

PSYCHE IM FOKUS



Das Magazin der DGPPN

Die Welt im Wandel:
Megatrends im Überblick

→ S. 16

Epigenetische Forschung:
Risikogene und ihre Bedeutung

→ S. 34

Heute für morgen:
Klare Identität für unser Fach

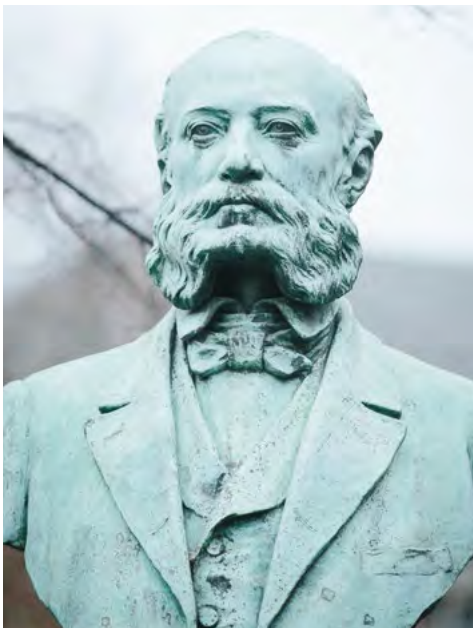
→ S. 38

ZUKUNFT



INHALT

- 2** EDITORIAL
- 4** GESUNDHEITSPOLITIK
- 10** UNTER VIER AUGEN
Tobi Katze und Iris Hauth im Dialog
- 16** MEGATRENDS
Tiefenströmungen des Wandels
- 20** GESELLSCHAFT
DGPPN-Medienpreis 2017: Eine heftige Woche
- 26** DGPPN KONGRESS 2018
Die Psychiatrie und Psychotherapie der Zukunft
- 30** NACHWUCHS
Neues von der Generation PSY
- 32** WISSENSCHAFT
Merk-würdige Studienergebnisse



So wenig „Anstalt“ wie möglich:
Griesinger gilt als Reformier.
→ **S. 42**



Die Psychiatrieforscherin
Katharina Domschke geht
epigenetischen Wechsel-
wirkungen auf den Grund.
→ **S. 34**



Tobi Katze: „Die Art und Weise, wie wir über psychische
Erkrankungen sprechen, muss sich ändern.“
→ **S. 10**

- 34** EPIGENETIK
Interview mit Katharina Domschke
- 37** BIBLIOTHEK
Lesestoff
- 38** SELBSTVERSTÄNDNIS
Der Identität auf der Spur
- 42** VON GESTERN FÜR HEUTE
Griesinger: Pionier mit Kampfgeist
- 48** IMPRESSUM



Megatrends: Wie sieht die Welt der
Zukunft aus?
→ **S. 16**

Liebe Leserinnen und Leser,



Zukunft – ein großes Wort. Doch wovon sprechen wir, wenn wir von der Zukunft sprechen? Welche Bilder haben Sie im Kopf? Und wie können wir Ihnen die Zukunft zeigen, wenn es doch keinerlei Bilder von ihr gibt? Diese Fragen haben uns im Vorfeld dieser Ausgabe von *Psyche im Fokus* beschäftigt. Nicht zuletzt auch deshalb, weil wir mit unserem DGPPN-Magazin bereits ins fünfte Jahr gehen. In der Zwischenzeit hat sich einiges getan: Das Layout der *Psyche im Fokus* wurde einer kleinen Frischzellenkur unterzogen und das Heft wird zukünftig etwas umfangreicher sein und zweimal jährlich im März und im September erscheinen.

Zukunft bedeutet immer auch Veränderung. Mit welchen Tiefenströmungen des Wandels haben wir es heute und in den nächsten Jahren zu tun? Vor welchem Hintergrund findet Psychiatrie und Psychotherapie morgen, übermorgen und zukünftig statt? Das Zukunftsinstitut hat richtungsweisende Megatrends zusammengestellt, die wir Ihnen nicht vorenthalten möchten.

Ganz im Zeichen der Psychiatrie und Psychotherapie von morgen steht im Übrigen auch der diesjährige DGPPN Kongress Ende November in Berlin. Freuen Sie sich schon jetzt auf ein außergewöhnliches Programm, das nicht nur nach vorne schaut, sondern sich auch intensiv mit aktuellen Fragestellungen aus der Forschung und Versorgung beschäftigt. Die Beitragseinreichung ist geöffnet, so dass Sie ab sofort Ihre wissenschaftlichen Beiträge online einreichen können.

Lesen Sie in dieser Ausgabe der *Psyche im Fokus* außerdem, wie Wilhelm Griesinger zum Pionier der Psychiatrie wurde. Darüber hinaus verrät der Autor Tobi Katze im Interview, inwiefern Fischbrötchen ihm bei seiner Depression geholfen haben und was sich aus seiner Sicht am Umgang mit psychischen Erkrankungen ändern muss. Und Sie dürfen gespannt sein, in welche Galaxie uns die neue Kampagne der Generation PSY bringt.

Schön, dass Sie dabei sind!
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

**„Die Zukunft kann
man am besten
voraussagen, wenn
man sie selbst
gestaltet.“**

*Alan Curtis Kay, Informatiker aus den USA**

* Originalzitat: "The best way to predict the future is to invent it."

Der gute Psychotherapeut



Im Sommer 2017 hat der Gesetzgeber einen Arbeitsentwurf für eine Reform der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten vorgestellt. Die medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften DGKJP, DGPM und DGPPN sehen darin die Anstrengungen in Richtung einer gestuften, vernetzten und sektorenübergreifenden Versorgung gefährdet und plädieren für eine Rückbesinnung auf den ursprünglichen Anlass der Reform.

Grundsätzlich unterstützen DGKJP, DGPM und DGPPN das Anliegen der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten in Ausbildung bezüglich einer besseren und gesicherten Ausbildungsqualität und gerechteren Honorierung ihrer Leistungen

und beteiligten sich daher von Anfang an konstruktiv an den Reformplänen. Der nun vorgelegte Arbeitsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) scheint diese Zielsetzung jedoch aus dem Blick verloren zu haben. Als besonders problematisch bewerten die Fachgesellschaften, dass die Reformpläne die landeseigene Zulassung von Modellstudiengängen vorsehen, die Kompetenzerweiterungen im Sinne der „Feststellung, Verordnung und Überprüfung von psychopharmakologischen Maßnahmen“ erproben sollen. Mit der Ausbildung eines gewissermaßen psychologisch-psychotherapeutischen Generalisten, der auch Medikamente verschreiben darf, würde absehbar ein weiterer Gesundheitsberuf parallel zu den bestehenden Heilberufen geschaffen. Die psychotherapeutische Versorgung könnte sich in Folge als eigenständiger Zweig vom medizinischen

System abspalten und psychische Erkrankungen nicht länger im Gesamtkontext von Psyche und Soma betrachten. Die Patientensicherheit wäre gefährdet.

Kritik bereits im Ansatz

Ziel des Gesetzentwurfes in der vorliegenden Form ist es, einen fünfjährigen Bachelor-/Masterstudiengang einzuführen, der nach Bestehen von sogenannten „psychotherapeutischen Prüfungen“ (Staatsexamen) mit Approbation abgeschlossen werden kann. Dabei sind Praxiseinheiten als Bestandteil des Studiums vorgesehen, die allein vom Umfang her nur geringfügig das bisher für das Psychologiestudium verbindliche etwa sechsmonatige Praktikum überschreiten. In der Umsetzung würde die Erlaubnis zur selbstständigen Ausübung der Heilkunde im Rahmen der psychotherapeutischen Behandlung ohne das in der Medizin übliche praktische Jahr erteilt werden.

Aus Sicht der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften ist der vorliegende Arbeitsentwurf zur Reform daher abzulehnen. Nicht nur sorgt er für eine weitere Aufsplitterung der heilberuflichen Fächer und lässt dabei die ärztlichen Kernkompetenzen außer Acht, auch und vor allem ist seine Stoßrichtung als Gefährdung der in Deutschland etablierten hochwertigen und ganzheitlichen Patientenversorgung zu bewerten. Indem er die somatischen Aspekte psychischer Erkrankungen vernachlässigt, wird dieser Arbeitsentwurf auch den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht gerecht.

Sicherung der Versorgungsqualität

Voraussetzung für eine qualitätsgesicherte, hochwertige Heilkunde und Gewährleistung der Patientensicherheit ist eine tiefgreifende, umfassende wissenschaftliche Lehre und die Befähigung, sich evidenzbasiertes Wissen anzueignen. Hinzu kommen Querschnittswissen und die Bündelung von Fachkompetenzen sowie eine multidisziplinäre Vernetzung. Die Frage der Feststellung einer psychischen Störung mit Krankheitswert umfasst somit immer auch eine organische Abklärung, die nur in einer vernetzten Versorgungsstruktur mit Ärzten im Allgemeinen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Fachärzten

für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im Besonderen erfolgen kann. Wissenschaftlich anerkannte Verfahren und Methoden bilden dann die Grundlage für die Behandlung. Bei der Diskussion des vorliegenden Arbeitsentwurfs müssen daher zwingend auch die Aspekte der Weiterbildung samt der finanziellen und vertraglichen Rahmenbedingungen mitgedacht werden. Mehrkosten, die durch die Einrichtung eines neuen Studiums entstünden, wären sinnvollerweise in die bestehende Lehre, in universitäre Strukturen und Weiterbildung zu investieren.

Zusammenfassung

Wenngleich die Fachgesellschaften die Reformpläne bezüglich einer besseren und gesicherten Ausbildungsqualität und gerechteren Honorierung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten weiterhin konstruktiv begleiten und unterstützen wollen, lehnen sie den Arbeitsentwurf zur Reform der Psychotherapeutenausbildung mit dem avisierten Ausbildungsziel und den geplanten Kompetenzerweiterungen ab. Der im Reformpapier angelegte eigenständige Versorgungszweig würde nicht nur eine Ausgliederung der Psyche aus der Medizin, sondern in der Konsequenz eine grobe, die Patientensicherheit gefährdende Vernachlässigung somatischer Aspekte bei psychischen Erkrankungen bedeuten. DGKJP, DGPM und DGPPN fordern die Politik deshalb dazu auf, sich auf die der Reform ursprünglich zugrundeliegenden Probleme zurückzubedenken und dabei die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht aus den Augen zu verlieren.

Die Stellungnahme finden Sie auf www.dgppn.de



Vermeidung von Zwang: Personal ist der Schlüssel

Die DGPPN beschäftigt sich seit Jahren intensiv mit Fragen der Patientenautonomie und begleitet aktiv die Prozesse zur Neuregelung der Psychisch-Kranken-Gesetze (PsychKGs). Ende Januar wurde das Thema „Zwangmaßnahmen“ beim Bundesverfassungsgericht verhandelt. Als Sachverständiger eingeladen, stellte DGPPN-Präsident Professor Arno Deister die Position der Fachgesellschaft vor und plädierte für eine bessere personelle Ausstattung sowie für die weitgehende Vermeidung von Zwangsmaßnahmen wie zum Beispiel Fixierung.

Das Bundesverfassungsgericht hat sich in einer mündlichen Verhandlung am 30. und 31. Januar 2018 zur Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung beraten. Anlass für die höchstrichterliche Befassung gaben zwei aktuelle Verfassungsbeschwerden aus Bayern und Baden-Württemberg, zu denen die DGPPN bereits im Vorfeld ausführlich Stellung genommen hatte.

Die beiden Beschwerdeführer hatten sich in Folge ihrer ärztlich angewiesenen Fixierung in ihren Grundrechten verletzt gesehen und gegen ihre Freiheitsentziehung geklagt. Konkret geht es um die Frage, ob Sicherungsmaßnahmen im Rahmen einer freiheitsentziehenden Unterbringung eine weitere Freiheitsentziehung – also eine Freiheitsentziehung in der Freiheitsentziehung – darstellen und damit ebenfalls richterlich angeordnet werden müssen. Bislang finden sich entsprechende Vorgaben nur in den PsychKGs von Berlin, Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen.

In der mündlichen Anhörung Ende Januar erhoffte sich das Gericht Erkenntnisse über die Praxis von Zwangsmaßnahmen im Klinikalltag, verschaffte sich einen Überblick über mögliche Alternativen und die internationale Situation und erörterte die Möglichkeiten einer Kooperation zwischen Richtern und Ärzten. Von Seiten der DGPPN nahm Präsident Arno Deister als Sachverständiger teil.

Die geladenen medizinischen Experten waren sich einig, dass Zwangsmaßnahmen stets nur als letztes Mittel der

Wahl infrage kämen, wenn andere Versuche, eine gefährdende Situation für sich selbst und andere zu entschärfen, bereits fehlgeschlagen seien. Der Fokus, so die einhellige Meinung, müsse hingegen verstärkt auf eine qualitativ und quantitativ ausreichende Personalausstattung gerichtet werden, denn das Personal sei als die zentrale Stellschraube im Versorgungssystem und als Grundlage für einen menschenwürdigen Patientenumgang anzusehen. Ferner sei es aus Sicht der Experten erforderlich, das Personal ausreichend und regelmäßig in Deeskalationstechniken zu schulen. Sollten deeskalierende Maßnahmen gegenüber einem Patienten nicht wirksam sein, wären Haltetechniken oder räumliche Separationen alternativ zu Fixierungen zu



Interviews mit zahlreichen Medien begannen bereits am frühen Morgen. Arno Deister war live im ZDF-Morgenmagazin.

erwägen. Grundsätzlich sollten nur diejenigen Zwangsmaßnahmen durchgeführt werden, die der Patient als am wenigsten eingreifend erlebt. Hierzu wäre der Patient direkt vor Durchführung der Zwangsmaßnahmen zu befragen, wenn dazu nicht bereits Regelungen mit ihm im Rahmen einer Behandlungsvereinbarung oder Nachbesprechung zu einer früheren Zwangsmaßnahme festgelegt wurden (siehe auch S3-Leitlinie der DGPPN „Prävention und Therapie bei aggressivem Verhalten und Vermeidung von Zwang“, Veröffentlichung voraussichtlich 2018).

Zur Frage, inwiefern es gesetzlich verpflichtend sein müsse, dass ein Richter die Fixierung anordnet, hatte die DGPPN in ihrer Stellungnahme einen Kompromiss vorgeschlagen. Demzufolge wäre eine Sicherungsmaßnahme nur dann ohne vorherige richterliche Genehmigung anzuwenden, wenn sie zur Abwendung akuter und schwerwiegender Gefahren für den Untergebrachten selbst oder für Dritte, also Mitpatienten und Mitarbeiter des Krankenhauses, dienen kann. Sobald die Eigen- oder Fremd-

gefährdung jedoch über einen längeren Zeitraum anhält oder sich regelmäßig wiederholt, wäre eine richterliche Genehmigung einzuholen. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes und somit die Klärung des Sachverhaltes ist in einigen Monaten zu erwarten. Fest steht: Mit dem Urteil wird eine wichtige Weichenstellung für mehr Klarheit in Bezug auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen vorgenommen. Die Diskussion über medizinische Maßnahmen, die bei schweren Krankheiten gegen den Willen des Patienten oder ohne seine Zustimmung erfolgen müssen, betrifft dabei die gesamte Medizin.

Seit Jahren beteiligt sich die DGPPN an den Novellierungsprozessen in den einzelnen Bundesländern und spricht sich für eine weitgehende Angleichung der äußerst heterogenen Regelungen aus. Um hierbei neue Impulse zu geben, hat die DGPPN ein umfangreiches Informationsangebot geschaffen.

Mehr dazu auf
www.dgppn.de > Schwerpunkte > Menschenrechte

Selbstbestimmung – ein Menschenrecht

Jeder Mensch hat das Recht, über seine Lebensführung und damit auch über Maßnahmen, die seine Gesundheit betreffen, selbst zu bestimmen. Die selbstbestimmte und gegebenenfalls unterstützte Entscheidung des Patienten ist dementsprechend eine Grundvoraussetzung für eine gute medizinische Behandlung. Grundsätzlich gilt, dass allein aus dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung nicht gefolgert werden kann, dass ein Patient nicht selbstbestimmt entscheiden kann und darf. Was zu tun ist, wenn psychische Erkrankungen in Einzelfällen die Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten stark einschränken, darüber wird seit Jahren intensiv beraten. Für Ärzte sind neben der Berücksichtigung von Selbstbestimmungsrechten auch ihre Fürsorgepflichten handlungsleitend: Wenn schwer kranke und selbstbestimmungsunfähige Patienten sich selbst oder andere erheblich gefährden und in dieser Situation medizinische Maßnahmen ablehnen, können Psychiater und alle Beteiligten in ein ethisches Dilemma geraten.

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) bietet hier grundsätzliche Orientierung. Sie enthält umfassende

Forderungen zur Stärkung der Menschenrechte von Menschen mit langfristigen körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen. Dazu gehören aus Sicht der DGPPN die Förderung der Partizipation von Betroffenen an medizinischen Entscheidungen, die Reduktion und bundesweite Dokumentation freiheitsbeschränkender Maßnahmen, aber auch angemessene Vorgaben zu der dafür notwendigen räumlichen und personellen Ausstattung in den Kliniken.

Zum Selbstverständnis der DGPPN gehört es, sich für die Belange der Menschen mit psychischen Erkrankungen einzusetzen und aktiv den Vorgaben der UN-BRK zu folgen. Zu diesem Zweck hinterfragt sie derzeit selbstkritisch, welche Unterstützungsmaßnahmen sie als Fachgesellschaft in Hinblick auf Versorgung, Forschung, wissenschaftlichen Austausch sowie Fort- und Weiterbildung anbieten kann. Aktuell bereitet die DGPPN dazu einen Aktionsplan vor, der in Kürze veröffentlicht wird. Er enthält konkrete Maßnahmen zur Umsetzung der UN-BRK.



Ein Mittel gegen Stagnation

Medikamente sind insbesondere bei schweren psychischen Erkrankungen State of the Art einer leitliniengerechten psychiatrischen Behandlung. Trotzdem kommen immer weniger innovative Medikamente auf den Markt. Die DGPPN tritt in den aktiven Austausch mit der Industrie, um Lösungsansätze für diese alarmierende Entwicklung zu diskutieren.

Immer mehr Pharmaunternehmen ziehen sich ganz oder teilweise aus der Psychopharmakoforschung zurück. Gerade einmal 5 % der neuen Medikamente werden derzeit für psychische Erkrankungen entwickelt. Die letzten wirklich innovativen Psychopharmaka, die die psychiatrische Versorgung maßgeblich verändert haben, sind bereits seit über 30 Jahren auf dem Markt.

Daher hat die DGPPN Ende Januar zu einem Runden Tisch geladen. Im Austausch mit Vertretern der forschenden Pharmaunternehmen sowie von IQWiG und G-BA wurde schnell klar, dass die Gründe für diese Situation nicht in einer mangelnden Nachfrage liegen können. Denn effektive, nebenwirkungsarme Wirkstoffe stellen einen wichtigen Baustein zur Bewältigung des zunehmenden Bedarfs in der psychiatrischen Versorgung dar. Seitens der Pharmaunternehmen werden vor allem finanzielle Gründe genannt. Nur 8 % der Wirkstoffe, die sich in klinischen Studien befinden, werden überhaupt zugelassen. Die Studien selbst seien im Schnitt deutlich länger und aufwändiger als in anderen Indikationsgebieten. Häufig sei der Patentschutz schon abgelaufen, bevor das Produkt sich amortisieren konnte. Nach erfolgreicher Zulassung muss seit 2011 zudem noch die Hürde der Zusatznutzenbewertung nach dem AMNOG-Verfahren genommen werden, die der G-BA mit Hilfe des IQWiG vornimmt. Bis dato wurde keinem der bisher der Nutzenbewertung unterzogenen Psychopharmaka ein Zusatznutzen zugesprochen.

Ein Lösungsansatz könnte die Anpassung der verwendeten Endpunkte an die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen sein. Auch baldige Durchbrüche in der biologischen Grundlagenforschung psychischer Erkrankungen würden der Psychopharmakoforschung Auftrieb geben. So könnten zukünftig auf der Basis objektiv messbarer Biomarker Wirkstoffe gezielter hergestellt und sinnvolle Subgruppen für die klinischen Studien gebildet werden. Wichtiger Impulsgeber hierfür wäre sicherlich ein vernetztes „Deutsches Zentrum für die Erforschung von psychischen Erkrankungen“ (DZP) mit mehreren kompetitiv ausgeschriebenen Standorten wie es die DGPPN schon lange fordert.

Ziel bleibt es, die translationale Kluft, die sich zwischen klinischer Praxis und Pharmaforschung über die Jahrzehnte aufgetan hat, zu schließen. Jedoch können Kliniken die Forschung auch heute schon dahingehend unterstützen, dass sie Rekrutierungsnetzwerke für klinische Studien stärker ausbauen. Denn nur mit der gebündelten Kompetenz der psychiatrischen Fachwelt – der Kliniken, Universitäten und der außeruniversitären Forschung – können zukünftig Durchbrüche in der Entwicklung von Psychopharmaka erreicht werden. Die DGPPN stellt als unabhängige wissenschaftliche Fachgesellschaft eine Plattform für dieses wichtige Thema zur Verfügung und bringt die Vertreter aller Seiten zusammen.

Schwerelosser Umgang

Tobi Katze hat mit seinem Buch „Morgen ist leider auch noch ein Tag“ einen Bestseller gelandet. Darin gibt er einen besonderen Einblick in das Leben mit einer Depression. Was schwer zu nehmen ist, nimmt er zwar nicht leicht, aber mit Humor. DGPPN Past President Iris Hauth hat ihn in Berlin getroffen und mit ihm über seine Geschichte und gängige Vorurteile gesprochen – und darüber, was nötig wäre, damit es erst gar nicht dazu kommt.

Hauth: Herr Katze, Sie sind ja selbst an einer Depression erkrankt. Wie war es für Sie, sich in Behandlung zu begeben?

Katze: Psychotherapie hatte ich bis dahin als etwas Schmutziges im Kopf. Das ist etwas, darüber spricht man nicht, das ist hochpeinlich, das hält man ganz unter der Decke. Zur ersten Therapiestunde bin ich förmlich hingeschlichen und habe darauf geachtet, dass mich keiner sieht, wenn ich die Praxis betrete. Ganz seltsam im Nachhinein.

Hauth: Als es hieß „Sie haben eine Depression“ – wie haben Sie sich gefühlt?

Katze: Wundervoll! Ganz, ganz wundervoll. Eines der schönsten Gefühle, an die ich mich in meinem Leben erinnern kann.

Hauth: Was war so wundervoll?

Katze: Dass mein Leiden einen Namen hat. Zu wissen, dass das eine Krankheit ist, mit der ich mich nicht abfinden muss, sondern ich konnte realisieren: „Ich bin krank! Das ist nicht normal, was hier gerade passiert und dagegen kann man sich wehren!“

Hauth: Nach den wissenschaftlichen Leitlinien empfehlen wir, dass je nach Schweregrad Medikamente und Psychotherapie parallel eingesetzt werden sollten. Haben Sie damit auch Erfahrungen gemacht?

Katze: Ich habe gute Erfahrungen mit Medikamenten gemacht und muss sagen, dass es nicht so war, wie ich mir Psychopharmaka vorgestellt habe, sondern ganz entspannt.



Es waren keine „Glücklichmacher“, sondern ich hatte das Gefühl, das erste Mal wieder Luft zum Atmen zu haben. Ich konnte mich wieder mit klarem Kopf umsehen und erkennen, was gerade schief läuft. Und das war gut – also wirklich therapieunterstützend.

Hauth: Wie lange hat es gedauert bis Sie sagen konnten: „Jetzt fühle ich mich wieder wie Tobi Katze“?

Katze: Etwa dreieinhalb Jahre nach Therapiebeginn. Es wurde besser und das merkte ich, dann kam ich auf einem Plateau an. Dass es weiter aufwärts ging, merkte ich vor allem daran, dass ich mich mit meinem früheren Leben überhaupt nicht mehr identifizieren konnte.

Hauth: Als klar war, dass Sie eine Depression haben – wie hat Ihre Umgebung reagiert?

Katze: Ich weiß, dass ich viele Leute sehr enttäuscht habe. Als feststand, dass ich Depressionen habe und mit meiner Familie und Freunden darüber gesprochen habe, kam von vielen Seiten ein „Ach, okay! Deshalb bist du manchmal so!“ und sehr viel Verständnis.

Hauth: Voraussetzung dafür war ja, dass Sie so offen gewesen sind. Diese Offenheit haben viele Menschen nicht, weil sie befürchten, wenn sie so was besprechen, dann kommen Reaktionen wie „Reiß dich mal zusammen!“. Sie haben erst in einem Blog darüber geschrieben und dann kam Ihr Buch heraus. Was war die Motivation alles aufzuschreiben?

Katze: Ein Suizid tatsächlich. Und das hat mich wirklich kalt erwischt. Menschen sterben, aber wenn es jemand ist, der so jung ist und nach außen scheinbar unbeschwert ... das hat mir den Boden unter den Füßen weggezogen. Und ich musste irgendwie lernen, mit der Trauer fertig zu werden. Mir kam der Gedanke: „Wenn dieser Mensch damit offener hätte umgehen können, wäre es vielleicht nicht so weit gekommen.“ Und aus dem Impuls heraus habe ich dann den Blog gestartet – um den Schmerz in etwas Positives zu verwandeln, indem ich vielleicht anderen Menschen das Gefühl gebe, nicht allein zu sein.

Hauth: Es gibt viele Bücher zum Thema Depression, die sehr sachlich orientiert sind. Sie haben eine ungewöhnliche Art gewählt, sich mit dem Thema zu befassen: Selbstironisch, mit Abstand, aber es gibt auch Teile im Buch, da wird die Schwere greifbar – also eine Mischung aus Tragik und Komik. Wie waren die Reaktionen darauf?



Katze: Depression ist für sich genommen kein schönes Thema. Ich finde, es braucht beides. Weil eben eine Depression nicht nur rund um die Uhr diese Dunkelheit ist. Sondern mit Abstand betrachtet sind manche Verhaltensweisen einfach wirklich komisch. Lustig-komisch. Und das wollte ich einfangen. Menschen mit Depressionen sind ganz normale Leute, die erzählen auch Witze, tragen aber etwas mit sich, das sehr, sehr dunkel und düster ist. Mir ging es darum, vor allem mit dem Humor Berührungspunkte abzubauen und nicht diese Leidensbotschaft auszusenden. Es gibt aber durchaus auch negatives Feedback. Vor allem von Menschen, die das Buch nicht gelesen haben. Die sagen, so dürfe man nicht über Depression sprechen. Ich sehe das ganz anders: Man braucht immer auch ein Augenzwinkern, um die Erkrankung einfach zu normalisieren.

Hauth: Apropos „Normalisieren“: Was denken Sie, könnte man tun, um den Umgang mit dem Thema zu verbessern?

„Die Art und Weise, wie wir über psychische Erkrankungen sprechen, muss sich ändern.“

Tobi Katze

Katze: Mir ist eine Tendenz aufgefallen: Wenn man über psychische Krankheiten spricht, wird es plötzlich immer etwas leiser. Das sollte man einfach ändern. Man könnte – gerade in den Medien – aufhören davon zu sprechen, dass sich jemand „Hilfe holt.“ Wenn ich mir ein Bein breche und damit zum Arzt gehe, sagt niemand: „Uh, ist schön, dass er sich Hilfe holt.“ Die Formulierung impliziert für mich, dass psychische Erkrankungen Krankheiten zweiter Klasse sind. Diese Vokabel zu verbannen, wenn man darüber spricht, würde helfen (lacht). Gleichzeitig werden Begriffe aus diesem Umfeld immer noch als Schimpfwörter eingesetzt. Man kann das ändern, wenn man selbst Sprachhygiene betreibt. Die Art und Weise, wie wir über psychische Erkrankungen sprechen, muss sich ändern.

Hauth: Sprache drückt Haltung aus, aber durch veränderte Sprache kann man auch die Haltung verändern.



Katze: Genau. Bei sich selbst, aber auch in seinem Umfeld.

Hauth: Was wir oft in den Medien erleben, ist, dass bei aufsehenerregenden Themen wie Terror oder Amok sofort im Raum steht: „Das kann doch nur jemand getan haben, der psychisch krank ist.“ Das zeigt, dass es immer noch ein langer Weg ist und wir immer wieder gefragt sind, bei solchen spektakulären und damit natürlich auch Stigma fördernden Berichten, aufzuklären und darauf aufmerksam zu machen, dass dieser Umgang den Betroffenen maximal schadet.

Katze: Das Schlagwort „Depression“ ist natürlich sehr griffig. Alle assoziieren damit sofort „ja, ja, die bringen sich um und sind komisch“. Punkt. Und genau das gilt es zu verbannen, viel mehr Sorgfalt walten zu lassen und sich zu fragen, ob die Erkrankung zu erwähnen eben relevant für ein Thema ist oder nicht. Das ist heutzutage wichtiger denn je – gerade vor dem Hintergrund, dass Nachrichten in den sozialen Medien durch alles und jeden zerpfückt werden.

Hauth: Stichwort „Social Media“: Sie haben ja selbst einen Blog über Ihre Erkrankung gemacht. Wie hilfreich kann das sein und gibt es auch Risiken?

Katze: Um mit dem Positiven anzufangen: Ich glaube, es kann enorm hilfreich sein. Wenn man sich schon nicht selber öffnen möchte, kann man im Internet wenigstens von anderen Menschen lesen, die das tun. Ich glaube, die häufigste Rückmeldung, die ich auf meinen Blog damals bekommen habe, war: „Danke, ich fühl’ mich nicht mehr so alleine, wenn ich das lese!“ Und das wäre anderweitig nicht möglich gewesen. Da ist einer wie du und ich, und der sagt jetzt: „Ich habe Depressionen.“ Das Negative ist eben, dass

die Menschen in sozialen Medien anonym wesentlich hemmungsloser kommentieren und antworten.

Hauth: Die DGPPN beschäftigt sich aktuell auch mit internetbasierten Interventionen, die in Europa zum Teil schon Gang und Gäbe sind, weil Studien ihre Wirksamkeit belegen. Da es zwischen Arzt und Patient ganz besonders auf die Beziehung ankommt, wird das jedoch auch sehr kontrovers diskutiert. Hätten Sie sich vorstellen können, online eine Therapie zu machen?

„Therapie war für mich immer etwas Besonderes: fast wie ein Urlaubstag sozusagen.“

Tobi Katze

Katze: Ich glaube ehrlicherweise nicht. Also nicht nur. Der feste Therapietermin einmal die Woche – vor allem das Auffaffen – war jedes Mal aufs Neue ein Erfolgserlebnis. Und wenn ich das ungeduscht im Morgenmantel vor meinem Rechner machen kann, dann empfinde ich das eher so wie E-Mails beantworten. Therapie war für mich immer etwas Besonderes: fast wie ein Urlaubstag sozusagen. Ich konnte mir danach selbst auf die Schulter klopfen und sagen: „Du hast wieder einen Termin geschafft, du warst pünktlich da.“ Ich habe mir auf dem Heimweg meistens ein leckeres Fischbrötchen gegönnt.

Hauth: Wir verstehen Onlineinterventionen ebenfalls als ein Add-on zur Face-to-face-Therapie. Ich möchte auch noch auf den Aspekt „Primärprävention“ zu sprechen kommen. Wir wissen mittlerweile vieles darüber, wie wir uns körperlich fit halten. In Schulen wird über gute Ernährung gesprochen – da ist ganz viel passiert in den letzten Jahrzehnten. Bei psychischen Erkrankungen ist das kaum der Fall. Sie haben mit Ihrem Buch viele Menschen erreicht. Haben Sie Ideen, wie man das Thema noch mehr in die Breite bringen kann?

Katze: Ein Gedanke wäre, dass wir alle netter zueinander sind. Aber das ist zugegebenermaßen etwas utopisch. Es fängt ja auch bei einem selbst an. Ich komme mir zum Teil noch albern vor, wenn ich zu mir sage: „Heute Sorge ich

mal für mich selbst.“ Das abzubauen und diese Liebe zu sich selbst klischeefrei leben zu können – das wäre eine Sache, die helfen könnte. Ich glaube, der Weg dahin führt am besten über frühestmögliche Aufklärung.

Hauth: Das würde bedeuten, dass in der Schule die Frage „Was kann ich für meine seelische Gesundheit tun, was gegen chronischen Stress?“ auf den Lehrplan kommt. Denn chronischer Stress ist erwiesenermaßen einer der Risikofaktoren, die dazu führen können, depressiv zu werden oder eine Angststörung zu entwickeln.

Katze: Ja, gerade bei Schülern ist es wichtig, aber gleichzeitig auch schwierig. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass es für junge Menschen einfach uncool ist, über psychische Erkrankungen zu sprechen.

Hauth: Das ist richtig und genau da haben wir das Vorurteil wieder entlarvt, mit dem junge Leute aufwachsen. Ich denke, es ist immer die Frage, wie man diese Themen an die jüngere Generation heranbringt. Wenn man sagt, „jetzt sprechen wir über Depressionen“, dann werden die Meisten abschalten.

Katze: Richtig. Das meinte ich mit dem Betulichen und der Sprachhygiene. Es sollte anders verpackt werden.

Hauth: Wenn man es schafft, dass junge Leute denken „das ist cool, das schaue ich mir jetzt mal genauer an“, dann ist schon viel gewonnen. Diese Richtung haben wir auch mit unserer Generation PSY eingeschlagen. Hier verwenden wir gezielt andere Wörter, andere Formate und andere Kanäle. Um noch einmal auf die Risikofaktoren zurückzukommen: Gibt es Faktoren in unserer Gesellschaft, die dazu führen können, dass man in Stress gerät und krank wird?

Katze: Ich glaube tatsächlich, dass das Arbeitsumfeld krank machen kann. Globale Faktoren drücken wahrscheinlich auf die Stimmung und stellen eine Grundanspannung her, aber ich glaube, dass man auf das direkte Umfeld schauen muss. Jeder hat seine eigenen Stresspunkte. Es gibt in jeder Lebenssituation – egal wie gut ich aufgestellt bin – individuelle Ziele, die man erreichen will, und wenn man sie vielleicht nicht erreicht, führt das zu Stress.

Hauth: Arbeitsplätze sind unsicherer geworden, die Vermischung von Joballtag und Zuhause, immer online – das sind alles Dinge, die dazu führen können, dass man nicht abschalten kann, überreizt ist und der Angstpegel steigt.

Was uns auch beschäftigt, ist das Thema Selbstoptimierung. Wie stehen Sie dazu?

Katze: Ja, ich kenne diese ganze Selbstoptimierung. Ich versuche das entweder mit den eigenen Waffen zu schlagen, indem ich völlig sinnlose To-do-Listen mache, auf denen nur Dinge stehen wie Duschen und Kaffeetrinken. Wenn das erfüllt ist, habe ich einen erfolgreichen Tag gehabt. Das ist unheimlich befriedigend! Ich glaube, der jetzige Arbeitsmarkt ist tatsächlich der größte Feind der Selbstfürsorge. Die Generation, die jetzt gerade mitten im Studium ist, hat einerseits so viele Freiheiten – gleichzeitig darf aber keine Lücke im Lebenslauf bestehen. Das ist sehr paradox: Die Arbeitgeber verlangen Flexibilität und Weltoffenheit, aber wehe, da sind drei Monate im Lebenslauf, in denen man nichts getan hat, oder sich selbst gesucht hat. Wenn sich die Chefetagen in Deutschland auf Lebensläufe einließen, die nicht geradlinig sind, wäre viel erreicht.

„Es müsste eine niedrigschwellige Anlaufstelle in jedem Bezirk geben“

Iris Hauth

Hauth: Und im Verlauf des Lebens darf es durchaus mal ein Sabbatical sein.

Katze: Ja! Aber nicht mit der Assoziation des „Auftankens“, denn das transportiert ein falsches Bild. Einmal Treibstoff einfüllen und dann leerfahren. Ich weiß gar nicht, ob das Leben so sein muss. Ob man nicht eher das eigene Belastungsniveau finden sollte, mit dem man – um im Bilde zu bleiben – einfach gemütlich weiterfahren kann, ohne dass auftanken nötig ist. Denn Wohlbefinden gibt es nicht in der „Druckbetankung“. Das muss für mich ein Kreislauf sein und immer fließen. Warmwasser mit Kaltwasser mischen, so dass es immer angenehm bleibt.

Hauth: Das ist ein schönes Bild. Wenn aber genau dies nicht gelingt, ist das Versorgungssystem gefragt. Wo sehen Sie Verbesserungspotenzial?

Katze: Also, ich glaube, wir bräuchten Kontaktstellen, die zugänglicher sind. Diese Hürde ist so wahnsinnig hoch und die Suche nach jemandem, der einen behandeln kann, ist so frustrierend.

Hauth: Da bin ich ganz bei Ihnen. Es müsste eine niedrigschwellige Anlaufstelle in jedem Bezirk geben, wo es leichtfällt, hinzugehen und seine Lage zu schildern und zu klären, was jetzt notwendig ist.

Katze: Genau das. Oder zumindest müsste es jemanden geben, der für einen diese Termine macht. Das wäre etwas ganz Konkretes. Das hätte ich mir so von meinem Hausarzt gewünscht. Deswegen glaube ich, dass es das Allerallerwichtigste ist, Hausärzte im Umgang damit zu schulen.

Hauth: Ja, das sehen Sie richtig. Die Vernetzung mit den Hausärzten ist uns ein großes Anliegen, denn sie sind – wie auch in Ihrem Fall – die erste Anlaufstelle für die Patienten. Neben allen Ansätzen in der Versorgung und in der Gesellschaft ist es wunderbar, dass es Menschen gibt, wie Sie, die so offen und kenntnisreich über Depressionen sprechen und damit viele Menschen erreichen.



Dr. med. Iris Hauth

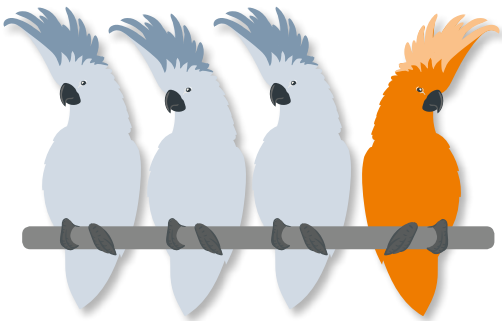
ist Ärztliche Direktorin des Alexianer St. Joseph-Krankenhauses in Berlin-Weißensee und DGPPN Past President.

Tobi Katze

ist Schriftsteller und macht Live-Literatur. Er hat Kulturwissenschaften studiert. Sein neues Buch „Immer schön die Ballons halten“ ist 2017 erschienen.

Tiefen- strömungen des Wandels

2018 steht bei der DGPPN unter dem Motto „Die Psychiatrie und Psychotherapie der Zukunft“. Dabei soll nicht nur über neue Forschungsmethoden und Behandlungskonzepte diskutiert, sondern auch gefragt werden, wie die Gesellschaft aussehen wird, in der man Psychiatrie und Psychotherapie zukünftig praktiziert. Das Zukunftsinstitut hat Megatrends definiert, die uns in den nächsten Jahren prägen werden. Sie wirken auf allen Ebenen der Gesellschaft: in Wissenschaft, Technik und Kultur genauso wie in Wirtschaft und Politik.



INDIVIDUALISIERUNG

Die neue Individualität etabliert eine Kultur der Wahl, die manche überfordert. Individualismus hat viele Spielarten: Er kann rebellisch, hedonistisch, extremistisch, sensibel oder empfindsam sein. In Zukunft ist Individualität nicht egoistisch, sondern immer mehr achtsam. Dieser Megatrend geht in die Rekursion, macht also eine Schleife – Individualisten suchen Gemeinschaft und schaffen sie sich neu. Das entwickelte Ich und das neue Wir sind in Zukunft zwei Seiten derselben Medaille.

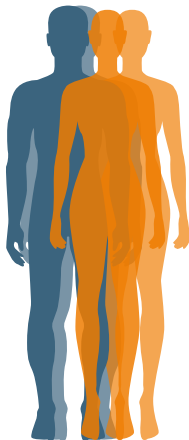


KONNEKTIVITÄT

Das Leben wird total vernetzt. Moderne Kommunikationstechnologien mit dem Internet im Zentrum verleihen dem Megatrend Konnektivität eine unbändige Kraft. Kein Megatrend kann mehr verändern, zerstören und neu schaffen. Kein Megatrend löst mehr Disruption aus. Durch seinen Einfluss entstehen neue Formen der Gemeinschaft, des Zusammenarbeitens, Wirtschaftens und Arbeitens. Aber es gibt auch Gegenbewegungen – eine neue Achtsamkeit im Umgang mit den Möglichkeiten von Konnektivität entsteht.

NEW WORK

Umbrüche in der Gesellschaft und neue Prozesse in der Wirtschaft führen zu fundamentalen Veränderungen in der Arbeitswelt, sie bestimmen den Megatrend „New Work“. In einer so digitalisierten wie globalisierten Zukunft wird Arbeit im Leben der Menschen einen neuen Stellenwert einnehmen, Arbeit und Freizeit fließen ineinander. Technologie ist wichtig, aber nicht dominant – der Mensch bleibt entscheidend. Seine Talente zählen, in der neuen Arbeitswelt setzt die Ära des Talentismus ein.



GENDER SHIFT

Das Geschlecht verliert an gesellschaftlicher Verbindlichkeit. Dies hat weitreichende Folgen in Wirtschaft und Gesellschaft – und ermöglicht es immer mehr Individuen, auf ihre eigene Art und Weise glücklich zu werden. Die Geschlechterbilder fusionieren, alte Rollenbilder und Karrieremodelle lösen sich endgültig auf, die Gesellschaft wird dadurch kulturell anders gepolt und geprägt. Aber auch hier ist „retro“ schon Teil des Trends – als prallig grelles Remake der alten Klischeebilder von Mann und Frau.



GLOBALISIERUNG

Wenn man die Fakten betrachtet, ist Globalisierung mehr Frohbotschaft als Drohbotschaft – die Welt, die immer mehr zusammenrückt, wird besser. Das Internet als weltumspannendes Medium fördert eine globale Kultur im virtuellen Raum. Wenn Konnektivität und Globalisierung zusammentreffen, entsteht Reibung und Disruption. Global agierende Plattform-Konzerne werden ohne eigene Infrastruktur neue wirtschaftliche Großmächte und krepeln ganze Branchen um. Rekursion zur Globalisierung: die Wiederkehr des Lokalen und Ursprünglichen im neuen Kleid.

SICHERHEIT

Was mit „Cyber“ beginnt, verändert den Begriff von Sicherheit – das macht diesen neuen Megatrend aus. Instanzen können keine Sicherheit mehr versprechen. Menschen sind Sicherheitsfaktoren, nicht nur Risikoträger. Unternehmen übernehmen mehr Verantwortung für ihre Sicherheit, der Staat nimmt sich zurück. Die neue Sicherheitskultur ist agil, beweglich, flexibel und auch disruptiv. Sie muss schnell Antworten geben auf die neuen Herausforderungen in der Welt der Cyber-(In-)Security.

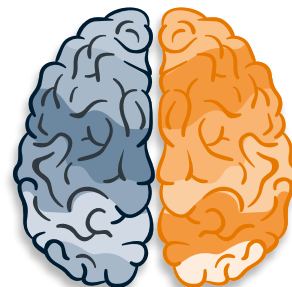


URBANISIERUNG

Die Urbanisierung ist stark wie nie: Die immer größeren Megacities außerhalb Europas bekommen die wirtschaftliche Kraft ganzer Volkswirtschaften und entwickeln disruptives Potenzial. Die Grenzen zwischen Stadt und Land sind fließend – in riesigen urbanen Flächenräumen genauso wie in dicht besiedelten Städten, die durch Urban Farming „essbar“ gemacht werden. Städte stehen im internationalen Wettbewerb um neue Industrien und talentierte, mobile Menschen. Einerseits wachsen neue urbane Konglomerate, andererseits besinnen sich alte, gewachsene Städte auf ihren Vorteil: kulturelle Stärke und Lebensqualität.

WISSENSKULTUR

Dieser Megatrend geht in die nächste Dimension – aus Neuem Lernen wird das Prinzip der Wissenskultur. Im Umbruch von der Industrie- zur Wissensgesellschaft wird Bildung zu einer Kulturfrage, die die ganze Gesellschaft betrifft. Hier entscheidet sich die Zukunftsfähigkeit von Individuen, Unternehmen und ganzen Volkswirtschaften. Wissen bleibt Macht, aber in Zukunft können immer mehr Menschen Zugang zu dieser Macht haben. Und ein Treiber dafür ist die Digitalisierung von Wissen und Bildung.



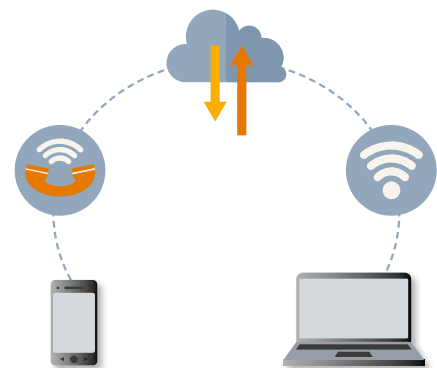


SILVER SOCIETY

Die Alten werden immer mehr: Silver Society wirkt weltweit und gesellschaftsübergreifend. Sie hat umwälzendes Potenzial, denn sie verändert die Systeme und Infrastrukturen so grundlegend wie nachhaltig. Parallel dazu prägen sich neue Lebensstile im Alter aus, die das Altersbild der Gesellschaft neu formen. Lebensphasen verschwimmen ineinander, der alte Dreischritt des Lebens, Jugend – Arbeit – Pension, weicht multigrafischen Lebensläufen. Der Un-Ruhestand wird das kulturelle Gegenmodell zum traditionellen Modell der Rente.

MOBILITÄT

Die globale Gesellschaft ist unterwegs, mit Menschen und Daten – Mobilität treibt sie an. Orte verlieren ihre bindende Kraft, Heimat wird ein relativer Begriff, mobil Sein wird zur kulturellen Pflicht. Verkehrsstationen werden zu Arbeits- und Lebensräumen, die Fixpunkte bilden im fließenden mobilen Lifestyle. Das Auto büßt seine dominante Stellung ein und wird zum autonomen Daten-Fahrzeug weiterentwickelt. Das Zusammentreffen von gesellschaftlicher Veränderung und neuen technologischen Möglichkeiten entwickelt gerade in der Mobilitätsbranche große Kraft.



NEO-ÖKOLOGIE

Umweltschutz, Ressourcenschonung, Corporate Social Responsibility: Neo-Ökologie verschiebt die Koordinaten des Wirtschaftssystems in Richtung einer neuen Business-Moral, die Märkte und Konsumverhalten radikal verändert. Wachstum wird künftig als eine neue Mischung, bestehend aus Ökonomie, Ökologie und gesellschaftlichem Engagement verstanden.

GESUNDHEIT

Gesundheit ist nicht mehr nur ein erstrebenswerter Zustand, sondern Lebensziel und Lebenssinn. Dieser Trend verknüpft psychische und physische Dimension immer enger, Gesundheit und Zufriedenheit verschmelzen. Die Menschen übernehmen mehr Verantwortung für ihre Gesundheit und treten dem Gesundheitssystem selbstbewusster gegenüber. Detoxing, Bewegung und Selftracking sind integrale Bestandteile der Gesundheit als kulturelle Dimension des modernen Lebens.





EINE HEFTIGE WOCHE

Chrismon-Autorin Christine Holch berichtet in einer eindrücklichen Reportage von ihren Erlebnissen und Begegnungen auf einer Psychiatriestation in Berlin. Der Artikel wurde kürzlich mit dem DGPPN-Medienpreis ausgezeichnet, weil er Vorurteilen ein realistisches Bild entgegensetzt. *Psyche im Fokus* hat einen Auszug zusammengestellt.*

Eben wirkte alles noch so normal: Oberärztin Lieselotte Mahler, 40, trägt keinen weißen Kittel, sondern eine Bluse über der Jeans; sie hat keine Spritze in der Hand, sondern ein Telefon. „Wir wollen hier so viel Normalität wie möglich“, sagt die Psychiaterin und Psychotherapeutin. Also gibt es im Speiseraum nicht nur Löffel, sondern auch Messer und richtige Gläser.

Psychiatrie gilt als gruseliger, als schlimmer Ort, überall Zwang und Wahn. Oberärztin Lieselotte Mahler will auf ihrer Station möglichst ohne Betonspritze und Fesselung auskommen. Ob das geht?



Lieselotte Mahler, Oberärztin

Wollen die Patienten ihre Ruhe, schließen sie ihre Zimmertür per Chip. Vor einem Aquarium auf dem Flur stehen Sofas. Fast wie Hotel.

Station 37 nennt sich fortschrittlich. Deshalb habe ich mir diese psychia-

trische Akutstation ausgesucht. Wir befinden uns im St.-Hedwig-Krankenhaus in Berlin-Mitte (Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St.-Hedwig-Krankenhaus). Ich will ein paar Fragen klären: Sind Psychotiker gefährlich? Kann man mit Menschen, die Wahnvorstellungen haben, überhaupt reden? Und geht Psychiatrie auch ohne Zwang – ohne Fesselung und die berüchtigte „Betonspritze“? Dafür bin ich eine Woche in der Psychiatrie.

Eben war alles noch so normal. Dann stehe ich im Stationszimmer. Ich schaue rechts: Da sitzen die Mitarbeitenden beim Frühstück zusammen. Ich schaue links, durch ein Fenster in der Wand ins Nebenzimmer: Dort liegt ein Mann auf dem Bett, er ist gefesselt, mit Gurten um Handgelenke, Knöchel und über der Brust.

Das Bundesverfassungsgericht erhob 2011 Einspruch gegen Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie, schließlich greifen Fixierung und Zwangsmedikation massiv in Grundrechte ein. In der Folge wurden Gesetze geändert. Nun sind Zwangsmaßnahmen unter strengeren Vorgaben als vorher erlaubt – als Ultima Ratio, als letztes Mittel. Damit hängt es von den Psychiatrieangestellten ab, wie viele vorletzte und also mildere Mittel sie sich einfallen lassen.

„Ich werde hier vergiftet!“

Was ist passiert auf Station 37? Der Mann war unter Einfluss von Crystal Meth in den Verkehr gelaufen, nackt und verwirrt. Die Polizei brachte ihn. Und hier sprang er dann mit dem Kopf gegen die Tür seines Zimmers. Man habe ihn fixiert, erklärt Oberärztin Mahler, um ihm Blut abnehmen zu können – man wollte herausfinden, ob er „vital bedroht“ war. Ja, er war

ausgetrocknet, hatte tagelang nichts getrunken. Er bekam dann Flüssigkeit per Infusion, außerdem fünf Milligramm Haldol gegen den psychotischen Zustand und ein Schlafmittel. Seitdem schläft der Mann. Er soll Lehrer sein.

Es ist eine „heftige Woche“, in der ich zu Besuch komme, sagt Oberärztin Mahler später, eine Ausnahmewoche. Die „meist offene“ Station ist diese Woche eine geschlossene Psychiatrie – weil gleich mehrere Patienten überhaupt nicht rausdürfen. Zudem ist unvorhersehbar von drei Stationsärzten nur eine da, nämlich die Psychiaterin Lee, 40.

Montagmorgensvisite in ihrem Zimmer. Eine gequälte Seele nach der anderen setzt sich neben den Schreibtisch. Die Ärztin begrüßt mit Handschlag, beugt sich vor, schaut den Menschen in die Augen: Wie geht es Ihnen? Eine Frau nach Suizidversuch: „Geht so.“ Ein sorgenvoller Mann: „Ich werde hier vergiftet. Auf dem Essen liegen durchsichtige Sträußchen, wie Angelschnüre.“ [...]



Angelika Vandamme,
Psychotherapeutin auf Station 37



Ina Jarchoh-Jádi,
Pflegedirektorin

Stunden später, die Stationsärztin legt den Kopf auf die Arme: „Ich kann nicht mehr. Ich habe Hunger. Es ist so warm.“ Das Fenster lässt sich nur wenige Zentimeter öffnen. Damit niemand rauspringt. Dann gibt sie der nächsten Patientin die Hand, beugt sich vor und fragt: „Wie geht es Ihnen?“ [...]

Jeder Patient darf sich eine Bezugsperson aussuchen

Was habe ich jetzt gelernt? Dass man mit Psychosekranken reden kann – sie sind keine Aliens vom anderen Stern, wenn auch ein wenig rätselhaft. Und dass die Kranken hier nicht als Zombies über die Flure wanken. Was auch mit der niedrigen Medikation zu tun hat. Jahrzehntlang wurden Menschen in psychotischen Krisen überdosiert. 40 Milligramm Haldol waren durchaus üblich, heute liegt man weit darunter. Besonders radikal aber ist man hier: Zwei Milligramm reichen meist, so die Erfahrung.

Im Stationszimmer verteilt Schwester Annegret die Abendmedikation. Die Patienten dürfen hier das Stationszimmer betreten, jedenfalls ein Stück weit. Was heißt „dürfen“! Sie tun es einfach. Manche wagen in Aufwallung auch weit in den Raum oder schnappen sich, ohne zu fragen, das Telefon. Mal wird das

kopfschüttelnd geduldet, mal werden sie sacht Richtung Tür geschoben. [...]

In Metropolen laufen besonders viele Verrückte herum

[...] Mit der Pflegedirektorin treffe ich mich im Garten zwischen den roten Backsteingebäuden des Krankenhauses. Stimmt mein Eindruck, dass in Berlin besonders viele Verrückte rumlaufen? Ina Jarchoh-Jádi, 55, denkt nach und dreht sich dabei eine Zigarette. Könnte stimmen, sagt sie, weil Menschen, die ein bisschen ungewöhnlich sind, gern in Metropolen flüchten, da fühlen sie sich nicht so beobachtet. „Plakativ gesagt: Wenn jemand mit der Mülltonne diskutiert, beunruhigt das in Berlin keinen, im Odenwald sehr wohl.“

Und was muss man tun, um in Berlin von der Polizei in die Psychiatrie eingeliefert zu werden? „Nur verrückt und skurril zu sein, reicht nicht aus“, sagt die Pflegedirektorin. Auch wer seine Mitmenschen schwer nervt – indem er die Auslage eines Obsthändlers komplett umsortiert oder nachts lauthals und dringlich im Treppenhaus betet –, kann nicht gegen seinen Willen in der Psychiatrie untergebracht werden. „Letztlich muss etwas vorfallen, was gefährlich wirkt“, sagt Ina Jarchoh-Jádi.

Jemand rennt auf die Kreuzung und „regelt“ den Verkehr; oder jemand bedroht die Nachbarn, weil er glaubt, dass sie ihn durch winzige Risse in der Wand mit Viren verseuchen.

[...] Auffällig, wie sie auf Station 37 über die Patienten und Patientinnen sprechen. Ich habe keine abfälligen Bemerkungen gehört. Man sagt nicht: „Herr X ist heute aggressiv.“ Sondern: „Herr X ist gerade sehr angespannt.“ Was aggressiv ist, sei schließlich Interpretationssache. Manchmal kündige die Polizei einen „aggressiven jungen Mann“ an, erzählt Pfleger Hans, und dann werde ein Häufchen Elend in Handschellen abgeliefert. [...]

„Die Patienten sind so ehrlich, sie tragen ihr Herz auf der Zunge!“

Man mag die Psychosekranken. Dabei arbeiten auf Station 37 viele, die sich die Psychiatrie niemals als Arbeitsfeld hatten vorstellen können. Dann führte ein Praktikum sie hierher oder ein Überbrückungsjob, und sie blieben. Was bloß kann man an Psychotikern mögen?

„Viele haben eine tiefe Anarchie in sich, sie begehren ständig gegen Regeln auf, das ist mir irgendwie sympathisch“, sagt die Pflegedirektorin. „Und sie verstellen sich nicht. Das können sie gar nicht.“ Stationsärztin Lee ist fasziniert von der Sensibilität mancher Patienten: „Die sehen sogar, wenn ich geknickt bin oder wenn eine Mitarbeiterin schwanger ist.“ Und die Psychotherapeutin Angelika Vandamme, 29, strahlt, als sie sagt: „Die Patienten sind so ehrlich, sie tragen ihr Herz auf der Zunge!“

Vandamme bietet „Gespräche“ an. Viele Kranke nutzen diese, um einfach mal erzählen zu können, was sie gerade an

Furchtbarem erleben. Erst nach mehreren Krisen haben sie dann vielleicht den Wunsch zu verstehen: Warum ich? Was hat das mit mir zu tun? [...]

Jeden Tag das Risiko abwägen: Ausgang – ja oder nein?

[...] Eingesperrtsein verstärkt die Wut. So trägt die Psychiatrie selbst zu aggressivem Verhalten bei. Und für das Leben nach der Psychiatrie lernt man ohne Ausgänge auch nichts. Das Team auf Station 37 wägt bei jedem Patienten jeden Tag das Risiko ab. Die Gerichte tragen das Konzept mit. [...] Das Wichtigste sei, mit Erkrankten genau so zu reden wie mit Gesunden. Und nie so laut wie der Mensch, den man in der Krise antrifft. Sondern zum Beispiel so: „Ich weiß ganz wenig über Sie, und deshalb mache ich mir Sorgen.“

„Er fleht uns an: Macht, dass die aufhören zu töten!“

[...] So ganz komme ich nicht mit: Die Profis hier erzählen mir, man könne mit Psychosekranken reden, man wolle keinen Zwang ausüben, die Leute nicht fixieren und auch nicht einsperren. Und dann tun sie es manchmal doch.

Wie das kommt, soll mir am Mittwoch Gabi Quente erklären. Die 51-Jährige ist Stationsleiterin von Station 36, der benachbarten Psychiatriestation. „Gleich“, sagt sie, als ich die Station betrete, „ich muss noch bei der Krise hier mitmachen.“ Der alte Mann, der vor ihr steht, ist in großer Not: „Die Kinder sind im Hof! Tot! Mit abgeschlagenen Köpfen!“ [...]

Eine Behandlung lehnt er bisher ab. Gabi Quente schlägt ihm vor, sein Bett aus dem Zimmer rauszurollen, direkt vors Stationszimmer. Der Mann nickt. Das Bett rollt heran, er legt sich erschöpft hinein. „Er fleht uns an: ‚Macht,



Rainer Welsch,
Stationsleiter der 37

dass die aufhören zu töten“, erzählt mir Quente, „vielleicht hat er schlimme Gewalt erfahren.“ Die Ärztin habe jetzt über Amtsarzt und Gericht Zwangsmedikation beantragt, sonst kriege man ihn aus der Krise gar nicht mehr heraus. [...]

Andreas Gervink, Bereichsleiter der Psychiatriepflege, hat sich zu uns gesetzt. In Bewerbungsgesprächen, sagt er, frage er auch nach der Einstellung zur Fixierung. Manche sagen: „Das ist mein Job.“ Besser gefällt Gervink diese Antwort: „Das ist eine Ausnahmesituation. Wenn wir wirklich alles versucht haben.“

Der heute 51-Jährige hat als Pflegeschüler noch Pfleger erlebt, die den Schlüsselbund lässig aus der Hand hochwarfen und so über den Flur gingen – sie fühlten sich als das Epizentrum der Macht. Dabei, das weiß man mittlerweile im St.-Hedwig-Krankenhaus, entweichen mehr Patienten bei geschlossener Stationstür als bei offener Tür. „Da betritt zum Beispiel eine Reinigungskraft die Station, und der Patient drängt sich blitzschnell durch die Tür.“

Klar, wer sich eingeschlossen fühlt, will sich befreien, eine gesunde Reaktion. Auf Station 36 ist die Tür heute offen, nur ein Patient darf nicht raus. [...]

Abends kann die Ärztin nur noch Seichtes im TV sehen

Zurück auf Station 37 [...]. Es ist Abend geworden, Stationsärztin Lee ist immer noch da. Im Treppenhaus brüllt jemand. Der Mann, der seine schwangere Tochter niedergeprügelt hat, die Frau mit den dunkellila geschlagenen Augen. Die schmale Ärztin strafft sich und geht raus ins Treppenhaus. Sofort hört der Mann auf zu schreien. Er will seine Tochter sehen – darf er nicht. Und er will selbst aufgenommen werden – dafür muss er in die Rettungsstelle gehen. Der Mann trollt sich. „Gespräche sind das Wichtigste“, sagt die Ärztin, „aber ich habe oft zu wenig Zeit für Gespräche.“ Lee findet ihre Arbeit so aufregend, dass sie manchmal abends im Fernsehen nur noch „Seichtes“ anschauen könne. [...]

Kaum war sie Oberärztin geworden, änderte sie ziemlich viel

Ich habe heute gelernt, dass manchmal mehr Geräusch ist als tatsächliche Gefahr. Und dass Zwangsmaßnahmen eher zu verkräften sind, wenn man hinterher darüber spricht. Nur eins weiß ich immer noch nicht: Wie wird man hier gesund? Morgen ist große Visite.

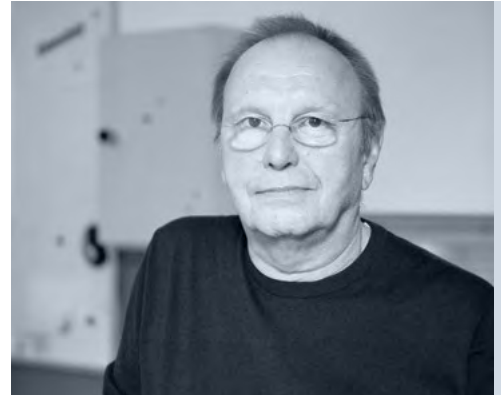
Donnerstag, auf der Wochentafel im Flur steht „Oberarztvisite“. Die große Runde heißt so wie in allen Kliniken. Aber sie ist anders. Weil Oberärztin Lieselotte Mahler die klassischen Visiten unerträglich fand, die sie als Assistenzärztin erlebt hat. Beispiel: Patientin kommt ins Arztzimmer, direkt aus der Isolation, mit Haldol überdosiert und entsprechend erstarrt; Oberarzt begrüßt sie nicht, sondern sagt: „Viele

Hunde sind des Hasen Tod – was heißt das?“ Patientin starrt weiter stumm an die Decke. Oberarzt: „Sehen Sie, Frau Mahler, das sind formale Denkstörungen.“ Patientin wird rausgeführt. Alles Wichtige entscheidet man ohne sie: Medikamente, Verlängerung des Aufenthalts, Ausgänge.

Nach solchen Visiten sei die Stimmung auf Station regelmäßig eskaliert. Kein Wunder. Die Patienten hatten den durchaus realistischen Eindruck: „Die haben sich gegen mich verschworen!“ Kaum war Lieselotte Mahler Oberärztin geworden, änderte sie ziemlich viel, zusammen mit Pflegedirektorin Jarcho-Jádi. Sie nennen es das „Weddinger Modell“, weil sie vor allem die Menschen im Bezirk Wedding versorgen. [...]

Die „Betonspritze“ gibt es nur noch „extrem selten“

Jede Stimme zählt in dieser Visite. Die Hierarchie ist flach. Die Oberärztin hat Entscheidungsmacht abgegeben, auch Deutungsmacht, auch an die Kranken. Das kostet nichts und nützt doch viel, wie gerade eine erste Auswertung des „Weddinger Modells“ ergab: Die Therapien helfen besser, weil sie passgenau sind. Weil man näher an den Patienten dran sei, müsse man nur noch halb so oft fixieren wie früher, sagt Lieselotte



Hans Niermann, Pfleger auf Station 37

Mahler, und sowieso viel kürzer als in vielen anderen Psychatrien.

Und was ist nun mit der „Betonspritze“, über die sich Psychiatrieerfahrene in Foren austauschen? Das Medikament heißt eigentlich Ciatyl-Z, sagt die Oberärztin, es hemme für drei Tage die Motorik, wirke aber „kaum therapeutisch“, denn Wahn und Angst tobten im Inneren des Menschen weiter, ohne dass er die Qual körperlich ausdrücken kann. Sie gebe das Medikament nur noch „extrem selten“, etwa wenn sie eine tagelange Fixierung vermeiden wolle. Oder weil Patienten danach verlangen: „Ich brauch jetzt die Ciatyl-Spritze, sonst wird es gleich ganz, ganz schlimm.“



Gabi Quente, Leiterin der Station 36

Symptomfrei – aber alles andere liegt in Asche

Geht Psychiatrie nicht auch ganz ohne Zwang? „Das würden wir uns alle wünschen“, sagt Oberärztin Mahler. „Es geht mit deutlich weniger Zwang als in vielen Psychiatrien üblich, aber nicht ganz ohne – wenn man sich auch verantwortlich fühlt für Menschen in absoluten Ausnahmesituationen, die sich selbst oder andere gefährden.“

Nicht seltener geworden sind Zwangsmaßnahmen, wenn ein Patient von der Polizei gebracht wird. Da habe es vorher schon zu viel Eskalation gegeben, sagt Mahler, da könne ihr Konzept noch gar nicht greifen: dass man eine Beziehung aufbaut. Was mit drei Pflegenden in der Frühschicht und zwei in der Spätschicht knapp gelinge. Gut, dass man ein attraktives Krankenhaus sei und also Pflegeschülerinnen und Psychologiestudierende anziehe. Die zum Beispiel jemanden auf einem Ausgang begleiten können.

Erstaunlicherweise brauchen sie jetzt nur noch halb so viele Medikamente. Ohnehin wirken Neuroleptika bei einem Drittel der Patienten gar nicht, wie Studien zeigen. Bei den anderen beseitigen sie ganz oder teilweise die Symptome – Stimmenhören und Verfolgungswahn etwa.

Aber vielen Patienten erscheint die Welt dann grau in grau, sie können ihr eigenes Leben nicht mehr erleben. Oder sie sind durch die Medikamente fettleibig geworden, dabei gerade 20 Jahre alt, sie möchten sich verlieben, wie alle. Dann ist man zwar symptomfrei, aber alles andere liegt in Asche. Symptomfreiheit ist keine Garantie für Lebenszufriedenheit.

Die Station ist wie verwandelt, so ruhig

Und wann ist man mit dem Leben zufrieden? Wenn man einen Wohnraum hat, wo man sich sicher fühlt, sagt Lieselotte Mahler, wenn man in Kontakt mit anderen Menschen ist und irgendwie gebraucht wird, „das ist doch für uns alle Lebensqualität“. Deswegen halten die Patienten und Patientinnen oft ganz andere Hilfen für wertvoll als die Medikamente: dass die Sozialarbeiterin mit ihrer Hartnäckigkeit ihnen eine Wohnung organisiert; oder dass die Ergotherapeutin mit ihnen einen Kuchen backt, für den sie dann von den Mitpatienten Anerkennung bekommen.

Freitagmorgen, die Tür zu Station 37 ist zum ersten Mal in dieser Woche auf. Die Station ist wie verwandelt, so ruhig. In den Ergotherapieraum tröpfeln nach und nach neun Kranke, als bald sitzen

sie versunken um den Tisch. Wer etwas Einfaches machen möchte, bekommt von Kathrin Bücke Mandalas zum Ausmalen. Ein schwer kranker Mann entscheidet sich für einen Engel. [...]



Hakan, psychiatrieeffahrener Genesungsbegleiter

*Der gesamte Artikel ist auf www.chrismon.evangelisch.de/heftige-woche zu finden.

Autorin

Christine Holch, Chefreporterin
Gekürzter Nachdruck aus
„Chrismon – das evangelische Magazin“
11/2016

Fotografen

Djamila Grossman

DGPPN-Medienpreis

Mediendarstellungen beeinflussen in hohem Maße das Bild, das sich die Öffentlichkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen macht. Aus diesem Grund prämiert die DGPPN jährlich gemeinsam mit der Stiftung für Seelische Gesundheit herausragende Beiträge zu psychischen Erkrankungen mit dem DGPPN-Medienpreis für Wissenschaftsjournalismus.

Dieser Termin gehört in jeden Kalender:
vom 28. November bis 1. Dezember 2018
steht der DGPPN Kongress in Berlin ganz
im Zeichen der Versorgung und Wissen-
schaft von morgen.



DIE ZUKUNFT IM BLICK

DGPPN KONGRESS 2018: DER EXPERTENGIPFEL IN BERLIN

Wohin bewegt sich die Forschung in den nächsten Jahren? Vor welchen Herausforderungen steht das Versorgungssystem? Wie beeinflussen gesellschaftliche Trends die psychische Gesundheit? Hochkarätige Keynote-Speaker aus aller Welt beleuchten während vier Kongress-tagen diese und weitere brandaktuelle Themen und be-fassen sich intensiv mit der Zukunft der Psychiatrie und Psychotherapie. Auf der Agenda stehen neue Ansätze in der Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabili-tation psychischer Erkrankungen sowie politische und gesellschaftliche Entwicklungen. Zukunftsforscher wer-den aufzeigen, wie sich Arbeits- und Freizeitwelt verän-dern und welche Auswirkungen dies auf die psychische Gesundheit hat. Unter dem Leitmotto „Die Psychiatrie und Psychotherapie der Zukunft“ entsteht ein außer-gewöhnliches Programm mit spannenden Symposi-en, interaktiven Diskussionsforen, einem erstklassigen Fort- und Weiterbildungsprogramm und abwechslungs-reichen Rahmenveranstaltungen. 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. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf dem interdisziplinären und praxis-orientierten Wissenstransfer.

Renommierte Keynote-Speaker zu Gast

Die Präsidentin des Wissenschaftszentrums für Sozial-forschung, Jutta Allmendinger sorgt in der Kongress-eröffnung für den standortbestimmenden Einstieg. Allmendinger beschäftigt sich mit den großen gesell-schaftlichen Fragen der kommenden Jahre aus sozi-alwissenschaftlicher Perspektive und skizziert gegen-wärtige und zukünftige Werte und Wünsche sowie Hoffnungen und Sorgen der Bevölkerung.

Über eine Technologie, die heute schon Realität ist, wird Tom Craig referieren. Er leitet das AVATAR Research Team am Londoner King's College und befasst sich mit dem Einsatz von Avatar-Programmen bei der Behand-lung von akustischen Halluzinationen bei psychotischen Patienten.

Ein weiterer Hochkaräter auf dem Kongress ist Stefan Priebe vom Londoner Wolfson Institut für Präventivme-dizin. Er befasst sich in seiner Forschung schwerpunkt-mäßig mit sozialen Interaktionen in der psychiatrischen Versorgung und wird mit einem Vortrag das Programm bereichern.

Für spannende Einblicke in die evolutionären Grundla-gen von Konzepten wie Fairness und Empathie sorgt der Primatologe Frans de Waal. Der Top-Forscher aus den Niederlanden untersucht seit Jahrzehnten die Ähnlich-keiten zwischen Mensch und Menschenaffe hinsichtlich prosozialem Verhalten.

Des Weiteren wird die führende Expertin für Persön-lichkeitsstörungen, Sabine C. Herpertz aus Heidelberg, eine Lecture halten. Über neueste Entwicklungen in der Psychiatrieforschung spricht Andreas Meyer-Lindenberg vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit.

Vier Tage – ein Kongress der Extraklasse

- 28. November bis 1. Dezember 2018 | CityCube Berlin
- Rund 9000 Teilnehmer
- Über 650 Einzelveranstaltungen
- CME-Zertifizierung beantragt
- Fort- und Weiterbildungsakademie mit rund 80 Workshops
- Schwerpunkte für Pflege- und Gesundheitsfach-berufe und den Nachwuchs

ALLE FACETTEN DER PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

Mittlerweile ist der DGPPN Kongress europaweit zum zentralen Forum der psychischen Gesundheit avanciert. Was bedeuten aktuelle Strömungen des Wandels wie Digitalisierung und Automatisierungen, Globalisierung und demographischer Wandel für die Menschen und das Fach Psychiatrie und Psychotherapie? Wie begegnet das medizinische Fachgebiet, das von der Arzt-Patienten-Beziehung geprägt ist wie keine andere Disziplin, dem ökonomischen Druck des Gesundheitssystems? Wie kann die Versorgung von morgen aussehen und welche ethischen Implikationen sind zu berücksichtigen? Die vielfältigen Veranstaltungsformate des DGPPN Kongresses greifen diese und weitere Fragen auf und bieten ein breites Themenspektrum, das biologische, psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Inhalte ebenso umfasst wie gesundheitspolitische, gesellschaftliche und kulturelle Aspekte.

Wissen effizient erweitern mit der DGPPN Akademie

Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen entwickeln sich ständig weiter. Mit der CME-zertifizierten Akademie für Fort- und Weiterbildung bietet der DGPPN Kongress 2018 die beste Gelegenheit, die eigenen Fachkenntnisse auf den neuesten Stand zu bringen. Auf dem Programm stehen rund 80 Workshops, die im Zuge der Kongressanmeldung ab dem Frühjahr zusätzlich buchbar sein werden. Das thematische Spektrum ist breit, neben der Wissensvermittlung stehen vor allem praktische Fertigkeiten für die eigene Berufspraxis im Vordergrund. Das Kursangebot der DGPPN Akademie wird von den Teilnehmern jedes Jahr aufs Neue evaluiert und von der Berliner Ärztekammer zertifiziert. Zusätzlich zum Workshop-Programm vermitteln die beliebten State-of-the-Art-Symposien umfassende Einblicke in die allerneuesten Erkenntnisse aus Forschung und Praxis zu einzelnen Störungsbildern. Zu den Themen gehören regelmäßig unter anderem ADHS in der Lebensspanne, Alkoholabhängigkeit, Angststörungen, Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Demenzen, Persönlichkeitsstörungen, Psychische Komorbidität bei Adipositas, Unipolare Depression, Therapie im Maßregelvollzug, Schizophrenie, Somatoforme Störungen und Zwangserkrankungen.

Treffpunkt für den Nachwuchs

Auf dem DGPPN Kongress treffen sich nicht nur gestandene Experten vom Fach, sondern auch Medizinstudierende, PJler und Assistenzärzte. Für sie gibt es ein spezielles Nachwuchsprogramm mit Symposien, Meet-the-Expert-Runden und Pro-Con-Debatten. Der DGPPN Kongress hat sich zum Ziel gesetzt, die Generationen innerhalb des Berufsfeldes miteinander zu vernetzen. Junge Psychiater und solche, die es werden wollen, haben die Gelegenheit, sich direkt mit führenden Persönlichkeiten des Faches auszutauschen und wertvolle Kontakte zu knüpfen. Studierende haben die Möglichkeit, mit einem der insgesamt 300 Stipendien kostenlos am Kongress teilzunehmen.

Jetzt anmelden und Beiträge einreichen

Wer neugierig auf die Zukunft ist und den Wandel der psychiatrischen Versorgung aktiv mitgestalten möchte, für den ist der DGPPN Kongress ein Pflichttermin. Der Startschuss für die Anmeldung ist bereits gefallen. Ab sofort können Symposien, freie Vorträge und/oder Poster online eingereicht werden. Alle Informationen zum Spitzentreffen der Psychiatrie und Psychotherapie und zur Einreichung Ihrer wissenschaftlichen Beiträge und zur Registrierung finden Sie auf unserer Kongresswebsite.

Die Fristen auf einen Blick

THEMATISCHE SYMPOSIEN

Anmeldeschluss: 13. April 2018

FREIE VORTRÄGE

Anmeldeschluss: 22. Juni 2018

POSTER/ E-POSTER

Anmeldeschluss: 22. Juni 2018

Einreichung ab sofort online auf www.dgppnkongress.de



BERLIN – DEUTSCHLANDS KONGRESSHAUPTSTADT

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 weltofene 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 den DGPPN Kongress, der sich im November mit den Herausforderungen der Zukunft im Hinblick auf Psychiatrie und Psychotherapie befassen wird.

Generation
PSY

Hypersomnia ist kein Weltraum- dings.

Aus dem Winterschlaf erwacht: Das mittlerweile fünfte Kampagnenthema der DGPPN-Nachwuchsinitiative geht zum Sommersemester an den Start.

Generation PSY

erkundet die Welt des Schlafes

Im April taucht die Nachwuchsinitiative der DGPPN in das weite Universum von Schlafstörungen ab und ergründet ihr Auftreten zusammen mit psychischen Erkrankungen.

Die neue Kampagne beleuchtet unter der Überschrift „Hypersomnia ist kein Weltraumding.“ das Thema Schlaf wie gewohnt in ungewöhnlicher Weise und zeigt, dass Psychiatrie und Psychotherapie alles andere als müde Themen zu bieten hat. Hyper... was? Hypersomnia (dt. Hypersomnie) – was nach Überschallgeschwindigkeit und Warpantrieb klingt, ist eine überdurchschnittlich hohe Tagesmüdigkeit, die im Zusammenhang mit einer

Depression stehen kann, aber nicht muss. Auf den ersten Blick scheint eine Anziehungskraft zwischen psychischen Erkrankungen und Schlafstörungen zu existieren. Als Psychiater gilt es, hier besonders wachsam zu sein und den Ursachen des gestörten Schlafes auf den Grund zu gehen. In diesem Sommersemester entführt das neue Themenspecial auf www.generation-psy.de Medizinstudierende und Assistenzärzte in

die unendlichen Weiten eines Schlaf-labors, macht klar, warum Psychiater ein Beruf ist, von dem man träumen kann, und öffnet das Logbuch mit geballtem Hintergrundwissen. Dabei bleibt Generation PSY auf intergalaktischem Kurs: Das Kampagnenmotiv wird von der DGPPN-Geschäftsstelle aus an zahlreiche Klinikwände und Universitäten gebeamt und folgt weiter der Mission, junge Menschen für den Psychiaterberuf zu begeistern.

Ein Traum wird wahr

Frankfurt, null Grad, die Frisuren müssen sitzen. Der Grund für die Reise in die Mainmetropole könnte ausgezeichnete nicht sein, denn Generation PSY gehört zu den Preisträgern des German Design Awards 2018 in der Kategorie „Recruitingkampagne“ und überzeugte die Jury mit ihrer klaren gestalterischen Linie. Seit Juni 2016 wirbt Generation PSY laut und plakativ um Nachwuchs, denn es besteht akuter Handlungsbedarf. Ein frisches, zielgruppengerechtes Design und abwechslungsreiche Formate schaffen Wiedererkennungswert. Damit Generation PSY tatsächlich junge Menschen anspricht und sie für Psychiatrie und Psychotherapie begeistert, hat sich die DGPPN mit der Marken- und Kommunikations-

agentur wenkerottke professionelle Unterstützung geholt. Entstanden ist eine junge Marke mit frischen Farben, einer modernen Schrift, einer ungewöhnlichen Bildsprache und einem eigenständigen Illustrationsstil. Das sieht auch der Rat für Formgebung so, der mit dem Award jährlich die besten Designs prämiert.



Isabelle Lork aus der DGPPN-Kommunikationsabteilung und Manfred Blattner von der Agentur wenkerottke haben den Preis in Frankfurt entgegengenommen.

merk-würdig

Psyche im Fokus präsentiert Studienergebnisse, die ganz sicher im Gedächtnis bleiben.

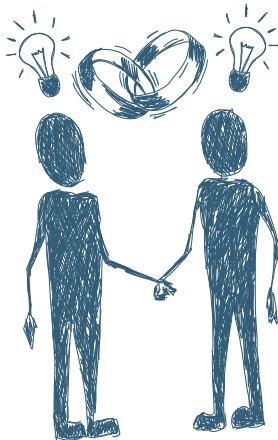
Nasenspray wirkt gegen Fremdenhass

Oxytocin und soziale Vorbilder machen großzügiger. Bonner Forscher haben Probanden das Bindungshormon Oxytocin über ein Nasenspray verabreicht und ihre Spendenbereitschaft gegenüber Flüchtlingen auf die Probe gestellt. Oxytocin alleine zeigt bei fremdenfeindlich eingestellten Menschen keinen Effekt. Werden sie aber mit der Spendenbereitschaft anderer konfrontiert, spenden auch sie großzügiger. Denn Oxytocin verstärkt die Motivation, sich den sozialen Normen der Mitmenschen anzupassen – eine wichtige Erkenntnis in Zeiten immer häufiger offen geäußelter fremdenfeindlicher Einstellungen.

Quelle: Marsh N et al. (2017) Oxytocin-enforced norm compliance reduces xenophobic outgroup rejection. PNAS 114:9314-9319



Verstärkte
Vorbildfunktion



Demenzprävention



Zusammen wird man weniger dement

Wer verheiratet ist, hat ein geringeres Demenzrisiko. Dies haben britische Forscher festgestellt, die in einer Meta-Analyse das Risiko, an Demenz zu erkranken, anhand unterschiedlicher Beziehungsmerkmale verglichen haben. Singles oder verwitwete Personen haben hier das Nachsehen, bei Geschiedenen konnte hingegen kein Effekt nachgewiesen werden. Die Ergebnisse liefern wichtige Erkenntnisse für die Demenzprävention und unterstreichen den Stellenwert sozialer Bindungen bei der Krankheitsentstehung.

Quelle: Sommerlad A et al. (2017) Marriage and risk of dementia: systematic review and meta-analysis of observational studies, J Neurol Neurosurg Psychiatry, bisher nur online erschienen



Avatartherapie



Avatare erzielen echte Erfolge

Eine neuartige Therapieform hilft Schizophreniepatienten, ihre akustischen Halluzinationen in den Griff zu bekommen. Entsprechend ihrer Symptomatik konfigurieren die Betroffenen am Computer eine virtuelle Figur, die in Aussehen und Stimmlage mit ihrer Halluzination übereinstimmt. So erlernen die Patienten, Kontrolle über die oft bedrohlichen Stimmen zu erlangen. Laut einer Studie ertragen sie durch die Avatartherapie – im Vergleich zu einer klassischen Behandlung – ihre Stimmen nicht nur signifikant besser, sondern diese werden insgesamt auch seltener.

Quelle: Craig T et al. (2017) AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: a single-blind, randomised controlled trial. The Lancet Psychiatry 5(1): 31–40

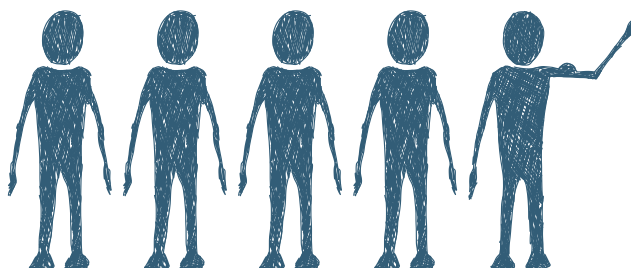
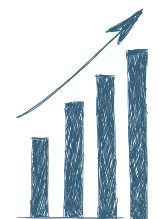
Psychiatrie empfiehlt sich

Die Einstellung der Öffentlichkeit gegenüber der Psychiatrie bestimmt, ob und wie Betroffene Hilfe suchen. Das Ergebnis der aktuellen Meta-Analyse einer internationalen Forschergruppe gibt Anlass zu Optimismus: In den letzten 25 Jahren hat sich die öffentliche Haltung gegenüber der Psychiatrie, aber auch gegenüber Pharmakotherapie und Psychotherapie stetig verbessert. Die von Psychiatern und Psychotherapeuten angebotene Hilfe wird heute hochgeschätzt – über 80% der Befragten würden sie für die Behandlung von Schizophrenie und über 70% für die Behandlung von Depressionen empfehlen.

Quelle: Angermeyer MC et al. (2017) Public attitudes towards psychiatry and psychiatric treatment at the beginning of the 21st century: a systematic review and meta-analysis of population surveys. World Psychiatry 16:50–61



Gute Arbeit!





Keine Einbahnstraße

Gene bestimmen den Bauplan des Körpers. Sie legen nicht nur fest, wie wir aussehen, sondern auch wie anfällig wir für Stress und psychische Erkrankungen sind. Andererseits können sich Stress oder traumatische Erfahrungen wiederum auf die Gene auswirken. Diesen epigenetischen Wechselwirkungen geht Psychiatrieforscherin Katharina Domschke von der Universität Freiburg auf den Grund.

Was bedingt psychische Erkrankungen: Gene oder Umwelt?

Psychische Erkrankungen zählen zwar nicht zu den klassischen erblichen Erkrankungen wie beispielsweise Chorea Huntington; allerdings zeigen Familienstudien, dass sie in manchen Familien gehäuft auftreten. Zwillingsstudien schätzen den Anteil genetischer Faktoren bei der Pathogenese je nach Erkrankung auf ca. 30–80%. Dabei gehen wir von einer Vielzahl an Risikogenen mit jeweils kleinen, individuellen Effekten aus. In Interaktion mit belastenden Umweltfaktoren begünstigen diese Gene im Sinne eines „Vulnerabilitäts-Stress-Modells“ die Entstehung psychischer Erkrankungen.

Wie lassen sich diese Risikogene identifizieren?

Ihnen auf die Spur zu kommen, gleicht – angesichts der Vielzahl unserer Gene und deren möglicher Varianten – der Suche nach der berühmten Stecknadel im Heuhaufen. Hier helfen Genomanalysen. Das sind genomweite Assoziationsanalysen (GWAS) oder genomweite Sequenzierungen. Dabei werden hypothesenfrei viele Hunderttausende von Varianten oder tatsächlich jede einzelne Base des menschlichen Genoms auf Assoziationen mit der Erkrankung untersucht. Aus statistischen Gründen sind dafür allerdings sehr große und klinisch gut charakterisierte Patientenkollektive notwendig.

Epi + Genetik – Was hat Epigenetik mit Genetik zu tun?

Der Begriff Epigenetik beschreibt Mechanismen, die mit der Genetik bzw. der DNA direkt nichts zu tun haben, aber „auf“ oder „an“ der DNA wirken – dafür steht das griechische Präfix „epi-“. Solche Mechanismen sind die DNA-Methylierung, die Histon-Acetylierung und Histon-Methylierung so-



wie mikroRNAs. Die Epigenetik wird häufig „zweiter Code“ genannt, weil die Funktion unseres „ersten Codes“, also unserer Gene, ganz entscheidend von der Epigenetik gesteuert wird.

Wie werden Gene „gesteuert“?

Es gibt eine Vielzahl von Faktoren, die unsere Gene steuern. Ein Beispiel: Jedes Gen besitzt eine sogenannte Promotorregion, die dem Genkörper vorgeschaltet ist. Von dort aus wird bestimmt, ob Gene stark oder schwach abgelesen werden. Dabei spielen epigenetische Mechanismen

eine zentrale Rolle: Promotorregionen enthalten nämlich sogenannte CpG-Inseln, die reich an Cytosin-Guanin-Basenpaaren sind. Sind diese Cytosinbasen nicht methyliert, ist das Gen hochaktiv, also „wach“. Tragen die Cytosinbasen aber Methylgruppen – eine Art chemische Schlafmütze – wird das Gen in den Ruhemodus überführt. Damit funktioniert die Epigenetik wie ein Dimmer, der die Aktivität unserer Gene beeinflusst.

Sind diese Prozesse unumkehrbar?

Während unser genetischer Code, die DNA, sich im Laufe des Lebens – abgesehen von sehr seltenen Neumutationen – nicht ändert, sind einige epigenetische Prozesse flexibel und zeitlich dynamisch. In Tiermodellen wurde gezeigt, dass die Epigenetik sozusagen als Dolmetscher von Stress agiert, indem die DNA-Methylierungsmaschinerie die Effekte des Stresshormons Cortisol in Genaktivität übersetzt. Dabei handelt es sich aber keineswegs um eine Einbahnstraße: Antidepressiva, Stimmungsstabilisierer und Antipsychotika wirken beispielhaft ebenfalls auf DNA-Methylierungs- und Histonacetylierungsprozesse, sodass am Dimmer „Epigenetik“ tatsächlich in beiden Richtungen gedreht werden kann.

Woran forschen Sie aktuell?

Epigenetische Prozesse werden zunehmend auch mit Angsterkrankungen in Verbindung gebracht. So konnten wir z. B. eine reduzierte Methylierung des Monoaminoxidase-A-(MAOA)-Gens, welche mit einer erhöhten MAOA-Genexpression und damit einer verminderten Verfügbarkeit von Serotonin und Noradrenalin einhergeht, als Risikofaktor für die Panikstörung identifizieren. Dabei korrelieren negative Lebensereignisse mit einer Hypomethylierung. Interessanterweise normalisierte sich die MAOA-Hypomethylierung bei Patienten mit Panikstörung nach einer erfolgreichen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung über sechs Wochen wieder. Das könnte darauf hinweisen, dass die Re-Methylierung von Risikogenen einen molekularen Wirkmechanismus von Psychotherapie darstellt.

Welche Implikationen haben diese Erkenntnisse für die Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen?

Diese ersten epigenetischen Befunde erlauben ein besseres Verständnis der Pathogenese psychischer Erkrankungen, indem sie das Vulnerabilitäts-Stress-Modell um die Dimension der Epigenetik als „biochemisches Scharnier“ zwischen Umwelt- und genetischen Faktoren, als Schnitt-

stelle zwischen Adaptation und Maladaptation, zwischen Resilienz- und Risikofaktoren erweitern. Auf der Basis epigenetischer Befunde könnten in Zukunft individuelle Risikoprofile erstellt werden, welche das Erkrankungsrisiko sowie das Ansprechen auf eine anxiolytische Pharmako- oder Psychotherapie aufzeigen. Damit wären gezielte Präventions- und Behandlungsmaßnahmen im Sinne einer personalisierten Medizin bei psychischen Erkrankungen möglich, was zu einer Senkung der Krankheitsinzidenz sowie zu einem rascheren und nachhaltigeren Behandlungserfolg führen könnte.

Können wir unsere Gene selbst beeinflussen?

Die Gene nicht, wohl aber die Epigenetik. Ernährung, Sport, Yoga, soziale Interaktionen, Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum: Das alles sind Stellschrauben, welche die Wechselwirkungen zwischen Genen und Umwelt beeinflussen können – in die eine oder andere Richtung.

Welche Erkenntnisse erhoffen Sie sich aus der zukünftigen Forschung?

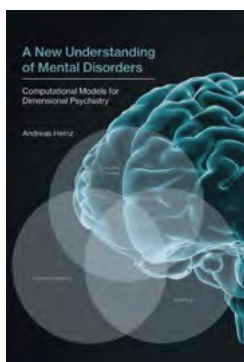
Es ist zu hoffen, dass die epigenetische Forschung in Zukunft dazu beiträgt, dass wir Risiken für psychische Erkrankungen bereits im kritischen Zeitfenster der Kindheit und Adoleszenz erkennen und somit möglichst früh präventiv bzw. therapeutisch tätig werden können. Dazu bedarf es Längsschnittstudien, welche uns die Interaktion von Lebensereignissen und epigenetischen Modifikationen über die Lebensspanne besser verstehen lassen. Weiterhin arbeiten wir – z. B. im Rahmen des DFG-geförderten Sonderforschungsbereichs „Furcht, Angst, Angsterkrankungen“ – an der Identifikation von epigenetischen Wirkmechanismen präventiver wie therapeutischer Interventionen bei psychischen Erkrankungen. Daraus könnten in Zukunft auch innovative Wirkstoffe für die Behandlung von Angsterkrankungen abgeleitet werden, die direkt und gezielt in die epigenetischen Mechanismen eingreifen.

Prof. Dr. Dr. med. Katharina Domschke
ist Ärztliche Direktorin der Klinik für
Psychiatrie und Psychotherapie am
Universitätsklinikum Freiburg.

LESESTOFFE

Seitenweise Psychiatrie

Der Frühling kommt – Zeit für frischen Wind im Bücherregal! *Psyche im Fokus* hat drei Empfehlungen zusammengestellt, die facettenreicher nicht sein könnten.



Mehr als ein Blickwinkel

Um psychische Erkrankungen zu verstehen, zu klassifizieren und zu entstigmatisieren, beleuchtet Andreas Heinz in seiner neuen Publikation wesentliche Mechanismen des Lernens und der Entscheidungsfindung über verschiedene Störungsbilder hinweg. Er erklärt die jeweiligen Traditionen und kontrastiert sie mit einem Verständnis individueller und sozialer Lernprozesse und ihrer biologischen Verankerung. Sein Ansatz fokussiert die Veränderbarkeit von Verhalten und ermöglicht so neue Sichtweisen.

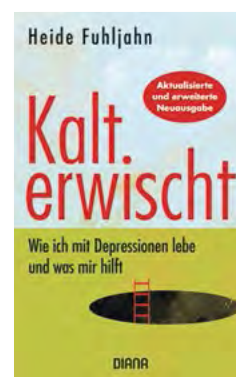
Andreas Heinz: A New Understanding of Mental Disorders. Computational Models for Dimensional Psychiatry. The MIT Press, 2017.



Gewalt und ihre Ursachen

Ein Mann rast mit dem Lkw in eine Menschenmenge, eine Schülerin legt in ihrem Zimmer ein Waffenarsenal an, ein Altenpfleger tötet seine Patienten. Woher kommt der Hass? Nahlah Saimeh weiß, dass aus scheinbar „normalen“ Menschen Mörder werden können. In faszinierenden Fallbeispielen spannt die forensische Psychiaterin den Bogen von Gewalt im sozialen Umfeld bis zu Gewalt und Terror im öffentlichen Raum und regt jeden dazu an, sich zu fragen, wo er selbst steht.

Nahlah Saimeh: Ich bring dich um! Hass und Gewalt in unserer Gesellschaft. Ecowin, 2017.



Kein Ratgeber über Depression

Die Journalistin Heide Fuhljahn versuchte jahrelang gegen ihre Angst vor dem Alltag, ihre tiefe Traurigkeit und ihre ständige Erschöpfung anzukämpfen – bis sie in der Therapie erkennt, dass sie Depressionen hat. In ihrem schonungslos ehrlichen und zugleich berührenden Erfahrungsbericht klärt sie über die Krankheit auf und nennt Behandlungsmethoden, die möglich, wichtig und richtig sind.

Heide Fuhljahn: Kalt erwischt: Wie ich mit Depressionen lebe und was mir hilft. Diana Verlag, 2013.

Der Identität auf der Spur

Was hält die vielseitigste medizinische Disziplin zusammen? Dieser Kernfrage widmet sich eine aktuelle Task-Force der DGPPN.



Die wissenschaftlichen Errungenschaften ebenso wie die gesellschaftlichen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte haben die Psychiatrie enorm bereichert. Man denke hier beispielsweise an die Konzepte der anthropologischen und phänomenologischen Psychiatrie zum Verstehen der Patienten, an die Entdeckung und systematische Einführung psychopharmakologischer Behandlungsverfahren, an die Ausdifferenzierung und weite Anwendung der verschiedenen psychotherapeutischen Methoden, an die sozialpsychiatrischen Reformen in der Versorgung und an die immensen Erkenntnisfortschritte in der neurobiologischen Forschung, die unser Verständnis über Abläufe im Gehirn grundlegend verändert haben.

Dieser Reichtum an Themen, Tendenzen und Konzepten hat auch dazu geführt, dass eine Vielzahl von Forschungsfeldern und Arbeitsrichtungen innerhalb der Psychiatrie entstanden ist. Zwar stehen immer der Patient und das Bemühen um ein Verständnis der Erkrankungen und ihre Behandlung im Vordergrund. Es finden sich jedoch in der Theorie wie in der Praxis so vielfältige Methoden und Herangehensweisen, dass die Konturen des Faches ins Fließen geraten. Ein Ausdruck dafür sind die wiederholten Namensänderungen der Disziplin und der Fachgesellschaft.

Dabei ist die Besinnung auf eine gemeinsame Identität essenziell, um sich gegenüber anderen Fachgruppen und innerhalb der Ärzteschaft eindeutig zu positionieren, aber auch, um dem ärztlichen Nachwuchs die Attraktivität des Faches vermitteln zu können. Darüber hinaus soll dadurch das Bild der Psychiatrie in der Gesellschaft klarer werden, um so zur Bekämpfung der Stigmatisierung der Betroffenen wie des Fachs beizutragen.

Die DGPPN strebt an, das Profil der Psychiatrie und Psychotherapie zu schärfen. Hierzu wurde eine Task-Force ins Leben gerufen, in der Vertreter der unterschiedlichen Strömungen sich bemühen, die Vielfalt des Fachs zu bündeln und zu veranschaulichen. Beleuchtet werden hierbei vor dem ideengeschichtlichen Hintergrund der Gegenstandsbereich des Fachs, die für die Ausübung des Berufs erforderlichen Herangehensweisen und Kompetenzen sowie die gesellschaftliche Dimension der Psychiatrie. Schließlich geht es auch um die Formulierung integrativer Ansätze zur Konzeptualisierung psychiatrischen Denkens und Handelns.

Psyche im Fokus hat die DGPPN-Mitglieder gefragt: „Was bedeutet es für Sie, Psychiater oder Psychiaterin zu sein? Was ist Ihr Selbstverständnis?“ Die eingegangenen Statements präsentieren wir auf der nächsten Doppelseite.

■ Mitglieder der Task-Force

Prof. Matthias Bormuth, Oldenburg (Medizin und Kulturwissenschaften)
 Prof. Martin Brüne, Bochum (Ökologischer Ansatz)
 Prof. Arno Deister, Itzehoe (Versorgungssysteme in der Psychiatrie)
 Prof. Thomas Fuchs, Heidelberg (Anthropologische Psychiatrie)
 PD Dr. Alkomiet Hasan, München (Biologische Psychiatrie)
 Dr. Iris Hauth, Berlin (Versorgungssysteme in der Psychiatrie)
 Prof. Paul Hoff, Zürich (Philosophie und Psychopathologie)
 Prof. Fritz Hohagen, Lübeck (Klinische Psychiatrie, Psychotherapie)
 Dr. Sabine Köhler, Jena (Versorgung im niedergelassenen Bereich)
 Dr. Julia-Maleen Kronsbein, Beelitz (Generation PSY)
 Prof. Wolfgang Maier, Bonn (Soziale Neurowissenschaften, Demenzforschung)
 Prof. Andreas Meyer-Lindenberg, Mannheim (Soziale Neurowissenschaften)
 Prof. Henning Saß, Aachen (Psychopathologie/Forensik)
 Prof. Thomas Schramme, Hamburg/Liverpool (Philosophie in der Psychiatrie)

» Moderne
Psychiatrie
und Psycho-
therapie sind
integrativ
und suchen
den interdis-
ziplinären
Diskurs.“

*Detlef E. Dietrich und
Cornelia Goesmann,
Leitung des DGPPN-Referats
Psychische Störungen in der
hausärztlichen Versorgung*

„Man bewegt sich mit den Patienten
nah am Existenziellen. Dies beinhaltet
eine sehr hohe Verantwortung aber
auch Werthaltigkeit des Berufs.“

Karsten Henkel, Leiter des DGPPN-Referats Sportpsychiatrie und -psychotherapie

**„Psychiatrie ist
Beziehung, die
will gelebt und
gepflegt sein.“**

*Arnold Torhorst, stellvertretender Leiter des
DGPPN-Referats Rehabilitation und Teilhabe*

*„Das spannende Feld zwischen Geist und Gehirn,
Empathie und Elektrobiochemie, Menschsein und
Molekülwerk – das ist Psychiatrie.“*

*Mandy Roy, leitende Oberärztin in der
Asklepios Klinik Nord, Hamburg*

**„Psychiater zu sein, bedeutet für
mich, teilhaben zu dürfen an
wunderbaren Veränderungen
im Inneren von Menschen.“**

Philipp Spitzer, stellvertretender Leiter des DGPPN-Referats Medizindidaktik

„Abends in den Spiegel schauen zu können und neben all dem Administrativen, der Dokumentation und der Sorge vor zunehmender Klagementalität den Menschen nicht aus den Augen zu verlieren, das macht für mich den Beruf aus.“

*Katja Bonardi, niedergelassene Psychiaterin,
Frankfurt am Main*

„In hohem Maße spezialisiert zu sein, um an den Grundlagen der menschlichen Gesundheit in einem multi-professionellen Verständnis zu arbeiten, ist das Besondere an der Arbeit als Mediziner in der Psychiatrie.“

*Franz-Peter Begher, stellvertretender Leiter des DGPPN-Referats
Gesundheitsfachberufe*

„Das Kostbarste, was ein Mensch dem anderen schenken kann – nämlich Zeit –, macht unseren Beruf so spannend, persönlich und in hohem Maße bereichernd.“

Thomas Kirchmeier, Chefarzt an der Höhenklinik in Bischofsgrün

” So wie die Philosophie die Königin der Geisteswissenschaften ist, ist es für mich die Psychiatrie innerhalb der medizinischen Disziplinen. Denn ihr Gegenstand ist die Medizin des Geistes, der Wahrnehmung, der Emotionen, des Denkens und Verhaltens.“

Ludger Tebartz van Elst, Leiter des DGPPN-Referats Neuropsychiatrie

Von gestern für heute



Pionier mit Kampfgeist

Wilhelm Griesinger (1817–1868) schrieb Medizingeschichte: Als Erster formulierte er die These, dass „Geisteskrankheiten“ Erkrankungen des Gehirns sind. Vehement setzte er sich außerdem gegen die Anwendung von Gewalt in der Behandlung ein. Das Leben dieses ungewöhnlichen Freigeistes war kämpferisch, bewegt und bunt.

Grüner Efeu bedeckt das Grab von Wilhelm Griesinger auf dem Alten St.-Matthäus-Kirchhof im Berliner Ortsteil Schöneberg. Ein schlichter grauer Stein mit weißen Lettern erhebt sich auf der ansonsten schmucklosen letzten Ruhestatt. Dass hier – unter hohen, alten Buchen und in unmittelbarer Grab-Nachbarschaft von Rudolf Virchow und Carl W. Mayer, dem Gründer der „Gesellschaft für Geburtshilfe zu Berlin“ – ein wahrer Pionier auf dem Gebiet der Psychiatrie ruht, wissen vermutlich nur Eingeweihte: Wilhelm Griesinger, geboren am 29. Juli 1817 in Stuttgart und gestorben am 16. Oktober 1868 in der damals noch königlichen Hauptstadt Berlin.

Wer war Wilhelm Griesinger?

Griesinger, der wie viele Querdenker und Reformer zu Lebzeiten nicht nur begeisterte Anhänger, sondern auch erbitterte Widersacher hatte, gilt heute als Wegbereiter einer empirisch orientierten medizinischen Psychiatrie und als ein Vorreiter der sozialen Reformpsychiatrie. Seinen berühmten Kernsatz „Geisteskrankheiten sind Gehirnkrank-

heiten“ kann wohl jeder Medizinstudent aus dem Stegreif zitieren, obwohl er in diesem Wortlaut eigentlich in keinem seiner Werke zu finden ist. Dabei war Griesinger von Hause aus nicht „vom Fach“, sondern Internist. Zugleich war er ein Mensch, der gern auch unbequeme Fragen stellte und stets nach neuen Wegen suchte. Bereits während des Studiums in Tübingen polarisierte er, „geachtet von Allen, beliebt bei denen, die ihm nahestanden, stets willkommen wegen der Fülle humoristischer Einfälle aber auch gefürchtet von nicht Wenigen wegen seiner scharfen Zunge und wegen der Unbarmherzigkeit, mit der er die Beschränktheit und Aufgeblasenheit zu geisseln liebte.“¹ So jedenfalls beschrieb es sein Schulfreund und späterer Wegbegleiter Carl Reinhold August Wunderlich.

Drei Freunde fürs Leben

Wilhelm Griesinger wurde 1817 in eine gutbürgerliche Familie in Stuttgart geboren. Sein Vater, Stiftungsverwalter des für die psychiatrische Versorgung der Stadt zuständigen Katharinenhospitals, fand ein trauriges Ende: Der

„geistesranke“ Klavierlehrer der Familie tötete ihn.² Inwiefern das die spätere berufliche Entwicklung des jungen Wilhelm Griesingers beeinflusste, ist nicht bekannt. Fakt ist hingegen, dass er bereits in der Schule Carl August Wunderlich und Wilhelm Roser kennenlernte, die später ihrerseits Bekanntheit erlangen sollten. Der eine als Internist, der andere als Chirurg. Die drei wurden Freunde fürs Leben und gingen später als „die schwäbischen Reformatoren der Medizin“ in die Geschichte ein. Schenkt man den Worten von C. A. Wunderlich Glauben, dann war sein Freund Griesinger „einer der begabtesten Schüler, freilich nicht gerade der fleissigste“³ und trieb gern allerlei „Allotria“. Früh schon zeichnete sich ein wesentlicher Charakterzug Griesingers ab: seine breit angelegte Wissbegier. Laut Wunderlich beschäftigte sich sein Freund bereits in der Mittelstufe „viel mit literarischen, ästhetischen und politischen Dingen, die weit über seinen Jahren lagen, aber seiner Phantasie und seiner frühen Neigung zur Kritik reichlich Nahrung gaben.“⁴

Geschwänzte Vorlesungen

Nach dem Abitur, das Griesinger noch mit 16 Jahren ablegte, ging er in Begleitung seiner Freunde Wunderlich und Roser nach Tübingen, um dort Medizin zu studieren. Hier störten sich die drei schnell an den „veralteten Ansichten“ einer wissenschaftlichen Medizin, die damals noch weitgehend außerhalb der Klinik stattfand und durch einen naturphilosophischen Hintergrund geprägt war. „Schlecht unterrichtet, verdorben, irregeleitet und ohne alle reelle Kenntnisse traten die jungen Ärzte ans Krankenbett und bei offenem Sinn mussten sie bald die völlige Nichtigkeit ihrer bisherigen Medizin erkennen. Einzelne suchten diesen Mangel durch emsiges Selbststudium zu ersetzen [...]“,⁵ beschreibt Wunderlich die Ausbildungszustände der Zeit. Griesinger und seine Kommilitonen stürzten sich daher auf Bücher, die sie eifrig verschlangen und diskutierten. Eines der Werke, das sie besonders beeinflusste, war das damals sehr fortschrittliche „Handbuch der Physiologie“ von Johannes Peter Müller. Griesinger schwänzte Vorlesungen und engagierte sich in einer Burschenschaft politisch für ein einiges, republikanisches Deutschland. Das hatte Folgen: 1837 wurde er für ein Jahr von der Universität verwiesen und ging zur Überbrückung nach Zürich. Zurück in Tübingen, promovierte er mit einer Dissertation zum Thema Diphtherie. Griesinger war jetzt 21 Jahre alt und bereit für neue Abenteuer. Um seine Fähigkeiten zu verbessern, reiste er zunächst nach Paris, das damals als ein Zentrum der modernen Medizin galt, und

ließ sich anschließend als Arzt in Friedrichshafen am Bodensee nieder. Doch dort hielt es den wissbegierigen jungen Mediziner nicht lange.

Glück in der Nervenheilstalt

Bereits 1840 erhielt Wilhelm Griesinger ein äußerst interessantes Angebot: Ernst Albert Zeller, Direktor der Nervenheilstalt im württembergischen Winnental suchte einen Assistenzarzt. Die Zeit in Winnental sollte eine der glücklichsten in Griesingers Lebens werden. Sowohl Zeller selbst als auch die dort gesammelten theoretischen und praktischen Erfahrungen beeinflussten seine weitere Entwicklung nachhaltig. Griesinger und den humorvollen, musisch begabten Zeller verband bald ein freundliches, von konstruktiven Kontroversen geprägtes Verhältnis. „Es war eine Lust, ihn zur Hilfe zu haben“,⁶ erinnerte sich Zeller später und ergänzte: „... mit jugendlich-männlichem Ernst und Feuer warf er sich auf das neue Wissensgebiet. Er suchte keine andere Freude als die Erweiterung seiner wissenschaftlichen Kenntnisse und Erkenntnisse und lebte ausschließlich dem Studium der Psychiatrie und dem Dienste des Hauses, ohne irgend einer neuen Erscheinung und Bewegung auf dem weiten Gebiete der Naturforschung, Poesie, Philosophie und Geschichte seine Aufmerksamkeit zu entziehen.“

Die Heilstalt Winnental, die in einem ehemaligen Schloss angesiedelt war, nahm vor allem als heilbar eingestufte Kranke auf und besaß auch international einen guten Ruf. Prägend für die weitere berufliche Entwicklung Griesingers waren nicht nur die praktischen Erfahrungen, die er hier sammeln konnte, sondern auch die Methodik Zellers. Dieser setzte „Qualinstrumente“ wie Zwangsgürtel und Zwangsriemen bei seinen Patienten nur im Notfall ein – was damals in Deutschland noch recht ungewöhnlich war. Außerdem ging Zeller in der Diagnose vom Konzept der sogenannten „Einheitspsychose“ aus, die für sämtliche psychischen Störungen eine einzige Grundstörung annahm – und einen jeweils phasenhaften Krankheitsverlauf mit der Reihenfolge Melancholie, Manie, Verrücktheit und Demenz.⁷

Außergewöhnliches Erstlingswerk

Auch während seiner Zeit in Winnental hielt Griesinger Kontakt zu seinen Freunden Wunderlich und Roser: 1842 riefen die drei das „Archiv für physiologische Heilkunde“ ins Leben. Zielsetzung des Magazins war es, rein

Welchem Organ gehört das Phänomen des Irreseins an? [...] Die Antwort auf diese Frage ist die erste Voraussetzung der ganzen Psychiatrie."



„Denken macht frei“ – die Griesinger-Büste vor dem Eingang der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Campus Charité Mitte erinnert an den Pionier der Psychiatrie.



So wenig „Anstalt“ wie möglich: Griesinger gilt als Reformier.

spekulative Ansätze in der medizinischen Forschung zu überwinden. Die drei forderten stattdessen eine klinische Empirie als Grundlage der Theoriebildung. 1845 veröffentlichte Griesinger außerdem in Tübingen sein erstes Buch: In die „Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“ flossen die in Winnental gesammelten praktischen Erfahrungen ein. Das Erstlingswerk Griesingers, das zugleich sein Hauptwerk werden sollte, verbreitete sich schnell. Es etablierte Griesinger als Vordenker der Psychiatrie, wandte er sich darin doch ausdrücklich gegen die damals übliche Verankerung von „Geisteskrankheiten“ im moralischen oder naturphilosophischen Raum. Vielmehr benannte er in seinem Buch psychische Ursachen als „die häufigsten und ergiebigsten Quellen des Irreseins“. Wörtlich schrieb er: „Welchem Organ gehört das Phänomen des Irreseins an? [...] Die Antwort auf diese Frage ist die erste Voraussetzung der ganzen Psychiatrie. Zeigen uns physiologische und psychologische Thatsachen, dass dieses Organ nur das Gehirn sein kann, so haben wir vor Allem in den psychischen Krankheiten jedesmal Erkrankungen des Gehirns zu erkennen.“⁴⁸

Auf nach Ägypten

Nach der Veröffentlichung seines Werks schritt die Karriere des inzwischen 28-jährigen rasch voran. 1847 wurde

Wilhelm Griesinger in Tübingen – wohin er vier Jahre zuvor zurückgekehrt war, um an der Inneren Klinik der Universität eine Stelle als Assistenzarzt anzunehmen und zu habilitieren – zum außerordentlichen Professor berufen. 1850 heiratete er seine Freundin Josephine von Rom. Und schon ging es wieder hinaus in die Welt: Noch im Sommer desselben Jahres reiste das junge Paar nach Kairo, wo Griesinger Leibarzt des Vizekönigs Abbas Pascha wurde. Gleichzeitig übernahm er den Posten des Direktors der medizinischen Schule und leitete das gesamte Medizinalwesen in Ägypten. Bereits zwei Jahre später kehrte das Paar allerdings nach Tübingen zurück. 1854 wurde Wilhelm Griesinger dort zum Professor für Innere Medizin berufen und konnte sich klinisch und wissenschaftlich vor allem mit „Geisteskrankheiten“ beschäftigen.

Züricher Erprobung

1860 eröffnete sich Wilhelm Griesinger allerdings ein noch reizvolleres Angebot: Man fragte an, ob er die Leitung der Klinik für Innere Medizin in Zürich zu übernehmen wolle. Schnell sagte der junge Mediziner zu, denn in der Schweizer Stadt erhielt er die einmalige Möglichkeit, eine eigenständige psychiatrische Kantonsklinik zu planen und dabei auch seine Vorstellungen von einer modernen Behandlung und Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen durchzusetzen. Im Gegensatz zu der damals vorherrschenden Praxis, sogenannte „Irre“ in ländlichen Regionen abzuschotten, setzte sich Griesinger dafür ein, akute Fälle in „Stadtasylen“ temporär unterzubringen. Außerdem forderte er eine enge Vernetzung dieser Einrichtungen mit den städtischen Krankenhäusern, den behandelnden Ärzten und dem sozialen Umfeld der Patienten. Ein für die damalige Zeit äußerst fortschrittlicher Ansatz. Strikter noch als Zeller lehnte Griesinger außerdem die Behandlung von Patienten mit Zwangsinstrumenten grundsätzlich ab.

Kämpferische Zeit in Berlin

Das „Burghölzli“ galt lange Zeit als Modell für eine moderne Universitätspsychiatrie. Aus ihm ging später die heutige Psychiatrische Universitätsklinik Zürich hervor. 1870 wurde es eröffnet, doch zu diesem Zeitpunkt weilte Wilhelm Griesinger bereits in Berlin. Im April 1865 hatte er nämlich das Ordinariat für Psychiatrie an der Charité Berlin übernommen – und zwar unter zwei Bedingungen: Zum einen sollte der Psychiatrie der Klinik eine Neurologische Abteilung angegliedert werden, zum anderen wollte er die

„Irrenanstalt“ der Charité nach seinen Ideen neu organisieren. Seine Forderungen wurden erfüllt, doch ihre Durchsetzung kostete Wilhelm Griesinger sehr viel Kraft. Die Zustände in der Abteilung für Geistesranke der Charité waren nach seinem Verständnis unhaltbar. So wurden dort etwa erkrankte Gefängnis- und Zuchthausinsassen gemeinsam mit Menschen mit psychiatrischen Diagnosen untergebracht, und die Verwendung von Zwangsmitteln zur Einschüchterung der Patienten war an der Tagesordnung. Bei den Behörden und der Charité-Verwaltung kämpfte Griesinger außerdem engagiert um die Anerkennung der Psychiatrie als empirisch-medizinische Wissenschaft. Er verfasste sogar eine Denkschrift an das Ministerium für geistliche, Schul- und Medizinalangelegenheiten.⁹ Sowohl die Charité-Verwaltung als auch die staatlichen Instanzen hielten ihn allerdings hin und auch seine konservativen Kollegen wandten sich erbittert gegen seine reformerischen Ideen.

Von der Krankheit besiegt

Griesinger ließ sich nicht entmutigen und konzentrierte sich stattdessen darauf, das diagnostische und therapeutische Instrumentarium seiner Disziplin zu festigen und sich weiter berufspolitisch zu engagieren. 1867 gründete er die „Berliner Medicinisch Psychologische Gesellschaft“ und gab die erste Ausgabe des „Archivs für Psychiatrie und Nervenkrankheiten“ heraus. Doch viel Zeit sollte ihm nicht mehr bleiben. 1868 erkrankte Wilhelm Griesinger an einem Abszess des Blinddarms. Nach der Operation infizierte er sich mit Diphtherie – und starb damit am 16. Oktober 1868 ausgerechnet an der Krankheit, der er seine Dissertation gewidmet hatte. Er war gerade einmal 51 Jahre alt.

Griesingers Lebensziel, die Psychiatrie als eigenständige, empirisch arbeitende Wissenschaft zu etablieren, die sich in ihrem Handeln dem ärztlichen Ethos verpflichtet,¹⁰ ist heute erreicht. Wenige Tage vor seinem Tode soll er noch aus Heinrich Heines Gedicht „Enfant Perdu“ zitiert haben. Es endet mit den couragierten Worten: „Ein Posten ist vakant! Die Wunden klaffen. Der eine fällt, die andern rücken nach. Doch fall ich unbesiegt, und meine Waffen sind nicht gebrochen – nur mein Herze brach.“ So blieb Wilhelm Griesinger kämpferisch bis zum Schluss.

Autorin

Ernestine von der Osten-Sacken

arbeitet als Texterin und Journalistin in Berlin.

Literatur

- 1, 3–7** Wahrig-Schmidt B (1985) Der junge Wilhelm Griesinger im Spannungsfeld zwischen Philosophie und Physiologie. Anmerkungen zu den philosophischen Wurzeln seiner frühen Psychiatrie. Tübingen, Gunter Narr
- 2** Dörner K (1969) Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt am Main, Europäische Verlagsanstalt
- 8** Griesinger W (1845) Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, für Aerzte und Studierende. Stuttgart, Krabbe
- 9** Meyer B (2000) Pionier der Psychiatrie. Der Arzt Wilhelm Griesinger. Edition Luisenstadt, Berlinische Monatsschrift Heft 8
- 10** Vgl. Hoff P & Hippus H (2001) Wilhelm Griesinger (1817–1886) – sein Psychiatrieverständnis aus historischer und aktueller Perspektive. Nervenarzt 11: 887



Das Grab Wilhelm Griesingers auf dem Alten St.-Matthäus-Kirchhof in Berlin-Schöneberg.

Grabpatenschaft

Seit dem 1. Januar 2018 hat die DGPPN die Pflege seiner letzten Ruhestätte übernommen – zusammen mit der Bezirksärztekammer Südwürttemberg.

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

9.700 Exemplare

Erscheinungsdatum

März 2018

Design- und Gestaltungskonzept

wenkerottke.

Schlusskorrektur

Heide Frey

Druck

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

ABBILDUNGEN

Titelseite: photocase/zettberlin; S. 4, 5, 11–15, 29, 39, 42, 45, 47: Claudia Burger;
S. 6: Gabriel Gerlinger; S. 8: Thinkstock/alice-photo; S. 21–25: Djamila Grossman;
S. 26: Alexander Voss/Fine Art Fotografie; S. 30: ESA/Hubble & NASA; S. 31: Rat für
Formgebung/Lutz Sternstein; S. 34: iStock/DKart; S. 38: photocase/sajola;
S. 46: Biographisches Archiv der Psychiatrie – www.biapsy.de/ Wellcome Collection,
CC-BY 4.0



DGPPN

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

Geschäftsstelle DGPPN e.V.

Reinhardtstraße 27 B

10117 Berlin

TEL 030.2404 772-0

FAX 030.2404 772-29

sekretariat@dgppn.de

dgppn.de

Das kleine Jubiläum

5 Jahre

PSYCHE IM FOKUS

Alle Ausgaben zum Download auf
www.dgppn.de