 State-of-the-Art-Symposien und 80 Workshops ein und öffnet die Türen für einen Wissenstransfer auf höchstem Niveau. Ein beliebter Treffpunkt für den interdisziplinären Austausch von Fachleuten und Nachwuchs und ein fester Termin in jedem Kalender.

Wie tickt die Welt und was erwartet uns morgen? Die Fragen und Herausforderungen unserer Gesellschaft beschäftigen auch die Psychiatrie. Keine medizinische Disziplin reagiert so unmittelbar auf gesellschaftliche, soziale und politische Entwicklungen wie Psychiatrie und Psychotherapie. Was den Menschen bewegt, bewegt auch die Psychiatrie. Blicken wir in die Zukunft, können wir die Auswirkungen einer omnipräsenten digitalen Welt nur erahnen. Aber ist die digitalisierte, automatisierte Welt eher Hilfe oder Last und wie wirkt sich die permanente Abrufbereitschaft auf die psychische Gesundheit aus?

Während sich der Mensch in unserer hochkultivierten Welt mehr und mehr der Selbstoptimierung hingibt, bestimmen Effizienz, Rentabilität und Messbarkeit auch zunehmend die Praxis der modernen Medizin. Was dieser Dualismus für die Versorgung bedeutet und wie Psychiater und Psychotherapeuten künftig Menschen mit psychischen Erkrankungen behandeln werden, soll der DGPPN Kongress 2018 aufzeigen. Insbesondere wirft der diesjährige Kongress Schlaglichter auf die Identität des Faches selbst sowie auf folgende Themen: Innovation, Prävention, schwere psychische Erkrankungen, E-Mental-Health und Psychotherapieforschung.

Kultur und Hauptstadtflair erleben

Dynamisch und gastfreundlich, tolerant, vielseitig und kreativ, so lässt sich Berlins Rhythmus beschreiben. Über ein Vierteljahrhundert nach dem Mauerfall und der Wiedervereinigung pulsiert Berlin als weltoffene Metropole mit eigenem Lebensgefühl im Herzen Europas. Kaum eine Stadt hat eine so bewegende Geschichte durchlebt, kaum eine Stadt hat sich so schnell verändert – und erfindet sich immer wieder neu. Das Lebensgefühl und die Bereitschaft zum permanenten Wandel machen Berlin zum idealen Ort für das Spitzentreffen der Psychiatrie und Psychotherapie.

Wissenstransfer für die Praxis

Der DGPPN Kongress bietet die Möglichkeit, die eigenen Fachkenntnisse auf den neuesten Stand zu bringen. Nationale und internationale Experten aus Klinik und Praxis stellen neue Entwicklungen und persönliche Erfahrungen aus Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation psychischer Erkrankungen vor. Zukunftsforscher geben Einblick in die Arbeits- und Freizeitwelt von morgen und zeigen, welche Auswirkungen sie auf die psychische Gesundheit hat. Parallel vermittelt die Akademie für Fort- und Weiterbildung mit über 80 CME-zertifizierten Workshops und 36 State-of-the-Art-Symposien geballtes praxisrelevantes Wissen auf höchstem Niveau.

Kunst und Psyche

Psychische Erkrankung, Kreativität und Kunst sind eng miteinander verbunden. Auch in diesem Jahr wird das Kongressprogramm von diversen Ausstellungen, Filmen und Lesungen begleitet. Engagierte Antistigma- und Aufklärungsarbeit beweisen u.a. die gemeinsame Ausstellung aller deutschsprachigen Psychiatriemuseen *Verortungen der Seele*, das Fotoprojekt und Dokudrama *Gesicht zeigen* über die beeindruckende Geschichte des Außenseiterkünstlers Gustav Messmer sowie die Lesung der an Schizophrenie erkrankten Autorin Christiane Wirtz. Der sensible Film *Berührungsängste – junge Menschen begegnen sterbenden Menschen* setzt sich mit dem Lebensende auseinander und lässt den Zuschauer nahe an den Sterbenden und seine Begegnung mit dem Tod kommen. Der Projektverantwortliche Christian Schulz-Quach stellt sich in der anschließenden Diskussion den Fragen des Publikums.

Auf einen Blick

- 28. November bis 1. Dezember 2018 | CityCube Berlin
- Rund 9000 Teilnehmer
- Über 650 Einzelveranstaltungen
- Fort- und Weiterbildungsakademie mit rund 80 Workshops
- CME-zertifiziert

DGPPN Kongress 2018: der Expertengipfel in Berlin



Jens Spahn
Bundesminister für Gesundheit
■ Grußwort



Jutta Allmendinger
■ Zur Fähigkeit der Selbstkritik – die Menschen in Deutschland und ihr Vermächtnis



Katrin Amunts
■ Gehirn, Computer und Erkenntnis – neue Ansätze und Perspektiven für die Klinik



Ulrike Bingel
■ Die Macht der Erwartung: Grundlagen und klinische Implikationen von Placebo- und Noceboeffekten



David M. Clark
■ Thrive: How better psychological therapy provision transforms lives and saves money



Tom Craig
■ Discussions with voices: the AVATAR clinical trial



Klaus Dörre
■ Gesellschaftliche Ursachen für Prekarität – Armut, Stigmatisierung und Auswirkungen auf die psychische Gesundheit



Heiner Fangerau
■ Hirnforschung in der Zeit des Nationalsozialismus



Margot Friedländer
■ Gespräch mit der Holocaust-Zeitzeugin



Axel Karenberg
■ Kreativität, Krise und Klavierkonzert: Die erfolgreiche Psychotherapie des Sergei Rachmaninoff im Jahr 1900



Merete Nordentoft
■ Achievement and future perspectives for the early intervention in psychoses



Swaran Singh
■ From early intervention to transition

Highlights aus dem Programm

So vielseitig wie das Fach der Psychiatrie und Psychotherapie ist auch das Kongressprogramm. Im Mittelpunkt stehen biologische, psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Inhalte sowie gesundheitspolitische, gesellschaftliche und kulturelle Themen.

Kulturdifferente Aspekte seelischer Belastung bei Geflüchteten

Vorsitz: Iris Tatjana Graef-Calliess, Yesim Erim
Referenten: Maria Böttche, Umut Altunöz, Yesim Erim, Ute Rokyta

Alt gewordene Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Vorsitz: Christian Lange-Asschenfeldt, Vjera Holthoff-Detto
Referenten: Christian Jagsch, Jens Benninghoff, Christian Lange-Asschenfeldt, Annette Richert

Psychopharmaka und Suizidalität

Vorsitz: Ute Lewitzka, Tom Bschor
Referenten: Tom Bschor, Ute Lewitzka, Christoph U. Correll

Ein neuer Umgang mit Absetz- und Entzugsproblemen bei Antidepressiva und Neuroleptika

Vorsitz: Andreas Heinz, Peter Lehmann
Referenten: Peter Lehmann, Jann E. Schlimme, Iris Heffmann, Martin Voss

Antisoziale Persönlichkeitsstörungen/Psychopathie : Schuldfähigkeit und Maßregeln im internationalen Vergleich

Vorsitz: Henning Saß, Alan Felthous
Referenten: Henning Saß, Elmar Habermeyer, Thomas Stompe, Alan Felthous

Wie entstehen Zwangsmaßnahmen und wie können wir sie reduzieren?

Vorsitz: Andreas Bechdorf, Tilman Steinert
Referenten: Tilman Steinert, Matthias Jäger, Lieselotte Mahler, Andreas Bechdorf

Reproduktionsmedizin und Psychiatrie – aus der neuen Welt

Vorsitz: Catrin Mautner, Iris Hauth
Referenten: Heribert Kantenich, Tewes Wischmann, Catrin Mautner, Almut Dorn

Umgang mit Todeswünschen bei Palliativpatienten

Vorsitz: Raymond Voltz, Klaus Maria Perrar
Referenten: Raymond Voltz, Klaus Maria Perrar, Thomas Montag, Kerstin Kremeike

GENERATION PSY

Lecture: Von den Geschlechtsorganen des Aals zur Traumdeutung: Sigmund Freuds Weg zur Psychoanalyse
Christfried Tögel

Meet-the-expert: Psychopathologie – brauchen das junge Psychiater noch?
Thomas Fuchs

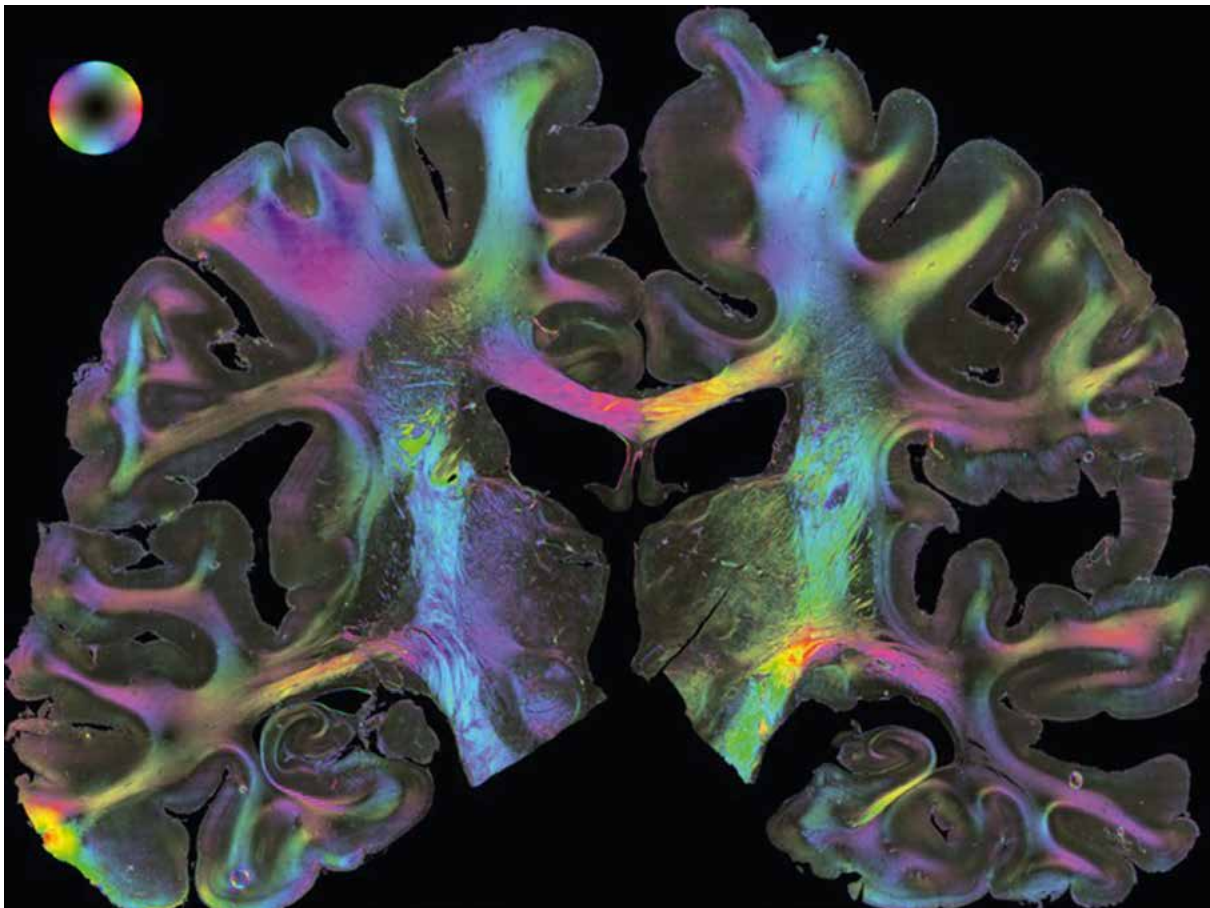
Symposium: #EpicFail – wir müssen über Fehler reden

Praxisworkshop: Mit Fug und Recht – was ich schon immer zu Rechtsfragen der Psychiatrie wissen wollte
RA Albrecht Wienke

Das gesamte
Programm auf einen Blick
www.dgppnkongress.de

Die Vermessung des Gehirns

Was eine Landkarte für die Orientierung des Wanderers ist, soll in Zukunft ein multimodaler dreidimensionaler Atlas für unser Verständnis über das Gehirn und seine Erkrankungen sein. Die Neurowissenschaftlerin und wissenschaftliche Leiterin des *Human Brain Project* Katrin Amunts beschäftigt sich damit, welche Möglichkeiten sich durch die Kartierung unseres Gehirns ergeben.



Nervenfaserverbindungen im Gehirn, sichtbar gemacht mit *Polarized Light Imaging* (PLI)

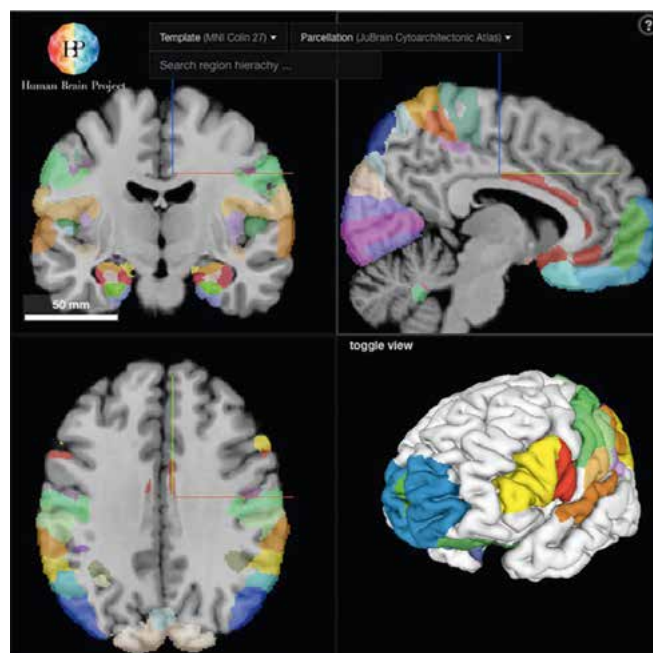
So, wie eine Landkarte die Verbindung zwischen zwei Punkten ausweist, Auskunft darüber gibt, wie die Beschaffenheit des Terrains ist oder wo sich die nächste Abzweigung befindet, soll ein Gehirnatlas das Wissen über unser komplexestes Organ bündeln, ortsgenau abbilden und Verbindungen zwischen den verschiedenen Ebenen der Gehirnorganisation aufzeigen. Möchte man Informationen über einen Bereich des Gehirns von der Zellarchitektur über die Genexpression bis hin zu den funktionellen Aktivitätsmustern erhalten, soll dies in Zukunft mithilfe weniger Klicks im Gehirnatlas möglich sein. Das soll dazu beitragen, die Mechanismen, denen unsere Hirnorganisation zugrunde liegt, zu entschlüsseln. Gelingt dies, so können daraus neue Erkenntnisse über Erkrankungen des Gehirns erwachsen.

Die Erstellung dieses Atlases als Teil der Neuroinformatik-Plattform ist eines der Ziele des *Human Brain Project* (HBP). Als eines von zwei Flaggschiffprojekten wird das HBP seit 2013 von der Europäischen Kommission mit einer Laufzeit von zehn Jahren gefördert. Insgesamt sind mehr als 500 Forscher an 117 Institutionen in 19 Ländern unmittelbar daran beteiligt. Der Atlas ist Teil einer umfassenden computergestützten Forschungsinfrastruktur für Wissenschaftler, die im HBP von Forschern und IT-Experten gemeinsam entwickelt wird. Die Idee: Um besser zu verstehen, wie die etwa 86 Milliarden Nervenzellen aufgebaut und miteinander verbunden sind und wie die Signale zwischen ihnen übertragen werden, nutzt die Wissenschaft das Potenzial der Informationstechnologie und hochleistungsfähiger Computer. Die Analyse großer Datenmengen, z. B. mit *Deep Learning*, trägt dazu bei, die komplexen Zusammenhänge zu erfassen und das Zusammenspiel der verschiedenen Ebenen der Hirnorganisation zu begreifen. Simulationen der Interaktion von Rezeptoren mit ihren Liganden können dazu beitragen, neue therapeutische Targets zu entwickeln. Die gewonnenen Erkenntnisse helfen darüber hinaus dabei, neue Technologien zu

befördern, z. B. im Bereich des neuromorphen Computing, der künstlichen Intelligenz und der Robotik.

Der Atlas ist online zugänglich, damit Forscher und Kliniker überall auf der Welt die Möglichkeit erhalten, auf die Datensammlung zuzugreifen, ihre Daten auszutauschen und Simulationen durchzuführen. Er wird in den nächsten Jahren mehr und mehr mit Informationen gefüllt werden und neue Werkzeuge zur Analyse und Visualisierung bereitstellen.

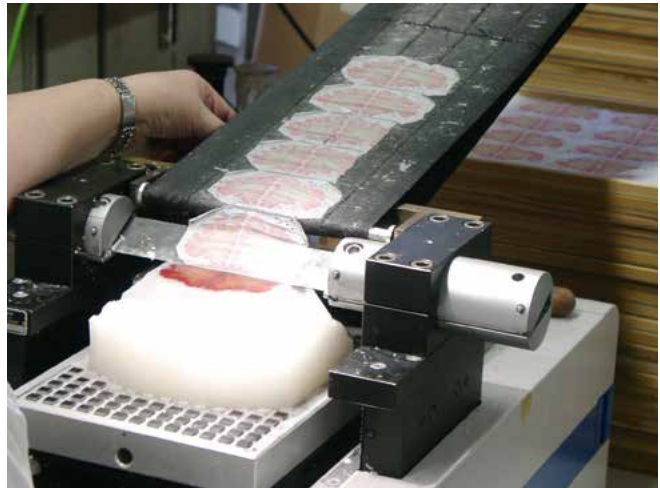
Wichtige Vorarbeit ist bereits am Forschungszentrum Jülich durch die Entwicklung des Atlases *JuBrain* und des Referenzgehirns *BigBrain* geleistet worden. *JuBrain* basiert auf der Kartierung von Hirnarealen in jeweils zehn post-mortem untersuchten Gehirnen. Es führt die Pionierarbeit des



Der online zugängliche Atlas des *Human Brain Project*

Neuroanatomen Korbinian Brodmann weiter, der als Erster anatomisch unterscheidbare Areale identifizierte und systematisch Region für Region kartierte. Bei *BigBrain* handelt es sich um ein sogenanntes Referenzgehirn, das Forschergruppen nutzen können, um ihre Daten und Befunde innerhalb von Hirnarealen und kortikalen Schichten ortsgenau abzubilden. Für seine Erstellung wurde in einem mehrjährigen Projekt das Gehirn eines Körperspenders in 7.400 Scheiben von 20 µm Dicke geschnitten, gefärbt, eingescannt und digital wieder zusammengefügt. Dementsprechend hochauflösend ist das Hirnmodell. Die Modelle bieten auch Möglichkeiten für die klinische Arbeit. So können sie zur Messung der abnehmenden Hirnrindendicke bei neurodegenerativen Erkrankungen oder für eine genauere Platzierung der Elektroden zur tiefen Hirnstimulation bei Parkinsonpatienten zum Einsatz kommen. Das Ziel der weiteren Arbeit im *Human Brain Project* ist es, die Auflösung dieser bestehenden Atlanten bis auf die Zellebene zu verfeinern und mit zusätzlichen Informationen, z. B. über Genexpression, Rezeptorverteilung oder funktionellen Daten aus Aktivierungsstudien zu verknüpfen.

Ähnlich wie bei Online-Kartendiensten, wo Nutzer interaktiv die Karte mit neuen Informationen füttern, können Kliniker und Wissenschaftler weltweit die Plattformen des HBP für ihre Forschung nutzen, neue Daten in ein gemeinsames Referenzsystem einbringen, analysieren und teilen. Bisher sind sechs Plattformen in einer vorläufigen Testfassung zugänglich und werden derzeit zu einer einzigen Plattform integriert. Eine davon ist die *Medical Informatics Platform*, die mit verschiedenen Kliniken in Europa kooperiert, um Patientendaten für die wissenschaftliche Forschung zu erschließen, ohne dass diese Daten das Krankenhaus verlassen müssen. Auch über die Projektlaufzeit 2023 hinaus soll die so entstehende föderierte europäische Forschungsinfrastruktur für Nutzer weltweit offenstehen. Dies wäre eine neue Weise, der Komplexität des Gehirns – von der Molekül- bis zur Netzwerkebene – zu begegnen. Die Forscher des HBP freuen sich über die Testung und über Feedback zur Plattform und laden die wissenschaftliche und klinische Community ein, mit ihnen in Dialog zu treten, um gemeinsam Projekte zu planen.



Aus über 7400 eingescannten Hirnschnitten entstand das 3D-Modell *BigBrain*.

DGPPN KONGRESS 2018

Lecture | Katrin Amunts
Gehirn, Computer und Erkenntnis – neue
Ansätze und Perspektiven für die Klinik
28.11.2018 | 13:30 bis 14:30 Uhr

3 Fragen an Katrin Amunts

Was können wir aus den Forschungsergebnissen des HBP für das Verständnis der Entstehung psychischer Erkrankungen ableiten?

In unserem Projekt arbeiten vier große neurowissenschaftlich ausgerichtete Teilprojekte, deren Forschung zum Teil auch psychische Krankheitsbilder berührt. Ein weiteres Teilprojekt versucht mit Ansätzen aus der Informatik, neurologische und psychiatrische Erkrankungen zu adressieren. Der Ansatz im HBP geht allerdings über die einzelnen Befunde hinaus. Im HBP wollen wir gezielt die Ebenen der Hirnorganisation überbrücken, von der molekularen bis zur systemischen und kognitiven Ebene, und gleichzeitig eine bleibende Forschungsinfrastruktur schaffen, die es für Wissenschaftler aus der Grundlagenforschung, aber auch für Ärzte, klinische Forscher oder Neuropsychologen weltweit einfach macht, ihre gewonnenen Daten mit anderen Aspekten der Hirnorganisation zu verknüpfen und daraus neue Erkenntnisse abzuleiten.

Was bedeutet das konkret?

Ein Beispiel aus der Depressionsforschung: In histologischen Studien für unseren Atlas *JuBrain* hatten wir vor einiger Zeit zwei neue Areale beschrieben – ein laterales und ein mediales Areal im Frontalpol. Bei Ersterem stellte sich heraus, dass es bei depressiven Probanden in seinem Volumen verkleinert ist. Gleichzeitig wissen wir von Studien an gesunden Probanden, dass das mediale Areal mit der Emotionsverarbeitung

in Verbindung steht. Um die genetischen Korrelate dieser Befunde zu identifizieren, haben wir ein Tool entwickelt, das es sehr einfach macht, solche Befunde räumlich präzise mit Genexpressionsdaten des *Allen Institutes* in Seattle abzugleichen. Damit konnten wir Gene identifizieren, die in genau diesem Areal signifikant hochreguliert sind. Das Tool mit dem Namen *JuGEx* steht nun jedem Forscher als Teil der HBP-Infrastruktur zur Verfügung. Nach und nach wird es so also besser möglich, die Kausalkette von den Genen zur Kognition zu verfolgen.

Wird es zukünftig möglich sein, dieses Modell heranzuziehen, um Diagnostik und Früherkennung durchzuführen oder sogar Behandlungserfolge psychotherapeutischer Methoden abzulesen?

Ich denke, die Fortschritte sind auf etwas komplizierterem Weg zu erwarten. Was wir bauen, sind wesentlich bessere Modelle und Simulationen dynamischer Vorgänge des Gehirns. Es gibt Krankheitsbilder, wie Epilepsie und Schlaganfall, bei denen der Simulationsansatz im Projekt sehr erfolgreich eingesetzt wird und zum Teil schon den Sprung in die klinische Testung gemacht hat. Die Arbeiten von Viktor Jirsa aus Marseille sind dafür ein gutes Beispiel. Aber die Vorstellung, komplexe Krankheitsbilder der Psyche sozusagen virtuell nachzuempfinden und konkrete psychotherapeutische Maßnahmen zu bewerten, ist sicher noch in weiter Ferne. Das entscheidende wird sein, dass wir weg müssen von

der Kultur der kleinen Fachkreise, die sich hochspezialisiert nebeneinander in die Tiefe arbeiten, sondern stärker das Gesamtbild in den Blick nehmen und routinemäßig über Disziplingrenzen hinweg kooperieren. Dafür wollen wir das entsprechende „Ökosystem“ schaffen: Auf den Plattformen gibt es Werkzeuge der Neuro- und Medizinischen Informatik, Atlasysteme und vieles mehr, die äußerst leistungsfähig und gleichzeitig so einfach bedienbar sind, dass man sie als Forscher ohne die sonst oft sehr steile Lernkurve nutzen und eigene Daten mit ihrer Hilfe kontextualisieren kann. Alles ist dabei online über unser sogenanntes *Collaboratory* zugänglich. Je mehr wir unsere Modelle verbessern können, desto mehr werden sich auch im Hinblick auf psychische Erkrankungen Zusammenhänge offenbaren, an denen sich therapeutisch ansetzen lässt.



Prof. Dr. med. Katrin Amunts ist Wissenschaftliche Leiterin des HBP, Direktorin des Instituts für Neurowissenschaften und Medizin am Forschungszentrum Jülich sowie am C. u. O. Vogt-Institut für Hirnforschung am Universitätsklinikum der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf



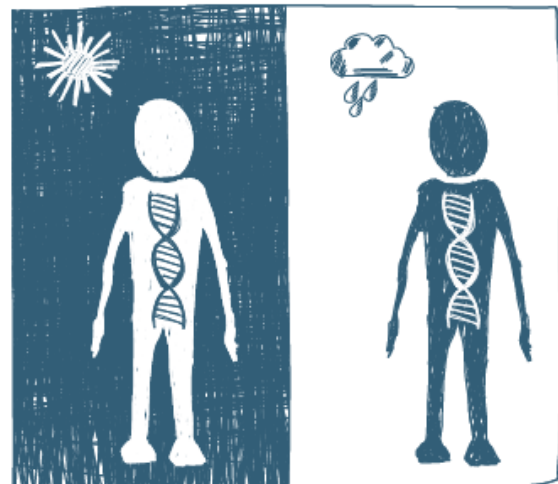
merk-würdig

An dieser Stelle präsentiert *Psyche im Fokus* bemerkenswerte Studienergebnisse und wissenschaftliche Erkenntnisse.

DNA, Depression und das Drumherum

Die Depression gilt mittlerweile als Volkskrankheit. Vor diesem Hintergrund sind die neuesten Forschungsergebnisse eines internationalen Konsortiums umso bemerkenswerter. Basierend auf Daten von 135.000 Betroffenen konnten 30 neue Genvarianten identifiziert werden, die mit Depressionen in Verbindung stehen. Die Ergebnisse zeigen, dass aus genetischer Perspektive kein Unterschied zwischen einer schweren Depression und einer leichten Verstimmtheit auszumachen ist. Vielmehr scheint die Gestaltung der individuellen Umweltbedingungen maßgeblich bei der Krankheitsentstehung. Die Ergebnisse können unmittelbar dazu beitragen, die Wirksamkeit von Therapien weiter zu verbessern.

Quelle: Wray NR et al. (2018) Genome-wide association analyses identify 44 risk variants and refine the genetic architecture of major depression. *Nature Genetics* 50(5): 668–681



GENau hingeschaut

Klischee ade!



Opfer statt Täter

Eine dänische Langzeitstudie hat gezeigt, dass psychisch erkrankte Menschen häufiger Opfer von Straftaten werden. Dies trifft insbesondere auf Gewaltdelikte zu. Dieser Effekt konnte diagnose- und geschlechtsübergreifend festgestellt werden. Am stärksten betroffen sind jedoch Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen und Persönlichkeitsstörungen. Zudem sind Frauen häufiger betroffen als Männer. Einmal mehr konnte somit gezeigt werden, dass psychisch erkrankte Menschen deutlich häufiger Opfer von Gewalt werden, als dass von ihnen eine Gefahr ausgeht. Diese wichtige Erkenntnis ist vor allem in der öffentlichen Debatte um eine potenzielle Gefährlichkeit der Betroffenen von großer Bedeutung.

Quelle: Dean K et al. (2018) Risk of Being Subjected to Crime, Including Violent Crime, After Onset of Mental Illness: A Danish National Registry Study Using Police Data. *JAMA Psychiatry* 75(7): 689–696



Identifikationspotenzial



Psychoserisiko auf dem Schirm

Wissenschaftler aus der Schweiz und Kanada können mittels eines MRT-Verfahrens Gehirnveränderungen im Frühstadium erkennen, die auf eine Psychose hindeuten. Dabei werden die Reaktionen zwischen verschiedenen Hirnwindungen, der *Gyri cerebri*, auf mögliche Beeinträchtigungen untersucht. Verglichen wurden eine Kontrollgruppe mit Personen mit einer ersten psychotischen Episode und Personen mit erhöhtem Psychoserisiko. Anhand struktureller Auffälligkeiten der *Gyri* ließ sich mit über 80-prozentiger Sicherheit für die Risikopatienten vorhersagen, wer später an einer Psychose erkranken würde. Die Forscher hoffen, dass die Ergebnisse zukünftig zu einer Verbesserung der individuellen Risikoprognose beitragen können.

Quelle: Das T et al. (2018) Disorganized Gyrfication Network Properties During the Transition to Psychosis. *JAMA Psychiatry* 75(6): 613–622

DGPPN KONGRESS 2018

Symposium
Frühe Psychosen: Daten zu Klinik,
Therapie und Verlauf
28.11.2018 | 13:30 bis 15:00 Uhr

Alkohol macht früh vergessen

Demenzkrankungen treten zumeist nach dem 65. Lebensjahr auf. Es gibt jedoch auch Betroffene, die früher daran erkranken. Forscher aus Frankreich haben herausgefunden, dass die Hälfte dieser Personen ein Alkoholproblem hat. Durch Auswertung der Klinikdaten von etwa 32 Millionen Einwohnern wurde untersucht, bei wem erstmals eine Demenz diagnostiziert wurde, wenn zeitgleich eine Alkoholabhängigkeit oder Alkoholfolgeerkrankung vorlag. Die Forscher fordern, dass innerhalb der medizinischen Versorgung noch stärker auf problematischen Alkoholkonsum geachtet werden sollte – verbunden mit entsprechenden Therapie- und Behandlungsangeboten. Zusätzlich seien gesundheitspolitische Maßnahmen notwendig, die den Alkoholkonsum in der Bevölkerung reduzieren.

Quelle: Schwarzinger M et al. (2018) Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008–13: a nationwide retrospective cohort study. *Lancet Public Health*, doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30022-7



Angriff aufs Gedächtnis

Prävention neu gedacht

Prävention wird in der Psychiatrie und Psychotherapie der Zukunft eine immer größere Rolle spielen. Nicht von ungefähr hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Prävention psychischer Erkrankungen zu einer ihrer prioritären Zielsetzungen für die nächsten Jahre und Jahrzehnte erklärt. Die Gründe hierfür lassen sich leicht nachvollziehen, wenn man den Stand der epidemiologischen Forschung und der Grundlagenwissenschaft zur Kenntnis nimmt.



Belastungsbilanz psychischer Erkrankungen heute

Psychische Erkrankungen sind in ihrer Gesamtheit häufig, belasten die Betroffenen sowie auch ihre Familien schwer und rufen hohe direkte Behandlungs- und Versorgungskosten sowie noch höhere indirekte Kosten durch wirtschaftliche Produktivitätsverluste infolge von Erwerbsunfähigkeit hervor. Dieser Belastungsdruck wird durch das erhöhte Risiko, das psychische Störungen wie die Depression auch für kardiovaskuläre Pathologien und andere körperliche Volkserkrankungen mit sich bringen, noch erschwert. Die zur Verfügung stehenden Akut- und Langzeittherapien können die vielen Lebensjahre, die durch psychosoziale Behinderungen infolge psychischer Störungen belastet sind, trotz kontinuierlicher Verbesserung der Patientenversorgung bisher nicht verringern. Daher erscheint es unter epidemiologischen Gesichtspunkten nur konsequent, von der Psychiatrie und Psychotherapie eine neue Ausrichtung zu fordern, die sehr viel stärker als bisher präventive Ansätze zur Geltung bringt.

Fortschritte durch neues Krankheitskonzept

Dieselbe Konsequenz ist heute auch aus den Fortschritten der Grundlagenwissenschaft zu ziehen. Zunehmend kommen genetische, epigenetische und umweltbezogene Untersuchungsergebnisse in den Blick, die den Entwicklungspfad psychischer Störungen vor dem jeweiligen Krankheitsausbruch betreffen. Zahlreiche Forschungsprojekte beschäftigen sich mit der Frage, welche molekularen, zellulären oder systemischen Mechanismen vorbestehende Anlage- und Risikofaktoren in psychische Erkrankungen wie Schizophrenie, bipolare Störungen, unipolare Depressionen, Angststörungen, Alzheimer'sche oder Suchterkrankungen überführen. Neue diagnostische und therapeutische Verfahren werden sich dementsprechend nicht mehr so sehr auf die pathophysiologischen Vorgänge bei und nach der Erstmanifestation, sondern mehr auf die dem Krankheitsausbruch vorausgehenden Risikomechanismen beziehen. Folgerichtig soll es schon in dem für die Jahre 2010–2020 ausgerufenen „Jahrzehnt für psychiatrische Störungen“ [1] gelingen, Risikofaktoren wie etwa Urbanizität oder frühe Traumatisierung zu identifizieren, zu verstehen und für Maßnahmen der Primärprävention zu nutzen.

Prävention versus Gesundheitsförderung

Die DGPPN hat auf diese Entwicklungen bereits 2011 mit der Gründung eines neuen Referats für die „Prävention psychischer Erkrankungen“ reagiert. Die Arbeit dieser Einrichtung begann naheliegender Weise damit, die konzeptionel-

len Grundlagen von Prävention zu klären und die von der WHO für psychische Störungen geforderte Präventionsprogramm [2] in die laufenden Diskussionen im deutschen Gesundheitssystem einzuführen.

Dazu mussten zunächst einmal die Besonderheiten dieser neuen Programmatik im Vergleich zur öffentlichen „Förderung seelischer Gesundheit“ in der Denktradition der *Public-Health*-Bewegung herausgestellt werden.

Bei der herkömmlichen Gesundheitsförderung geht es um die Erzeugung von Widerstandskraft für Stressbewältigung im Sinne des Resilienz-Konzepts, um Selbstertüchtigung (*Empowerment*) und Kompetenzentwicklung, um berufliche Integration und Teilhabe am Gemeinschaftsleben. Im Erfolgsfall sollten die dabei benutzten Strategien – etwa die gesundheitliche Aufklärung und Gesundheitserziehung oder die Unterstützung für gefährdete Gruppen – ungünstige Lebensstile wie Substanzkonsum oder belastende Umweltbedingungen wie soziale Desintegration verbessern. Das kann im Einzelfall eine Absenkung von Risikofaktoren und eine Anhebung von Schutzfaktoren bezüglich späterer psychischer Erkrankungen mit sich bringen. Die sich daraus möglicherweise mittel- oder langfristig ergebenden Präventionseffekte werden jedoch bei der Gesundheitsförderung nicht direkt angestrebt und auch innerhalb dieser Programmatik nicht kontrolliert.

Demgegenüber zielt das neu von der WHO aufgelegte Präventionsprogramm nun direkt auf die Verhinderung der einzelnen belastungsrelevanten psychischen Volkserkrankungen durch jeweils störungsspezifische Maßnahmen ab. Die umsetzungsrelevanten Kenntnisse stammen dementsprechend auch nicht aus dem Bereich der öffentlichen Gesundheitsfürsorge, sondern aus dem grundlagenwissenschaftlich fundierten Wissensstand der Psychiatrie und Psychotherapie sowie der Psychosomatischen Medizin. Wie hoch ist die individuelle Gefahr, an einer bestimmten psychischen Störung zu erkranken, und welche evidenzbasierten Maßnahmen stehen zur Verfügung, um den tatsächlichen Ausbruch dieser Störung zu verhindern? Das sind hier die Fragen, die nur von Ärztinnen und Ärzten mit psychiatrisch-psychotherapeutischer Expertise kompetent und verantwortungsbewusst beantwortet werden können.

Des Weiteren galt es, den Präventionsbegriff wieder auf seinen ursprünglichen Sinn, nämlich der Absenkung der Neuerkrankungsrate, also der Inzidenzreduktion, zurück-

Operationale Klassifikation der Krankheitsprävention [3]

Strategien	Charakteristik	Beispiele Körpermedizin	Beispiele Psychiatrie
Universelle Prävention	Angebote an die Allgemeinbevölkerung oder ganze Bevölkerungsgruppen ohne vorherige Risikoidentifikation; für jedes Mitglied geeignete Präventionsmaßnahmen unabhängig vom jeweiligen Erkrankungsrisiko	Trinkwasseroptimierung, Vorschrift von Sicherheitsgurten	Medienkampagnen zur Vermeidung von Substanzmissbrauch
Selektive Prävention	Angebote an Individuen oder Bevölkerungsgruppen mit überdurchschnittlichem Erkrankungsrisiko; Auswahl anhand von psychologischen, biologischen oder sozialen Risikofaktoren	Lebensstilveränderung bei Übergewicht, Bewegungsmangel oder Dauerstress	Psychologische Bewältigungshilfe nach Traumatisierung
Indizierte Prävention	Angebote an Personen, die ein hohes Erkrankungsrisiko besitzen, aber noch keine Diagnosekriterien erfüllen; Identifikation durch Gesundheitstests anhand von biologischen Indikatoren für eine Prädisposition zur Krankheitsentwicklung und/oder die Erkrankung ankündigende Risiko-(Prodromal-)Symptome	Tumorprävention bei Präkanzerose, Infarktprävention bei Stenosen	Schizophrenie-Prävention durch Behandlung von Risikosymptomen

zuführen und damit auf Primärprävention im traditionellen Verständnis zu beschränken. Solche Maßnahmen können sich nach der von der WHO verwendeten operativen Klassifikation der Krankheitsprävention universal auf die Bevölkerung insgesamt beziehen und sich etwa in Resilienzfördernden Schulprogrammen oder stressreduzierender Umgestaltung der Arbeitsabläufe realisieren. Sie können und müssen sich aber auch an den heute immer besser erkennbaren neurobiologischen oder umweltbedingten Risikofaktoren für psychische Krankheitsentwicklung orientieren und dann selektiv an die hierdurch gefährdeten Personen oder Bevölkerungsgruppen richten. Schließlich kann für präventive Maßnahmen auch schon eine ähnliche Dringlichkeit wie für eine indizierte Therapie bestehen. Das

ist beispielsweise dann der Fall, wenn Gesundheitstests etwa bei der klinischen Untersuchung, bei Laborkontrollen oder Untersuchungen mit bildgebenden oder anderen apparativen Verfahren Normabweichungen zutage gefördert haben, die ein sehr hohes Risiko für eine betreffende Erkrankung anzeigen. Auf psychiatrischem Gebiet erweisen sich die Angebote für Rat- und Hilfesuchende im Hochrisikostadium für Psychosen oder bipolare Störungen als geeignete Beispiele für diese Strategie der indizierten Prävention.

Aktuelle Anwendungen der Präventionsstrategien

Anschließend hat das Referat eine groß angelegte Bestandsaufnahme aller bisherigen Anwendungen dieser drei Präventionsansätze bei psychischen Störungen durch-

geführt. Die Ergebnisse umreißen bereits ein separates Wissensgebiets mit eigenen Konzepten und Umsetzungsstrategien und wurden dementsprechend in einem *Handbuch Präventive Psychiatrie* [3] zusammengefasst. Die daraus ersichtliche Anwendungsbreite der universalen, selektiven und indizierten Präventionsstrategie erstreckt sich über eine ganze Reihe, gerade der belastungsintensivsten psychiatrischen Diagnosegruppen. Neben den schizophrenen und anderen psychotischen Störungen sowie den dementiellen Erkrankungen, für die man insbesondere die indizierte Präventionsstrategie bisher am weitesten ausgearbeitet hat, sind auch die psychischen Störungen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter, die Essstörungen, die Angststörung, die posttraumatischen Belastungsstörungen, die depressiven Störungen mit der Suizidproblematik, die bipolaren affektiven Erkrankungen, die Alkohol- sowie die Drogenabhängigkeit und die Nikotinabhängigkeit miteinbezogen.

Nationale Präventionsagenda für psychische Erkrankungen

Die Umsetzung der präventiven Psychiatrie in die Versorgungspraxis befindet sich heute noch in einem sehr frühen Entwicklungsstadium. Das gilt insbesondere für das deutsche Gesundheitssystem, während man in anderen WHO-Mitgliedsländern wie Australien, Nordamerika, Kanada oder England die Präventionsprogrammatik schon deutlich stärker berücksichtigt hat. Erst das 2015 in Kraft getretene Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention lässt erstmals eine deutliche Umorientierung in die Richtung der internationalen Präventionsagenda erkennen. Neben den körperlichen finden dabei jetzt auch psychische Volkserkrankungen wie Depression, Demenz oder Sucht ausdrückliche Berücksichtigung. Von nun an soll es ärztliche Gesundheitsuntersuchungen mit dem erklärten Ziel evidenzbasierter Ermittlungen des jeweiligen persönlichen Risikoprofils und darauf bezogener primärpräventiver Beratungen geben. Diese neuen Umsetzungsmöglichkeiten präventiver Psychiatrie in der hiesigen Versorgungspraxis müssen von der DGPPN aktiv mitgestaltet werden. Das Referat sieht sich dabei als treibende Kraft und möchte diesen Prozess durch eine fortlaufende Wissensvermittlung an alle für die Umsetzung präventiver Psychiatrie relevanten Adressaten begleiten. Dem jährlichen Präventionsforum (§ 20e Abs. 2 SGB V), das die Präventionskonferenz bei der Entwicklung und Umsetzung einer eigenen Nationalen Präventionsagenda für Deutschland berät, wird auf diese Weise zu allen Beratungszeitpunkten

jeweils eine aktuelle Synopsis von bereits erarbeiteten und erfolgskontrollierten sowie auch juristisch, ethisch und ökonomisch bewerteten Präventionsmöglichkeiten von psychischen Erkrankungen zur Verfügung stehen.

Literatur

- 1 o.V. (2010) A decade for psychiatric disorders. *Nature* 463:9
- 2 WHO (2004) Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options.
- 3 Klosterkötter J, Maier W (2017) *Handbuch Präventive Psychiatrie*. Stuttgart, Schattauer Verlag

Autor

Prof. Dr. med. Joachim Klosterkötter

ist Leiter des DGPPN-Referats „Prävention psychischer Erkrankungen“ und war bis 2015 Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln.

Hauptstadtsymposium

„Erkennen, erhalten, schützen: Wie Prävention die psychische Gesundheit stärkt“

27.09.2018 | 10:30 bis 16:00 Uhr
Deutscher Bauernverband
Claire-Waldoff-Straße 7 | 10117 Berlin

Programm und Anmeldung auf
www.dgppn.de

DGPPN KONGRESS 2018

Symposium
Prävention als zentrale Aufgabe von
Psychiatrie und Psychotherapie
28.11.2018 | 13:30 bis 15:00 Uhr

Lesenswert: unsere Neuerscheinungen

Aktuelle Leitlinien, neu erschienene Bücher und druckfrische Nachschlagewerke – die DGPPN hat in diesem Jahr verschiedenste Publikationen herausgebracht und weitere in Planung. Damit Sie keine davon verpassen, hat *Psyche im Fokus* an dieser Stelle einen Überblick zusammengestellt.



Zahlen, Daten, Lebensgeschichten

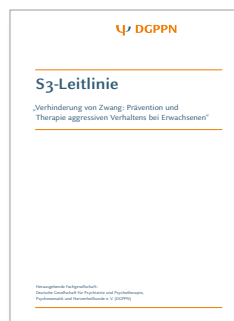
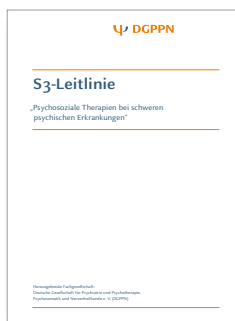
Die DGPPN macht die Gegenwart greifbar und will damit die Zukunft gestalten. Wie? Indem sie Politikern, Journalisten und der Öffentlichkeit alle wichtigen Daten und Fakten rund um die psychiatrische Versorgung in Deutschland kompakt als Publikation an die Hand gibt. Da hinter all diesen Zahlen immer auch Lebensgeschichten stecken, dürfen auch Berichte von Menschen, die mit dem psychiatrischen Versorgungssystem verbunden sind, nicht fehlen. So ist eine sachliche Analyse mit klaren Botschaften entstanden, die aufzeigt, wie und wo es besser laufen könnte. Die neue Drucksache erscheint im Oktober.

Die Kraft des Glaubens

Dass religiöse oder spirituelle Überzeugungen Menschen mit psychischen Erkrankungen schützen, aber auch schaden und den Heilungsprozess aufhalten können, damit beschäftigt sich die neue Publikation *Fallbuch Spiritualität in Psychotherapie und Psychiatrie*. Das Buch, das auf der wissenschaftlichen Arbeit des DGPPN-Referates „Religiosität und Spiritualität“ beruht, stellt den aktuellen Wissensstand zur Bedeutung von Religiosität und Spiritualität in der Psychotherapie vor und macht sensibel für die spirituelle Dimension in Therapie und Beratung.

Teilhabekompass I+II

Nach dem großen Erfolg des ersten Teilhabekompasses (THK) zu beruflichen Integrationsmöglichkeiten bringt die DGPPN nun eine weitere Informationsbroschüre heraus – diesmal zur Sozialen Teilhabe. Der Teilhabekompass II klärt auf, wie Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen die individuelle und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglicht werden kann. Er ist Wegweiser durch den Versorgungsdschungel und gibt einen Überblick über Leistungen und Leistungsanbieter von Sozialer Teilhabe und die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen. Der THK II ist in Kürze online und als Broschüre erhältlich. www.teilhabeKompass.de



Aktuelle Standards für mehr Lebensqualität

Die überarbeitete, diagnoseübergreifende S3-Leitlinie der DGPPN *Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen* soll Ärzten sowie allen, die in der psychiatrischen Versorgung tätig sind, grundlegendes Wissen zu psychosozialen Handeln vermitteln. Das Ziel ist, die selbstständige und eigenverantwortliche Lebensführung der Betroffenen und damit auch deren Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu fördern. Die Leitlinie wird Anfang 2019 erscheinen.

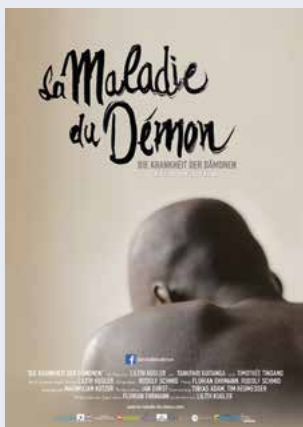
Verhinderung von Zwang

Mit ihrer neuen S3-Leitlinie *Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen* legt die DGPPN einen Katalog an Empfehlungen vor, die das Auftreten einer gefährlichen Situation verhindern und Zwang vermeiden sollen. Grundlage ist die Auswertung von internationalen wissenschaftlichen Studien mit höchstem methodischem Qualitätsstandard. Die Leitlinie wird durch eine interdisziplinär und triologisch besetzte Expertengruppe und Konsensuskonferenz getragen.

DGPPN-App reloaded

Pünktlich zum 1-jährigen Geburtstag präsentiert sich die DGPPN-App auf dem diesjährigen DGPPN Kongress mit neuen Features und in neuem Look. Sie bietet gebündeltes Expertenwissen auf kleinstem Raum, ist schnell und überall verfügbar und somit das ideale Tool für Psychiater und alle, die Menschen mit psychischen Erkrankungen behandeln. Demnächst ist das Update in Ihrem App-Store für iOS und Android erhältlich.

Sehenswert: Filmprojekt über Afrikas Ausgestoßene



In der traditionellen Gesellschaft Westafrikas gibt es keinen Platz für Men-

schen mit psychischen Erkrankungen und Epilepsie. Zehntausende betroffene Menschen leben an der Elfenbeinküste und im Benin außerhalb der Dörfer, in Gebetszentren oder haben keine Bleibe. Als sogenannte „Kettenmenschen“ werden sie von der Dorfgemeinschaft ausgeschlossen, in dunkle Verliese gesperrt oder an Baumwurzeln gekettet. Sie leiden unter Demenz, Schizophrenie und anderen seelischen Krankheiten. Die Gesell-

schaft hat Angst vor ihnen. Spirituellen Vorstellungen folgend, glauben die Gesunden, die Kranken seien von unreinen Geistern und Dämonen befallen, und fürchten sich vor Ansteckung. Die Bevölkerung kennt keine psychiatrische Versorgung. Was geschieht also mit den Patienten in der Elfenbeinküste?

Der Dokumentarfilm von Lilith Kugler *La Maladie du Démon* (Die Krankheit der Dämonen) zeigt ein-

drucksvoll die Situation der Betroffenen und den Alltag derer, die es sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten zur Aufgabe gemacht haben, zu helfen – wie z. B. Pfarrer Tankpari Guitanga.

Der Film wurde unter anderem von der DGPPN finanziell gefördert und wird auf dem diesjährigen DGPPN Kongress präsentiert.

Weitere Informationen und Filmtrailer auf www.la-maladie-du-demon.com.



PSYCHIATRIE IN DER DDR

Ein neuer Sammelband widmet sich den sozial-psychiatrischen Reformen, der Entwicklung der Psychotherapie, dem Verhältnis von Psychiatrie und Staatssicherheit und in diesem Zusammenhang auch der Frage nach dem Missbrauch der Psychiatrie in der DDR.

Die Psychiatrie in der DDR rückte in den letzten Jahren sukzessive in den Fokus der historischen Forschung [1]. Die zunächst mit der politischen Wende einsetzende, primär öffentliche Auseinandersetzung um die Institution Psychiatrie und vor allem ihre Einbindung in das Herrschaftssystem wurde sehr emotional geführt und war häufig von Vorurteilen geprägt. Auf diese notwendige Debatte folgte eine differenziertere Betrachtungsweise. Mittlerweile ist die Forschungslandschaft breit gefächert und verfolgt unterschiedliche Themen und Ansätze.

Dass das Interesse an diesem Thema nach wie vor groß ist, zeigt sich auch auf den Kongressen der DGPPN. Hier fanden regelmäßig sehr gut besuchte Symposien zu sozial-, ideen- und politikgeschichtlichen Aspekten der Psychiatrie in der DDR statt. Die in diesem Rahmen entstandenen Beiträge sowie weitere wurden nun in dem von Ekkehardt Kumbier und Holger Steinberg herausgegebenen Aufsatzband vorgelegt [2]. Das Buch, gefördert von der Stiftung für Seelische Gesundheit, ist als eine erste Bestandsaufnahme zu verstehen, die der bisherigen Auseinandersetzung mit diesem Thema Rechnung trägt. Es spiegelt die aktuelle Bandbreite an Forschungsansätzen wider und bietet aufgrund der interdisziplinären Autorenschaft eine Vielfalt von Denkansätzen.

Das Buch ist in vier Abschnitte gegliedert. Der erste Teil beschäftigt sich vor dem Hintergrund des Wandels der politischen Systeme mit der Frage nach Kontinuitäten und

Diskontinuitäten, gefolgt von der Verortung der Psychiatrie innerhalb des gesellschaftlich-politischen Kontextes der DDR im zweiten Teil. Im dritten Abschnitt werden therapeutische Ansätze und Entwicklungen aufgezeigt und der vierte gibt schließlich Einblicke in den psychiatrischen Alltag.

Gab es „die“ DDR-Psychiatrie?

Eine grundsätzliche Frage stellt sich immer wieder: Gab es überhaupt „die“ DDR-Psychiatrie, die sich eigenständig entwickelte und sich von der anderer Länder, insbesondere der Psychiatrie in der BRD unterschied? In vielen der in diesem Buch versammelten Aufsätze wird auf diesen Aspekt eingegangen. Die Antwort fällt übereinstimmend aus: Eine eigenständige, isolierte oder gar kommunistische „DDR-Psychiatrie“ gab es nicht. Vielmehr folgte die Entwicklung der ostdeutschen Psychiatrie verschiedenen, mehr oder weniger in allen entwickelten Ländern präsenten Phasen, die freilich von den unmittelbar gesellschaftspolitischen und letztlich auch ökonomischen Bedingungen beeinflusst und geprägt wurden. Wenngleich die staatlichen und damit politisch-ideologischen Einflüsse ständig vorhanden waren und die Rahmenbedingungen vorgeben wollten, hat sich die Psychiatrie in der DDR doch vor allem unter dem Einfluss der allgemeinen Entwicklung des Fachgebiets vollzogen und immer auch internationale Einflüsse aufgenommen. Damit soll keineswegs negiert werden, dass ein politischer Druck existierte, der mit der Tendenz zur Entmündigung und staatlichen Kontrolle einherging.

Kontinuitäten und Diskontinuitäten

Im ersten Abschnitt des Buches wird das „chronologische Bindeglied“ Nachkriegspsychiatrie zwischen dem so wichtigen Thema der Erforschung der Verbrechen an psychisch Kranken während der NS-Zeit und den Untersuchungen zu den Reformbestrebungen der 1960er und 1970er-Jahre aufgegriffen. Die Frage einer potenziellen Neuorientierung der deutschen Psychiatrie nach 1945 ist eng an die Problematik von Kontinuitäten und Diskontinuitäten geknüpft. Der Historiker Dietmar Schulze und die Medizinhistorikerin und Psychiaterin Maike Rotzoll untersuchen in ihrem Beitrag am Beispiel der sächsischen Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz, wie in der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) und frühen DDR mit den Folgen des Nationalsozialismus umgegangen wurde und wie die angestrebte Neuorientierung in der Anstaltspsychiatrie aussah. Einen radikalen Neuanfang nach 1945 gab es demnach nicht. Das Krankenhaus wurde dringend gebraucht, nicht nur für Kranke aus der Region, sondern auch zur Versorgung der vielen tausend aus den deutschen Ostgebieten flüchtenden und ver-

triebenen Menschen. Diese Thematik greift auch die Historikerin Kathleen Haack auf, denn auch psychisch Kranke waren von Zwangsevakuierungen betroffen und wurden im Zuge des Potsdamer Abkommens aus osteuropäischen Anstalten in verschiedene Einrichtungen im geteilten Deutschland verlegt. Anhand der Psychiatriepatienten aus der tschechischen Anstalt Kosmanos (Kosmonosy), die 1946 in die Landesheilanstalt Ueckermünde aufgenommen wurden, nähert sie sich diesem bisher kaum beachteten Thema an. Die katastrophalen Verhältnisse legen nahe, dass auch nach 1945 Menschen zum Opfer einer „Euthanasie durch die Verhältnisse“ wurden. Der Beitrag von Ekkehardt Kumbier und Kathleen Haack beschäftigt sich damit, wie trotz der veränderten gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen und des diktatorischen Umformungsdrucks der SED die Personalpolitik an den Universitätsnervenkliniken in der SBZ und DDR bis 1961 von Kontinuität geprägt war. Erst in den späten 1950er-Jahren etablierte sich eine neue Generation von Hochschullehrern. Diese bestimmte die Lehre und Wissenschaft bis zum Ende der DDR. Mit der





DDR-Klinik für Psychiatrie und Neurologie 1958

Kontinuitätsproblematik setzt sich auch Marina Lienert am Beispiel des Gründers der Klinik für Psychiatrie und Neurologie der Medizinischen Akademie in Dresden, Johannes Suckow, auseinander. Suckow war während der NS-Zeit als Mitarbeiter in der Forschungsabteilung des Heidelberger Ordinarius Carl Schneider im Rahmen der „Euthanasie“-Aktion tätig gewesen.

Aufarbeitung der NS-Verbrechen

Die DDR hatte für sich immer in Anspruch genommen, die gesamtgesellschaftliche und vor allem juristische Aufarbeitung der NS-Verbrechen gründlich betrieben und in Abgrenzung zur Bundesrepublik die faschistische Vergangenheit restlos bewältigt zu haben. Die Beiträge von Petra Schweizer-Martinschek und Rainer Erices beschäftigen sich mit dem Umgang der an der NS-„Euthanasie“ und den Zwangssterilisationen beteiligten Ärzte in der SBZ und DDR. Schweizer-Martinschek macht deutlich, dass die Aufarbeitung der NS-Verbrechen in Phasen verlief und unvollständig blieb. Das bedeutete, dass diese dort endete, wo sie für die Machthaber eine Gefahr für ihr politisches System zu bedeuten schien oder den anderen deutschen Staat in ein besseres Licht rücken konnte. Erices verdeutlicht am Umgang mit den Zwangssterilisationen, dass eine Mitverantwortung der beteiligten Ärzte und damit moralische oder berufsethische Fragen hinter gesellschaftspolitische Ziele zurücktraten. Damit wird deutlich, dass die Aufarbeitung der NS-Verbrechen in der Psychiatrie den gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen in der DDR unterworfen war.

Kein systematischer Missbrauch der Psychiatrie

Eine der drängendsten Fragen nach der politischen Wende war zunächst, ob es einen staatlichen Missbrauch der Psychiatrie gegeben hatte. Darauf wird im zweiten Abschnitt eingegangen, der die Psychiatrie im gesellschaftlich-politischen

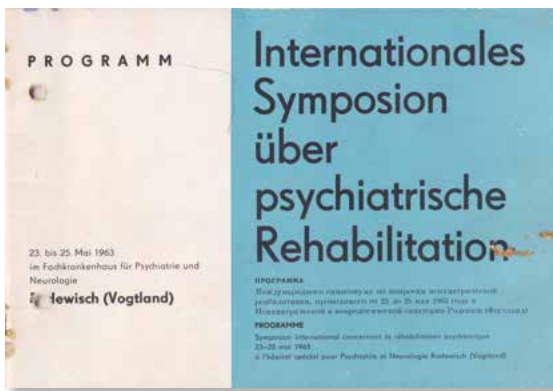
Kontext der DDR verortet. Die Psychiaterin Sonja Süß hatte bereits 1998 diesbezüglich die Diskussion eröffnet [3]. Sie gelangte zu dem Resultat, dass zwar Ärzte als inoffizielle Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit (MfS) tätig waren und Patientengeheimnisse verraten hatten, psychisch Kranke vorübergehend gegen ihren Willen untergebracht worden seien und es Fälle psychiatrischer Disziplinierung unbequemer Menschen gegeben hatte, dass jedoch die Institution Psychiatrie als Gesamtheit nicht systematisch als Instrument zur Verfolgung politischer Gegner benutzt worden sei. Süß berichtet im vorliegenden Buch in einer sehr persönlichen Rückschau und zwanzig Jahre nach dem erstmaligen Erscheinen ihres eigenen Buches nochmals über die sehr unterschiedlichen Reaktionen. Ihrer Publikation folgten weitere, die den Komplex Ärzteschaft und MfS fokussierten. Die Historikerin Francesca Weil gelangte hinsichtlich der Spitzeltätigkeiten zu ähnlichen Einschätzungen [4]. Die Mehrheit der Ärzte habe sich darauf nicht eingelassen, wenngleich der Anteil an inoffiziellen Mitarbeitern des MfS unter Ärzten höher als in der Gesamtbevölkerung war. Die Historikerin Stefanie Coché greift ein weiteres aktuelles Thema der historischen Forschung auf: die psychiatrische Einweisungspraxis in der Nachkriegszeit. Sie vergleicht die Psychiatrie in den unterschiedlichen gesellschaftlichen Systemen in der frühen DDR und BRD. Auch der Psychiater Matthias Lammel geht auf die Einweisungspraxis, insbesondere die Problematik von Zwangseinweisungen ein und setzt sich mit der forensischen Psychiatrie und deren rechtlichen Rahmenbedingungen in der DDR auseinander.

Suizidprävention und Tabuisierungspolitik

Einem anderen Thema im Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Kontext widmet sich der Historiker Udo Grashoff, der die Suizidforschung und -prävention darstellt und zeigt, dass der Umgang mit suizidalem Verhalten in der DDR widersprüchlich war und durch die SED-Tabuisierungspolitik bestimmt wurde. So wurde von staatlicher Seite darauf geachtet, dass die Suizidprophylaxe auf den medizinischen Bereich beschränkt blieb und damit letztlich die Bemühungen um eine systematische Suizidprophylaxe behindert wurden. Der Psychiater Axel Genz hingegen untersucht gesellschaftsbedingte Einflüsse auf das Suizidgeschehen in der DDR am Beispiel der früheren Bezirksstadt Magdeburg. Er kann solche aufgrund des Zugangs zu Suizidmitteln und des veränderten psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssystems für bestimmte Zeitperioden vor und nach der politischen Wende ausmachen.

Politische Verflechtungen der Fachzeitschrift

Mit der Geschichte der Zeitschrift „Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie“, die als einzige für diesen Fachbereich während des Bestehens der DDR erschien, setzt sich Marie Teitge auseinander. Ein wesentlicher Aspekt hierbei ist die Frage, inwieweit versucht wurde, staatliche Einflüsse geltend zu machen. So zeigt sich die politische Verflechtung u. a. in der personellen Auswahl der Redaktionsleiter sowie der engen Verzahnung zwischen der Fachgesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR und der Schriftleitung der Fachzeitschrift. Der Kulturwissenschaftler Christof Beyer wirft schließlich einen Blick auf die Psychiatrielandschaft während der Zeit des Kalten Krieges, in der sich hinsichtlich der fachlichen Ausrichtung zunächst Bemühungen um eine Abgrenzung zeigten. Doch bestanden auf verschiedenen Ebenen immer Kontakte zwischen Psychiatern in Ost und West, die nicht nur, aber vor allem im Umfeld der bundesdeutschen Psychiatriereform bestanden und zu einem Wissensaustausch führten.



Die Rodewischer Thesen hatten die Überwindung der Verwahrspsychiatrie zum Ziel.

Rodewischer Thesen

Im dritten Abschnitt des Bandes wird auf verschiedene therapeutische Ansätze und Entwicklungen eingegangen. Lena Hennings beschreibt die Entstehungsgeschichte der Rodewischer Thesen (1963) im Kontext von Psychiatrie, Sozialhygiene und Rehabilitationsmedizin der DDR und zeigt, dass Reformer aus West- und Osteuropa ihre Erfahrungen in den Diskurs einfließen ließen. Die Rodewischer Thesen strebten die Überwindung der Verwahrspsychiatrie mit dem Ziel der Resozialisierung der Patienten an [5]. Obwohl eine flächendeckende Umsetzung nicht erreicht werden konn-

te, bedeuteten sie für viele psychiatrisch Tätige in der DDR eine richtungweisende Orientierung. Die „Brandenburger Thesen zur Therapeutischen Gemeinschaft“ (1974/76) hatten zum Ziel, das therapeutische Milieu in den psychiatrischen Krankenhäusern zu verändern. Ekkehardt Kumbier und Kathleen Haack legen die zugrunde liegende Motivation und Umsetzung im Kontext der gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen dar [6].

Therapeutische Konzepte

Der Psychiater Jan Armbruster befasst sich unter Berücksichtigung der genannten Gesichtspunkte mit der Arbeitstherapie, der eine zentrale Rolle in der Rehabilitation psychisch kranker Menschen zukam. Er weist auf den Wandel im Verständnis der Arbeitstherapie und deren Auslegung und Anwendung in der DDR hin, die, wie er am Beispiel des Bezirkskrankenhauses Stralsund zeigt, häufig im Spannungsfeld von Rehabilitation und Missbrauch stand. Enger an psychiatrisch-fachwissenschaftliche Diskurse schließt sich die Chronologie zur Depressionsforschung in der DDR von Thormann, Himmerich und Steinberg an das Thema Depression und Suizidalität an. Anhand der Therapiefor-

schung zu einem speziellen Gebiet arbeitet auch dieser Beitrag heraus, dass die Psychiatrie in der DDR zwar Spezifika aufwies, aber trotz Beschränkungen niemals ein isoliertes Dasein fristete. Dazu gehört auch, wenngleich nicht frei vom Einfluss des Systems, Christa Kohlers Konzept der „Kommunikativen Psychotherapie“, das Steinmetz, Himmerich und Steinberg im vorliegenden Band wieder in den wissenschaftsgeschichtlichen Diskurs einbringen. Wenig ist bisher auch zu bestimmten Therapieformen bekannt – hier besonders den somatischen, die mit der Psychiatrie in der DDR oft assoziiert werden. Die Psychiaterin Lara Rzesnitsek beschäftigt sich mit der Frage, in welchem Umfang bis in die frühen 1960er Jahre hinein die sogenannten Schocktherapien und die Leukotomie oder stereotaktische Methoden angewendet wurden. Sie stellt fest, dass sich das Therapierepertoire in der DDR von Klinik zu Klinik beträchtlich unterschied und erheblich von der jeweiligen Einstellung des Klinikdirektors abhing, was für sie ein Beleg für sehr verschiedene „Psychiatrien in der DDR“ ist. Sie widerspricht der Annahme, die Psychiatrie in der DDR sei den somatisch-biologischen Therapien enger verbunden geblieben als die „West“-Psychiatrie. Mit Blick auf die vermeintliche ideologische Abhängigkeit der Psychiatrie in der DDR von der sowjetischen stellt Rzesnitsek fest, dass es diese im Bereich dieser Therapien nicht gab.

Rolle der Psychopharmakotherapie

In dem Beitrag des Medizinhistorikers Volker Hess wird deutlich, dass es nicht an der wissenschaftlichen oder technischen Rückständigkeit lag, dass sich die psychopharmakologische Revolution in der DDR verhaltener vollzog. Vor dem Hintergrund der politischen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Entwicklungen grenzt er verschiedene Phasen ab, in denen die Psychopharmaka eingeführt wurden, zunächst meist auf dem Wege des Imports und später in Form von originären Nachentwicklungen. Die Psychologin Viola Balz beschreibt in ihrem Beitrag den Versuch, in der ost- und westdeutschen Psychiatrie die Wirkung von Psychopharmaka einheitlich und vergleichbar zu dokumentieren. Balz postuliert, dass dieses Vorgehen den Wirksamkeitsbegriff neu definierte, der sich zunehmend von den Erfahrungen der Patienten löste.

Psychiatrischer Alltag in der DDR

Der letzte Abschnitt dieses Bandes ermöglicht Einblicke in den psychiatrischen Alltag aus ganz unterschiedlichen Perspektiven. Mitzscherlich und Müller gewähren solche aus Sicht von Betroffenen und Mitarbeitern, wodurch vieles im System der psychiatrischen Kliniken in der DDR besser verständlich wird oder mitunter sogar völlig anders erscheint. Damit gelingt der unverstellte, ungeschönte Blick in psychiatrische Kliniken mit ihren alltäglichen Versorgungsnoten und in Behandlungserfahrungen, mögen diese nun DDR-typisch gewesen sein oder nicht [7]. Das trifft auch auf das literarische Schaffen zu, welches sich in ganz eigener Weise mit psychiatrischen Themen auseinandersetzt. Der Germanist Thomas R. Müller untersucht in seinem Beitrag, inwieweit sich psychiatrische Themen in der fiktionalen und dokumentarischen Literatur in der DDR der 1970er- und 1980er-Jahre finden. Solche persönlichen Erinnerungen und literarischen Illustrationen sind ein wesentliches Element einer „Gegenüberlieferung“ zu offiziellen, in modernen Diktaturen häufig anderslautenden Darstellungen.

Zusammenfassend wird deutlich, dass mittlerweile grundlegende und durchaus auch richtungsweisende Arbeiten über die Geschichte der Psychiatrie in der DDR vorliegen. Zugleich ist unverkennbar, dass es noch viele weiße Flecken gibt und eine systematische Aufarbeitung und geschichtswissenschaftliche Bewertung fehlt.

Literatur

- 1 Holger S, Kumbier E (2015) 25 Jahre nach dem Mauerfall: Zum Stand der Aufarbeitung der Psychiatrie in der DDR. *Psychiatrische Praxis* 42: 119–121
- 2 Kumbier E, Steinberg H (Hrsg) (2018) *Psychiatrie in der DDR. Beiträge zur Geschichte*. Berlin, be.bra Wissenschaft
- 3 Süß S (1998) Politisch mißbraucht? Psychiatrie und Staatssicherheit in der DDR. Berlin, Ch. Links
- 4 Weil F (2008) Zielgruppe Ärzteschaft. Ärzte als inoffizielle Mitarbeiter des Ministeriums für Staatssicherheit. Göttingen, V&R unipress
- 5 Kumbier E, Haack K, Steinberg H (2013) 50 Jahre Rodewischer Thesen. Zu den Anfängen sozialpsychiatrischer Reformen in der DDR. *Psychiatrische Praxis* 40: 313–320
- 6 Kumbier E, Haack K (2017) Psychiatrie in der DDR zwischen Aufbruch und Stagnation: Die Brandenburger Thesen zur „Therapeutischen Gemeinschaft“ (1974/76). *Psychiatrische Praxis* 44: 434–445
- 7 Müller TR, Mitzscherlich B (Hrsg) (2006) *Psychiatrie in der DDR. Erzählungen von Zeitzeugen*. Frankfurt, Mabuse

Autor

Prof. Dr. med. Ekkehardt Kumbier

ist Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Rostock sowie Leiter des DGPPN-Referats „Geschichte der Psychiatrie“.



Psychiatrie in der DDR.
Beiträge zur Geschichte
Ekkehardt Kumbier (Hrsg)
Holger Steinberg (Hrsg)
Berlin, be.bra Wissenschaft,
2018

DGPPN KONGRESS 2018

Symposium
Psychiatrie in der SBZ und DDR – Kontinuitäten und
Diskontinuitäten nach 1945
28.11.2018 | 17:15 bis 18:45 Uhr

Symposium
Historische Kommission der DGPPN – die Fachgesellschaft
nach 1945
29.11.2018 | 08:30 bis 10:00 Uhr

Generation PSY wird drei

Das Gehirnjogging auf der rechten Seite dürfte für Ausgeschlafene mit links zu schaffen sein, denn wie wir wissen, wirkt sich Schlaf unmittelbar auf unsere Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit aus. Das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie hat eine große Schnittmenge mit der Schlafmedizin, weshalb sich die aktuelle Kampagne der Generation PSY ausführlich mit dem Thema Schlaf beschäftigt. Auf unserem Nachwuchsportal www.generation-psy.de haben wir alles Wissenswerte über die komplexen Zusammenhänge zwischen psychischen Erkrankungen und Schlafstörungen zusam-

mengestellt. Was passiert, während wir schlafen, warum ist dieser Zustand so wichtig für Körper und Psyche? Wie wirkt sich Schichtarbeit auf den Menschen aus? Und was versteht man eigentlich unter Schlafhygiene? Ein Lexikonbeitrag mit geballtem Faktenwissen und Interviews mit unseren Expertinnen Kneginja Richter und Anna Westermair bringen Licht ins Dunkel: Die eine leitet eine Schlafambulanz und das Labor für Neurostimulation und Chronobiologie an der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität in Nürnberg und die andere ist Fachärztin am Uniklinikum Lübeck.

Psychiatrie-EM 2018: Dabei sein ist alles!

Was musst du unbedingt über den Psychiaterberuf wissen? Wie wird dein erster Arbeitstag aussehen? Das alles erfährst du auf dem DGPPN Kongress. Ende November treffen sich in Berlin nicht nur gestandene Experten vom Fach, sondern auch Medizinstudierende, PJler und Assistenzärzte. Die Generation PSY hat ein Programm auf die Beine gestellt, das es in sich hat. Die Themen sind so vielfältig wie unser Berufsbild und wurden extra für Nachwuchskräfte konzipiert. Dich erwarten spannende Vorträge und konkrete Fälle von erfahrenen Experten: in rund 20 Workshops, Symposien, Meet-the-Expert-Runden, Lectures und Diskussionsforen. Die meisten Formate sind interaktiv gestaltet, so dass du dich ganz unkompliziert mit den Fachleuten austauschen kannst. Außerdem kannst du die Mitglieder der Generation PSY vor Ort beim **Kongress Speed Dating** treffen – die perfekte Gelegenheit, um Fragen los zu werden und zu netzwerken. Wann? **Am 30. November 2018, 17:15–18:45 Uhr im CityCube** und anschließend gibt es ein gemeinsames Get-together.

Hier ein kleiner Vorgeschmack auf das Nachwuchsprogramm auf dem DGPPN Kongress:

Symposien (Auszug)

- Herausfordernde Situationen in der Psychiatrie
- Frischer Facharzt – was nun?
- Ethik in der Psychiatrie
- Forensische Psychiatrie – Arbeitsfeld mit Zukunft

Klinikbesichtigungen

Erlebe Psychiatrie live und in Farbe bei unseren Exkursionen:

- Charité – Universitätsmedizin Berlin
- Alexianer St. Joseph-Krankenhaus, Berlin-Weißensee

Bei Kongressregistrierung auf www.dgppnkongress.de kannst du dich für eine der Exkursionen anmelden. Die Teilnahme ist kostenlos.

Im Hippocampus
leben keine Nilpferde.
planschen keine Seepferdchen.
lernen keine Zoologen.



Bipolar
ist keine Outdoor-Marke.
hat nichts mit Klimawandel zu tun.
ist keine sexuelle Orientierung.



Gehirnjogging

Die Nachwuchsinitiative der DGPPN hat etwas zu feiern: Fünf Kampagnen, zehn Protagonisten, unzählige Postkarten und Plakate, die wir an Universitäten und Kliniken verschickt haben ... Ist etwas hängen geblieben? Wie hießen doch gleich noch die Slogans der Themenspecials? Die Auflösung gibt es auf www.generation-psy.de/kampagnen

ADHS
ist keine PTBS.
ist keine Buchstabensuppe.
ist keine Castingshow.



Borderline
ist kein Fashion Blog.
ist ein Song von Madonna.
ist kein Gesetz von Donald Trump.



Hypersomnia
ist kein Energy Drink.
ist kein Weltraumdings.
hat nichts mit Elektroautos zu tun.

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
Tel.: 030.2404 772-0
pressestelle@dgppn.de

Präsident
Prof. Dr. med. Arno Deister
(V.i.S.d.P.)

Registergericht:
VR 26854 B, Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg

Redaktion

Dipl.-Psych. Gabriel Gerlinger, M. A. (Leitung)
Dipl.-Psych. Julie Holzhausen (Leitung)
Isabelle Lork, M. A. (Koordination)
Michaela Peeters, M. A.
Michael Wassiliwizky, M. Sc.
Robert Zeidler, MPH

Layout und Reinzeichnung

Irene Pranter

Auflage

10.500 Exemplare

Erscheinungsdatum

September 2018

Design- und Gestaltungskonzept

wenkerottke.

Schlusskorrektur

Heide Frey

Druck

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

ABBILDUNGEN

Titelseite: Pixabay/binoculars; S.4: Michaela Illian/Ärzte Zeitung/Springer Medizin GmbH;
S.5: picture alliance/Monika Skolimowska/dpa-Zentralbild/dpa; S.9, 19-23: Claudia Burger;
S.10: picture alliance/Klaus-Dietmar Gabbert/dpa-Zentralbild/ZB; S.12: iStock/Oleg-
Malyshev; S.13: Buchcover: Verlagsgruppe Random House GmbH, München; S.14 Pixabay/
rough; S.16: iStock/spfoto; S.24: Alexander Voss/Fine Art Fotografie; S.26: Jens Spahn:
Jens Spahn, Jutta Allmendinger: Inga Haar, Katrin Amunts: Forschungszentrum Jülich
Catrin Moritz, Ulrike Bingel: Tedeskin, Klaus Dörre: Anne Günther FSU, Heiner Fangerau:
Universitätsklinikum Ulm, Margot Friedländer: gezett.de, Merete Nordentoft: Jon Norddahl;
S.28-30: Markus Axer/Forschungszentrum Jülich; S.34: photocase/margie; S.38: Fall-
buch Spiritualität: Vandenhoeck&Ruprecht Verlag, THK: ThinkstockPhotos/Portra, THKII:
picture alliance/Gregor Fischer/dpa; S.39: www.la-maladie-du-demon.com/Lilith Kugler;
S.40: picture alliance/ddrbildarchiv; S.42: picture alliance/ZB; S.43: picture alliance/
Universität Jena; S.44: Rodevischer Thesen/privat; S.45: Buchcover: be.bra wissenschaft
verlag; S.47: Weltraum: ESA/Hubble&NASA; Nilpferd: iStock/gio_cala, Eisberg: shutter-
stock/SvedOliver; Zwei Frauen: Adobe Stock/queen21, Sprechender Mund: shutterstock/
Hiep Nguyen



DGPPN

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

Geschäftsstelle DGPPN

Reinhardtstraße 27 B

10117 Berlin

TEL 030.2404 772-0

FAX 030.2404 772-29

sekretariat@dgppn.de

dgppn.de

Berlin freut sich auf Sie!

DGPPN
KONGRESS 2018

28. NOVEMBER BIS 1. DEZEMBER

Alle Infos und Anmeldung auf
www.dgppnkongress.de