

PSYCHE IM FOKUS

DAS MAGAZIN DER DGPPN



Was die Seele stark macht

Wie hängen Schlaf und psychische Gesundheit zusammen?

→ Seite 12

Ein Gespräch über den Weg in die Radikalisierung und aus ihr hinaus

→ Seite 16

Die Industrialisierung der Medizin – das falsche Paradigma

→ Seite 34

DIE THEMEN DIESER AUSGABE



8

DER PSYCHISCHEN WIDERSTANDSKRAFT AUF DER SPUR

16

UNTER VIER AUGEN
FORENSIKER HENNING SASS IM GESPRÄCH MIT DEM EHEMALIGEN EKD-VORSITZENDEN WOLFGANG HUBER



22

DGPPN KONGRESS 2016:
PSYCHE – MENSCH – GESELLSCHAFT



34

DIE INDUSTRIALISIERUNG DER PSYCHIATRIE: VERSTEHEN NACH ZAHLEN?

EDITORIAL

GESUNDHEITSPOLITIK

Suchterkrankungen: bessere Versorgung gewährleisten	2
Entgelt: Kurswechsel im Bundesgesundheitsministerium	4
Asylpolitik: Benachteiligung psychisch erkrankter Flüchtlinge	5
Novellierung der Psychisch-Kranken-Gesetze	6

PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT

Der psychischen Widerstandskraft auf der Spur	8
Schlaf und Gesundheit	12

UNTER VIER AUGEN

Ein Gespräch über den Weg in die Radikalisierung und aus ihr hinaus	16
--	----

DGPPN KONGRESS

Psyche – Mensch – Gesellschaft	22
--------------------------------	----

WISSENSCHAFT

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

ZUKUNFT

Forschung während der Facharztweiterbildung	28
---	----

INSIDE DGPPN

Gemeindepsychiatrie: Chancen für die Versorgung	30
---	----

PSYCHE IN MEDIEN

Rezension: die Rolle der Gutachter vor Gericht	31
Fair Media – für die Menschen, gegen Stigmatisierung	32

PSYCHIATRIE UND PHILOSOPHIE

Die Industrialisierung der Psychiatrie	34
--	----

VON GESTERN FÜR HEUTE

Politisierte Medizin in der DDR	38
---------------------------------	----

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

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

Reinhardtstraße 27 B
D-10117 Berlin

Tel.: 030.2404 772-0

Fax: 030.2404 772-29

E-Mail: pressestelle@dgppn.de

Präsidentin

Dr. med. Iris Hauth

(Vi.S.d.P.)

Registergericht:

VR 26854 B, Amtsgericht Berlin
Charlottenburg

REDAKTION

J. Beutler, lic. phil.

Dipl.-Psych. G. Gerlinger M.A.

AUFLAGE

9200 Exemplare

ERSCHEINUNGSDATUM

März 2016

LAYOUT UND SATZ

Timm Knoerr

SCHLUSSKORREKTUR

Heidefrey Lektorat | Berlin

DRUCK

Buch- und Offsetdruckerei

H. HEENEMANN GmbH & Co. KG,
Berlin

ABBILDUNGEN

AKG-IMAGES: S. 35 (A. Renoir, Die Unterhaltung); Asklepios Psychiatrie Niedersachsen GmbH: S. 29;
CLAUDIA BURGER: S. 4, 6, 16–21, 24–25, 37; FOTOLIA: S. 22 (chalabala); HUSS-MEDIEN GMBH: S.
39; ISTOCK: Titelseite, Seite 9 (Andrew Rich), U3 (johnrich); PHOTOCASE: S. 3 (rowan), S. 13 (läns),
S. 27 links (busdriverjens), S. 30 (sajola); PICTURE ALLIANCE: S. 5 (Harald Schneider APA/picture-
desk.com), S. 14 (dpa), S. 26 links (Bildagentur-online/Schoening), S. 27 rechts (AP Photo), S. 28 (Me-
dia for Medical), S. 31 (blickwinkel/G. Vockel); THINKSTOCK: S. 26 rechts (itsmejst), U4 (Christoph
Kadur)

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

Chronischer Stress oder schwere Schicksalsschläge können sich auf die psychische Gesundheit auswirken. Doch während manche Menschen in der Folge psychisch krank werden, kommen andere auch nach großen Belastungen schnell wieder auf die Füße. Die Wissenschaftsjournalistin Christina Berndt geht in der neuesten Ausgabe von *Psyche im Fokus* dieser psychischen Widerstandskraft auf den Grund und erklärt, wie sich Resilienz ein Stück weit lernen lässt. → [Seite 9](#)

Natürlich ist klar, dass wir uns längst nicht vor allen psychischen Erkrankungen schützen können – und in diesen Situationen benötigen wir rasch qualifizierte Hilfe. Doch die Ökonomisierung macht auch vor kranken Menschen nicht Halt. Immer stärker bestimmen wirtschaftliche Kriterien wie Effizienz und Messbarkeit den Alltag in der Medizin. Auch in Psychiatrie und Psychotherapie geht es vermehrt darum, den Behandlungsprozess zu standardisieren.

Doch mit welchen Algorithmen lässt sich die vertrauensvolle Beziehung ausdrücken, die wir Ärzte, Therapeuten und Pfleger zu unseren Patienten aufbauen? Welche Zahlen stehen für Zuwendung, Verstehen und Begleiten? Diesen grundlegenden Fragen widmet sich der Freiburger Medizinethiker Giovanni Maio. → [Seite 34](#)

Daneben enthält *Psyche im Fokus* viele weitere lesenswerte Artikel:

- Die Bedeutung des Schlafens wird in der Gesellschaft – und auch in der Medizin – nach wie vor unterschätzt. Dabei können Schlafstörungen Ursache und Symptom von psychischen oder körperlichen Erkrankungen sein. Der Psychiater und Schlafforscher Thomas Pollmächer hat die wichtigsten Fakten zusammengestellt. → [Seite 12](#)
- Immer wieder fordern die Taten radikaler Menschen und Gruppen viele Opfer und schockieren die Öffentlichkeit. Der forensische Psychiater Henning Saß unterhält sich mit dem ehemaligen Ratsvorsitzenden der Evangelischen Kirche Wolfgang Huber über die komplexen Mechanismen, die hinter der Radikalisierung stehen. → [Seite 16](#)
- In der ehemaligen DDR wurden zehntausende Mädchen und Frauen in geschlossene Venerologische Stationen eingewiesen. Bei gynäkologischen Untersuchungen mussten sie dort täglich Qualen über sich ergehen lassen. Die Medizinhistoriker Florian Steger und Maximilian Schochow haben diese ungeheuerlichen Ereignisse in einer wissenschaftlichen Studie aufgearbeitet. → [Seite 38](#)

Eine anregende Lektüre der aktuellen Ausgabe von *Psyche im Fokus* wünscht Ihnen Ihre

Iris Hauth

Dr. med. Iris Hauth
Präsidentin DGPPN



SUCHTERKRANKUNGEN

BESSERE VERSORGUNG DER BETROFFENEN GEWÄHRLEISTEN

Suchtkranke haben in Deutschland nach wie vor mit großen Vorurteilen zu kämpfen. Viele Betroffene versuchen ihre Sucht zu verbergen und verzichten dadurch auf eine frühzeitige Hilfe. Neben dem gesellschaftlichen Stigma stoßen sie zusätzlich auf Barrieren im Gesundheitswesen. Die DGPPN fordert deshalb einen offenen Umgang mit Abhängigkeitserkrankungen und passgenaue Versorgungsangebote für Betroffene.

Sucht ist kein Randproblem, sondern betrifft die gesamte Gesellschaft: Etwa 13,6 Millionen Menschen in Deutschland rauchen, rund 1,8 Millionen gelten als alkoholabhängig. Die Zahl der Medikamentenabhängigen wird auf 1,3 bis 2,3 Millionen geschätzt. Hinzu kommen rund 50.000 bis 170.000 Opiatabhängige und über 500.000 Erwachsene (18–64 Jahre) mit Cannabismisbrauch oder einer Cannabisabhängigkeit.

Sucht ist eine schwerwiegende Krankheit. Bei ihrer Entstehung spielen biologische, genetische, psychische und soziale Faktoren eine wichtige Rolle. Eine Suchterkrankung basiert auf einer Fehlstuerung des Belohnungssystems im Gehirn. Suchtmittel aktivieren verschiedene Botenstoffe, die z. B. Wohlbefinden oder Euphorie auslösen. Dadurch lernt das Gehirn relativ schnell, ein bestimmtes Suchtmittel als positiven Reiz wahrzunehmen. Fehlt dieser Reiz, empfindet es eine Art Belohnungsdefizit – mit der Folge, dass der unkontrollierte

Wunsch nach dem Suchtmittel entsteht. Sucht ist keine Charakterschwäche, sondern eine Krankheit, die im Gehirn nachgewiesen werden kann.

OFT STIGMATISIERT

Obwohl sich die Ursachen und Mechanismen von Suchterkrankungen heute wissenschaftlich erklären lassen, sind suchtkranke Menschen gesellschaftlich immer noch stark stigmatisiert. Sie erleben immer wieder Diskriminierung – z. B. bei der Suche nach Arbeit und Wohnraum. Rund 36 % der Bevölkerung halten Sucht für eine selbstverschuldete Krankheit. Die Folge: Suchterkrankungen werden von den Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld totgeschwiegen. Therapeutische Interventionen erfolgen daher oft erst in einem sehr späten Stadium der Abhängigkeit.

Doch auch das Gesundheitswesen ist noch nicht ausreichend für Abhängig-

keitserkrankungen sensibilisiert. Vor allem in der primärmedizinischen Versorgung ist der Grad an *Awareness* verbesserungsfähig, gleichzeitig ist auch zu wenig Zeit für Diagnostik und Behandlungsplanung vorgesehen. Die kurative Therapie, die Entzugsbehandlung, die vorwiegend in spezialisierten Abteilungen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie stattfindet, wird durch Eingriffe der Kostenträger – etwa in Bezug auf Behandlungsdauer und Therapieziele – noch nicht voll ausgeschöpft. Die gesetzlich geregelten Zuständigkeiten befördern keine leistungsfähigen Vernetzungen mit dem Suchthilfesystem. Hilfeleistungen werden den Betroffenen noch zu wenig differenziert angeboten. So erhalten z. B. nur rund 10 % der Alkoholabhängigen pro Jahr eine rehabilitative Behandlung. Das standardmäßige Screening von Abhängigkeitserkrankungen ist in der ambulanten und stationären Versorgung immer noch nicht Realität. In der Therapie werden

INTERNETABHÄNGIGKEIT: ÜBERBLICK ZUM AKTUELLEN WISSENSSTAND

Immer online sein: surfen, chatten, spielen – ohne Internet geht gar nichts mehr. Auch eine exzessive Internetnutzung kann zu abhängigem Verhalten führen: Es ist davon auszugehen, dass in Deutschland etwa 560.000 Menschen internetabhängig sind. Trotz der zunehmenden Forschungsaktivitäten in diesem Bereich, bestehen noch zahlreiche Wissensdefizite. Nun gibt ein Memorandum der DGPPN und der DG Sucht einen Überblick zum aktuellen Wissensstand und leitet daraus die folgenden

Handlungsziele für Forschung, Versorgung und Politik ab:

- Die Störung auf Basis von diagnostischen Kriterien einheitlich beschreiben
- Valide und reliable Screeningverfahren sowie Diagnoseinstrumente schaffen
- Eine wissenschaftliche Behandlungsleitlinie entwickeln
- Eine angemessene personelle Ausstattung in Therapieeinrichtungen bereitstellen
- Die Kostenübernahme der Behandlung von Internetabhängigkeit als Regelleistung der Krankenkassen und der Rentenversicherung gewährleisten
- Forschung zur Internetabhängigkeit fördern

Das vollständige Memorandum finden Sie auf www.dgppn.de > Presse > Stellungnahmen.



Suchterkrankungen: Noch greifen die Therapieangebote nicht überall optimal ineinander.

zwar gute Resultate erzielt, doch die öffentliche Meinung setzt Therapieerfolg meistens mit Abstinenz als Erfolgskriterium gleich und übersieht, dass dieses Therapieziel aus unterschiedlichsten Gründen nicht für alle Suchtkranke geeignet ist.

Durch Ausgrenzung der Patienten und Defizite in der Versorgung entsteht für die Betroffenen und deren Familien viel Leid. Hinzu kommen hohe Folgekosten für die Gesellschaft. Die DGPPN fordert deshalb, Suchterkrankungen qualifiziert in das Gesundheitssystem zu integrie-

ren und neben einem verbesserten Behandlungszugang auch einen nahtlosen Übergang in die Nachsorge sicherzustellen. Sogenannte Stepped-Care-Modelle könnten hier zukunftsweisend sein. Gleichzeitig müssen Suchterkrankungen noch mehr Aufmerksamkeit erfahren. Dabei sind alle Berufsgruppen gefordert, die mit Suchtkranken in Kontakt kommen – und dies schon sehr frühzeitig. Durch gezieltes Fragen lassen sich ein riskanter Konsum oder eine Abhängigkeit frühzeitig eruieren und Gegenmaßnahmen oder die Überweisung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie einleiten. Ein offensiver Umgang mit der Erkrankung trägt längerfristig auch zu ihrer Entstigmatisierung bei.

CANNABISKONSUM

BEWERTUNG AUS MEDIZINISCHER SICHT

Cannabis ist die am häufigsten konsumierte illegale Substanz in Deutschland. Allein unter den Jugendlichen zwischen 12 und 17 Jahren haben 2011 rund 4,6 % innerhalb eines Jahres Cannabis konsumiert, 1,3 % davon regelmäßig. Die Offenheit und Akzeptanz gegenüber dem Konsum von Cannabis ist gestiegen.

Immer wieder wird die Forderung nach einer Legalisierung von Cannabis und einem Umdenken in der Drogenpolitik laut. Die DGPPN hat deshalb ein Positionspapier veröffentlicht, in dem sie den Cannabiskonsum aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht bewertet.

- Jeder zehnte Cannabiskonsum entwickelt eine behandlungsbedürftige Abhängigkeitserkrankung. Cannabis ist heute der häufigste Anlass für eine erstmalige Drogen-therapie.
- Die Komorbidität von Cannabisabhängigkeit und weiteren psychischen Störungen ist hoch.
- Das Konsumalter ist ein wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen, wobei die größten Risiken während der Adoleszenz bestehen.
- Es ist klinisch plausibel, aber nicht abschließend geklärt, ob Cannabiskonsum auch Psychosen bei Menschen auslösen kann, die ohne Cannabiskonsum nicht erkrankt wären.
- Weitere Forschung zu den Risikofaktoren für die verschiedenen psychopathologischen Wirkungen von Cannabiskonsum und deren Behandlung sind notwendig.
- Wissenschaftliche Analysen der Daten der krankenkassenärztlichen Versorgung bezüglich Prävalenz, Verlauf und Kosten von cannabisbezogenen Störungen sollten erfolgen.
- Die strafrechtlichen Möglichkeiten zur Entkriminalisierung des Gebrauchs sollten verbessert werden. Gleichzeitig kann der Kontakt mit der Justiz auch Behandlungschancen eröffnen.
- Eine Verschränkung von Maßnahmen der Angebotsreduzierung mit verhaltens- und ausstiegsorientierten Maßnahmen im Sinne des Mehrsäulenkonzepts – Angebotsreduzierung, Prävention, Hilfestellung und Schadensminimierung – ist sinnvoll.

Die vollständige Stellungnahme finden Sie auf www.dgppn.de > Presse > Stellungnahmen.

ENTGELT

BUDGETSYSTEM STATT PEPP: KURSWECHSEL IM BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUM

Das Pauschalierende Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP), dessen verpflichtende Einführung für 2017 geplant war, ist vom Tisch. Gesundheitsminister Hermann Gröhe kündigte Mitte Februar eine grundlegende Neufassung des Psych-Entgeltsystems an. Die vorgestellten Eckpunkte eröffnen die Chance für eine bedarfsgerechte und zukunftsfähige Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Das PEPP-System stand seit vielen Monaten in der Kritik. Patienten, Ärzte, Pflegekräfte und Ökonomen befürchteten, dass es mit der Einführung zu einer Verschlechterung in der stationären Versorgung psychisch erkrankter Menschen kommen würde. Denn das System sollte auf festen, fallbezogenen Tagesentgelten basieren und widersprach damit dem Alltag auf den Akutstationen, der sich durch ständige Begleitung, Kurzgespräche und Milieuthherapie auszeichnet. Die Vorbehalte gegen das neue System waren so groß, dass die DGPPN im vergangenen Herbst gemeinsam mit 19 Fachgesellschaften und -verbänden ein alternatives Konzept vorgelegt hat. Das sogenannte Budgetbasierte Entgeltsystem orientiert sich an den Bedürfnissen der Patienten und bietet den Kliniken die Sicherheit, die für die Behandlung notwendige Voraussetzung schaffen zu können.

Die breite und langanhaltende Kritik ist in der Politik angekommen. Mitte Februar hat Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe gemeinsam mit führenden Gesundheitspolitikern von CDU/CSU und SPD Eckpunkte zur Entwicklung eines neuen Psych-Entgeltsystems vorgestellt. Die festen Tagesentgelte sind darin kein Thema mehr. Stattdessen soll das System den Besonderheiten psychischer Erkrankungen Rechnung tragen und eine auskömmliche Finanzierung der Versorgung der Patienten sicherstellen. Die Vorstellung der Eckpunkte fand im Rahmen des sogenannten „Strukturierten Dialogs“ statt. Unter der Leitung des Ministeriums haben dort Vertreter der Fachgesellschaf-



Auf dem DGPPN Kongress im November 2015 demonstrierten hunderte von Psychiatern gegen die Einführung von PEPP.

ten, der Selbstverwaltung und der Regierungsfractionen über die Weiterentwicklung des Entgeltsystems beraten.

ZENTRALE FORDERUNGEN DER DGPPN ERFÜLLT

Nach den Plänen des Bundesgesundheitsministeriums soll das neue Entgeltsystem als Budgetsystem für stationäre und teilstationäre Leistungen ausgestaltet werden. Es wird weiterhin Krankenhausindividuell verhandelt und kann dadurch auf die strukturellen Besonderheiten in den Regionen eingehen. Gleichzeitig soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) auf Basis der Psychiatrie-Personalverordnung und der wissenschaftlichen Behandlungsleitlinien verbindliche Vorgaben für die personellen Mindestausstattungen in den Krankenhäusern festlegen. Damit sind zentrale Forderungen der DGPPN erfüllt. Nun geht es darum, die politischen Eckpunkte in eine neue gesetzliche

Grundlage zu überführen, die eine qualitativ hochstehende Versorgung sicherstellt. Den Gesetzgebungsprozess und die nachfolgende Umsetzung durch die Organe der Selbstverwaltung wird die DGPPN kritisch begleiten.

Großes Potenzial sieht sie in der angekündigten Stärkung der settingübergreifenden Versorgung. Die angespannte Versorgungslage macht die Entwicklung innovativer Versorgungsansätze unverzichtbar. Dass dabei nun Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ins Zentrum rücken und eine Flexibilisierung der Versorgungsangebote der Kliniken möglich wird, ist aus Sicht der DGPPN begrüßenswert. Die geplante „Krankenhausbehandlung ohne Bett“ mit multiprofessionellen Teams, welche die Patienten, in ihrem häuslichen Umfeld aufsuchen, stellt eine wichtige Ergänzung der bisherigen Versorgungsstrukturen dar. Wichtig ist auch hier, dass von Beginn an die richtigen Parameter gesetzt werden.

ASYLPOLITIK

ERHEBLICHE BENACHTEILIGUNG PSYCHISCH ERKRANKTER MENSCHEN

Anfang des Jahres verabschiedete das Bundeskabinett ein neues Gesetzespaket, das den Zuzug von Asylsuchenden nach Deutschland steuern und Verzögerungen bei Rückführungen sowie Asylmissbrauch verhindern soll. Durch die neuen Regelungen zur Abschiebung bei gesundheitlichen Problemen geraten besonders psychisch erkrankte Menschen unter erheblichen Druck.

Das neue Gesetzespaket zur Einführung beschleunigter Asylverfahren soll Abschiebungen erleichtern. Künftig sollen nur noch lebensbedrohliche und schwerwiegende Erkrankungen, die sich durch eine Abschiebung wesentlich verschlechtern würden, eine Rückführung verhindern. Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) zählen hier nicht dazu. Zudem werden in der Gesetzesbegründung psychische Erkrankungen durch die Aussage, sie seien schwer zu diagnostizieren und zu überprüfen, diskriminiert.

Bei der PTBS handelt es sich um eine ernste psychische Erkrankung, die unbedingt therapeutischer Behandlung bedarf. Ohne professionelle Hilfe besteht für die Betroffenen die Gefahr einer Chronifizierung und erhebliche Selbstgefährdung. In der Folge von Traumatisierungen können aber auch Depressionen, Angststörungen und Suchterkrankungen auftreten, die das Suizidrisiko drastisch erhöhen.

ZUVERLÄSSIGE DIAGNOSTIK

Asylsuchende gehören zu einer besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppe. Existentielle Bedrohung in Kriegsgebieten und Flucht bedeuten für die Psyche Extremstress. PTBS sind immer dann die Folge, wenn die Summe der schrecklichen Erfahrungen die eigenen Bewältigungsmechanismen übersteigt. Der Alltag wird für die Betroffenen zur Qual, bei vielen ist das Selbst- und Weltbild erschüttert. Die schrecklichen Erfahrungen drängen sich ihnen in Form intensiver Erinnerungen wie Flashbacks oder Albträumen immer wieder auf.

Die Diagnose von psychischen Erkrankungen wie der PTBS ist heute genauso zuverlässig wie die Diagnostik vieler körperlicher Erkrankungen. Der Gesetzesentwurf erweckt durch seine Formulierungen aber den Eindruck, dass Asylsuchende psychische Erkrankungen regelmäßig als Abschiebungshindernis vortauschen würden.

PTBS und andere psychische Erkrankungen lassen sich heute wirksam behandeln. Die Behandlung besteht in erster Linie aus einer Psychotherapie, falls erforderlich mit medikamentöser Unterstützung. Doch in vielen Kriegsgebieten fehlt die Kompetenz für die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung vollständig. Der Gesetzesentwurf sieht darin allerdings keinen Hinderungsgrund für eine Abschiebung, weil er nicht voraussetzt, dass die medizinische Versorgung im Herkunftsland derjenigen in Deutschland entspricht. Diese Regelung ist umso problematischer als dass sich die Symptome erheblich verschlechtern, wenn die Betroffenen an den Ort zurückgeschickt werden, an dem das Trauma verursacht wurde.

FEHLENDE RESSOURCEN IN DER VERSORGUNG

Die DGPPN übt deshalb nachdrücklich Kritik an den geplanten Regelungen im Umgang mit psychisch erkrankten Asylsuchenden und fordert grundlegende Korrekturen. Der Gesetzesentwurf darf psychische Erkrankungen nicht verharmlosen und betroffene Menschen nicht stigmatisieren. Zudem lässt sich das beschleunigte Asylverfahren mit den aktuellen Versorgungsstrukturen



Kriege und Flucht bedeuten für die Psyche Extremstress.

nicht umsetzen. So müssen Asylsuchende einen gesundheitlichen Hinderungsgrund für eine Abschiebung innerhalb von nur einer Woche ärztlich bescheinigen lassen. Neben den personellen Ressourcen fehlt es in der Versorgung hierfür auch an den notwendigen sprachlichen und interkulturellen Kompetenzen, die für die Abklärung der komplexen Krankheitsbilder unbedingt notwendig sind.

VERSORGUNG

NOVELLIERUNG DER PSYCHISCH-KRANKEN-GESETZE DER BUNDESLÄNDER

In die Novellierung der Psychisch-Kranken-Gesetze und Unterbringungsgesetze ist Bewegung gekommen. In vielen Bundesländern sind die Gesetzgeber mit Nachdruck mit dem Novellierungsprozess beschäftigt. In manchen Bundesländern sind bereits Neuregelungen verabschiedet. Die DGPPN hat aktuell zum einen ausführliche Erläuterungen zu den bereits publizierten Eckpunkten für die öffentlich-rechtliche Unterbringung formuliert, zum anderen bringt sie sich mit Stellungnahmen in die Gesetzgebungsprozesse der einzelnen Bundesländer ein.

Angestoßen durch die Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention und die Entscheidungen der höchsten Bundesgerichte wurden deren Vorgaben für betreuungsrechtliche Unterbringung und Behandlung einwilligungsunfähiger Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern Anfang 2013 zunächst in einer Novellierung des Betreuungsrechts umgesetzt. Zentraler Punkt war eine Neufassung des Paragraphen 1906 im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), welche die Hürden für die sogenannten Ärztlichen Zwangsmaßnahmen deutlich anhebte.

Entsprechende Anpassungen der Re-

gelungen zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen und Unterbringungsgesetzen stehen in vielen Bundesländern noch aus. Im April 2015 hat die DGPPN Eckpunkte für die Regelung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern verabschiedet, nachdem diese ausführlich mit den zuständigen Stellen in den Bundesländern (AG Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden) diskutiert worden waren. Die ausführliche Erläuterungen zu den einzelnen Eckpunkten sind nun

in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* (3/2016) erschienen.

STAND DER NOVELLIERUNG IN DEN BUNDESLÄNDERN

Die Novellierungsprozesse in den einzelnen Bundesländern sind unterschiedlich weit vorangeschritten. Während die entsprechenden Landesgesetze in Hamburg, Baden-Württemberg und Hessen bereits 2014 in überarbeiteter Form verabschiedet wurden, fängt Bayern gerade erst mit der Überarbeitung an (Tabelle 1). Doch jüngst ist Bewegung in die Prozesse gekommen. Die DGPPN hat Anfang 2016 bereits in zwei Ländern an einem Stellungnahmeverfahren teilgenommen (Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern), weitere sind angekündigt (Schleswig-Holstein, Bayern, Berlin).

Dabei sind Ergebnisse der Novellierung sowohl formal (Bezeichnung der Gesetze, Regelung des Maßregelvollzugs in demselben Gesetz) als auch inhaltlich – insbesondere in Bezug auf die Beachtung der Einwilligungsfähigkeit und Regelungen zur Zwangsbehandlung – höchst heterogen. Nach Meinung juristischer Experten bestehen bei mancher Neuregelung gar Zweifel an deren Konformität mit dem Grundgesetz und der UN-Behindertenrechtskonvention. Grundsätzlich ist zu erkennen, dass die Landesgesetzgeber bemüht sind, die Gesetze zu modernisieren und an die neuen Vorgaben anzupassen.



Die Neuregelung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen ist in den Ländern unterschiedlich weit vorangeschritten.

In diesem Zusammenhang erwähnenswert sind insbesondere die zunehmende Berücksichtigung von Patientenverfügungen und Behandlungsvereinbarungen sowie die Vorschriften, dass die Behandlung so wenig restriktiv wie möglich durchgeführt werden soll und dass Zwangsmaßnahmen mit den Betroffenen nachbesprochen werden müssen. Auch die richterlichen Genehmigungspflichten bei Zwangsbehandlungen und länger dauernden Sicherungsmaßnahmen und die Restriktion des

der strafrechtlichen Unterbringung im Maßregelvollzug in einem gemeinsamen Gesetz aus. Denn auch wenn in einigen Aspekten Überlappungen bestehen, hat die kurzfristige öffentlich-rechtliche Unterbringung einen ganz anderen Ansatz als die langfristige Unterbringung im Maßregelvollzug. So wird der Schutz Dritter und nicht die Hilfe für die Betroffenen priorisiert und dies trägt zur Stigmatisierung bei. Aus diesen Gründen wurden beide Bereiche in einigen Bundesländern zu Recht ge-

denzustände grundsätzlich entgegenzuwirken.

Der Entwurf eines Bundeslandes sah sogar vor, dass Bedienstete einer psychiatrischen Einrichtungen im Fall, dass Patienten entweichen oder sich ohne Erlaubnis außerhalb der Einrichtung aufhalten, diese verfolgen, festnehmen und gewaltsam zurückbringen sollten. Diese nach Kenntnis der DGPPN in Deutschland und international einzigartige Regelung gäbe den Mitarbeitern der Einrichtung hoheitliche Rechte außerhalb

BUNDESLAND	STAND DER NOVELLIERUNG
BADEN-WÜRTTEMBERG	Neues PsychKG seit 1. Januar 2015 in Kraft
BAYERN	bisher Unterbringungsgesetz, PsychKHG geplant
BERLIN	Gesetzesentwurf liegt dem Abgeordnetenhaus zur Verabschiedung vor
BRANDENBURG	Novellierung des PsychKG seit 10. Juli 2014 in Kraft
BREMEN	Novellierung des PsychKG seit 29. Juli 2014 in Kraft
HAMBURG	Novellierung des PsychKG seit 10. Juli 2014 in Kraft
HESSEN	bisher Unterbringungsgesetz, PsychKHG geplant
MECKLENBURG-VORPOMMERN	Gesetzesentwurf liegt vor, Verbändeanhörung im Januar 2016 abgeschlossen
NIEDERSACHSEN	Gesetzesentwurf liegt vor, Verbändeanhörung abgeschlossen
NORDRHEIN-WESTFALEN	Gesetzesentwurf liegt vor, Verbändeanhörung im Januar 2016 abgeschlossen
RHEINLAND-PFALZ	Novellierung PsychKG seit 6. Juni 2014 in Kraft
SAARLAND	Novellierung Zwangsbehandlung im Unterbringungsgesetz seit 9. Juli 2014 in Kraft
SACHSEN	Novellierung PsychKG seit 31. August 2014 in Kraft
SACHSEN-ANHALT	Novellierung PsychKG voraussichtlich erst nach Landtagswahl 2016
SCHLESWIG-HOLSTEIN	Novellierung PsychKG seit 29. Mai 2015 in Kraft, erneute Novellierung angekündigt
THÜRINGEN	Novellierung PsychKG geplant, zunächst wird aber Maßregelvollzugsgesetz novelliert

Tabelle 1: Stand der Novellierung in den Bundesländern

Einsatzes von technischen Überwachungsmitteln zugunsten von 1:1-Betreuung ist zu begrüßen. Insgesamt folgen viele Landesgesetzgeber weitgehend der Linie, welche die DGPPN in einem ethischen Grundsatzpapier (DGPPN, 2014) und in einem Eckpunktepapier zur öffentlich-rechtlichen Unterbringung (DGPPN, 2015) vorgezeichnet hat.

GROSSE DIVERGENZEN

Hinsichtlich einzelner Lösungsansätze ergeben sich aber deutliche Diskrepanzen zu den Eckpunkten der DGPPN. Beispielsweise spricht sich die DGPPN gegen die Regelung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung und

trennt. Von diesem Punkt abgesehen ist die Überarbeitung des Maßregelrechts sehr zu begrüßen. In einzelnen Bundesländern (Baden-Württemberg) sind Zwangsmaßnahmen allein zum Schutz Dritter erlaubt. In anderen nur bei erheblicher Gefährdung der Gesundheit der Patienten.

Auch die Definition der Zielgruppe der Gesetze, Menschen mit „psychischen Erkrankungen“, unterscheidet sich stark. Manche Legaldefinitionen schließen nicht nur Menschen mit fachlich diagnostizierten psychischen Erkrankungen ein, sondern auch solche, bei denen nur Anzeichen einer solchen Erkrankung vorliegen. Dies widerspricht den Bemühungen der Fachwelt, einer Pathologisierung aller psychischen Lei-

der Einrichtung. Außerhalb der Einrichtung muss das Gewaltmonopol aber unbedingt auf die Polizei beschränkt bleiben. Die Beschäftigten einer psychiatrischen Einrichtung sind dafür ausgebildet, Patienten zu betreuen und zu behandeln, und nicht dafür, polizeiliche Aufgaben zu übernehmen. Nicht zuletzt wäre dies ihren therapeutischen Aufgaben extrem abträglich.

*Das ethische Grundsatzpapier und das Eckpunktepapier finden Sie auf www.dgppn.de
> Presse > Stellungnahmen.*

RESILIENZ

DER PSYCHISCHEN WIDERSTANDSKRAFT AUF DER SPUR

Warum verkraften manche Menschen Stress, Druck oder Schicksalsschläge besser, während andere verzweifeln und psychisch krank werden? Welche Fähigkeiten bedarf es, um aus Krisen gestärkt hervorzugehen? Die Wissenschaft findet zunehmend Antworten auf diese Fragen, die sich auf unser Leben übertragen lassen. Denn obwohl die Fundamente der psychischen Widerstandskraft schon in frühester Kindheit gelegt werden, lassen sie sich auch später noch aushärten.

Autorin: Christina Berndt

Ihr Auftritt war so stark, dass sich selbst die Fachleute die Augen rieben. Acht lange Jahre hatte sich die 18-jährige Österreicherin Natascha Kampusch in der Gewalt ihres Entführers befunden, war in einem Fünf-Quadratmeter-Verlies im Keller eingesperrt, manchmal im Dunkeln, und musste dem Mann zu Diensten sein. Doch schon zwei Wochen nach ihrer Flucht im August 2006 trat Natascha Kampusch im Fernsehen auf. Zu sehen war eine vielleicht ungewöhnliche, aber offenbar in sich ruhende junge Frau, die über sich selbst, die Jahre ihres Martyriums und ihr Verhältnis zu dem Mann, der ihre Jugend geraubt hatte, auf kluge und reflektierte Weise sprach. Die Zuschauer vor dem Fernseher konnten das Maß an innerer Stärke, das Natascha Kampusch präsentierte, kaum fassen. Ein gebrochenes Wesen hatten sie erwartet. Weshalb war die junge Frau nicht ein Schatten ihrer selbst?

Die Geschichte der Natascha Kampusch ist nicht nur besonders anrührend. Sie zeigt auch auf besonders beeindruckende Weise, was Resilienz ist. So heißt die Fähigkeit, Krisen, Herausforderungen und Schicksalsschläge zu bewältigen, ohne daran zu zerbrechen. Es ist diese geheimnisvolle psychische Widerstandskraft, die einem jungen Mädchen, das auf dem Heimweg von der Schule gekidnappt wird, die Fähigkeit verleiht, ein solches Martyrium zu überstehen, während andere Menschen schon infolge erheblich kleinerer Schicksalsschläge psychisch krank werden. Resilienz ermöglicht es dem einen Unternehmer, nach dem Bankrott seiner Firma bald wieder vor neuen Ideen zu sprudeln, während sich ein anderer aufgibt. Sie sorgt dafür, dass eine Frau nach dem Ende einer großen Liebe bald neuen Sinn im Leben findet, während eine andere ihr Schicksal im Alkohol ertränkt. Und sie hilft auch, den Tod eines Partners zu verwinden oder eine schwere Krankheitsdiagnose wie Multiple Sklerose zu bewältigen, ohne den Lebensmut zu verlieren.

EMMY WERNER – DIE RESILIENZPIONIERIN

Die Frage, was manche Menschen so stark macht, ist eines der großen Rätsel unserer Zeit. Doch Psychiater, Psychologen, Pädagogen und Neurowissenschaftler finden zunehmend Antworten darauf. Lange haben sich diese Disziplinen vor allem mit den Abgründen der menschlichen Seele befasst; haben erkundet, welche Faktoren im späteren Leben Wahnvorstellungen, Depressionen und Panikattacken begünstigen. Doch einzelne Vertreter begannen schon früh, ihr Augenmerk vermehrt auf die Stärken der Menschen zu richten: Welche Umstände im Leben eines Menschen machen seine Seele so widerstandsfähig, dass er Krisen und Herausforderungen unbeschadet übersteht? Über welche Strategien und Ressourcen verfügen die Lebenstüchtigen? Was befördert ihre Resilienz?

Die Ursprünge der Resilienzforschung gehen in die 1950er-Jahre zurück. Damals begann die amerikanische Entwicklungspsychologin Emmy Werner eine Studie auf der hawaiianischen Insel Kauai. Sie durfte dort eine ganze Geburtskohorte studieren – alle Kinder, die auf Kauai im Jahr 1955 geboren wurden. Das waren genau 698 Jungen und Mädchen, die Werner und ihre Mitarbeiter über Jahrzehnte beobachteten. Die Chancen dieser Kinder auf ein schönes Leben standen alles andere als gut. Hawaii gehörte damals noch nicht zu den USA, der Inselstaat versank in Armut. So prägte auch Armut das Leben der Kinder von Kauai. Ein Drittel dieser Kinder aber wuchs in besonders schwierigen Verhältnissen auf: Sie wurden misshandelt und vernachlässigt, die Ehen der Eltern waren zerrüttet, die Väter süchtig nach Alkohol.

Und trotz aller Schwierigkeiten in ihrem jungen Leben: Von diesen Kindern wuchs ein Drittel zu selbstbewussten, fürsorglichen und leistungsfähigen Erwachsenen heran. Sie hatten – im Gegensatz zu den übrigen – einen Beruf, kamen nicht mit dem Gesetz in Konflikt, nahmen keine Drogen und waren in

der Lage, gute, förderliche Beziehungen zu führen. Das Besondere an Emmy Werner war, dass sie sich für diese Kinder interessierte, die sich gut entwickelten. Statt sich auf jene zu besinnen, die keinen guten Weg einschlugen, wollte Emmy Werner herausfinden, was Kinder stark gegen widrige Umstände machte. Dabei zeigte sich: Der allergrößte Schutz im Leben ist Bindung.

WOHER KOMMT DIE WIDERSTANDSKRAFT?

Die starken Kinder von Kauai hatten etwas, das die anderen, die früh Schulprobleme bekamen und im Gefängnis landeten, nicht hatten: Es gab zumindest eine liebevolle Bezugsperson, die sich um sie kümmerte. „Das ist unsere pädagogische Chance“, sagt Monika Schumann, Professorin für Heilpädagogik an der Katholischen Hochschule Berlin. „Eine solche Bindung macht so stark, dass viele negative Faktoren dadurch wieder wettgemacht werden.“ Dabei muss die Vertrauensperson nicht unbedingt Mutter oder Vater sein. Eine Tante, ein Lehrer, eine Nachbarin können diese Rolle füllen. „Wichtig ist es, Kindern auf Augenhöhe zu begegnen“, sagt Schumann. „Jemand muss ihnen Geborgenheit geben, ihre Fortschritte anerkennen, ihre Fähigkeiten fördern und sie unabhängig von Leistung und Wohlverhalten lieben: Das macht stark fürs Leben.“ Auch weitere Resilienzfaktoren zeigten sich: Offenheit für neue Menschen und neue Situationen. Das hilft, auch zunächst unangenehmen Veränderungen etwas abzugewinnen zu können und sich in der Not gezielt die Hilfe zu suchen, die man braucht. Auch eine Portion Realitätssinn ist wichtig, weil man Probleme dann lösungsorientierter angehen kann, statt Luftschlösser zu bauen. Optimismus sowie: Er verhilft dazu, Chancen zu sehen, wo es zunächst dunkel wirkt. Eine gewisse Intelligenz, weil sie es ermöglicht, in einer schwierigen Lage Lösungswege zu finden. Und Selbstbewusstsein und Selbstwirksamkeit tragen dazu bei, dass ein Mensch auch daran glaubt, diese Wege beschreiten zu können.

Emmy Werners Forschung wurde seither von vielen Fachleuten fortgesetzt. Zu den wichtigen Pionieren zählte auch der amerikanisch-israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky, der mit seinem Konzept der „Salutogenese“ beschrieb, welche



Viele der Eigenschaften, die psychische Stärke verleihen, sind angeboren oder werden schon in frühester Kindheit entwickelt.

Faktoren es Menschen ermöglichen, solche Grauen wie den Holocaust zu überleben, und der Wiener Psychiater Viktor Frankl, der – auch aufgrund eigener Erfahrungen in Konzentrationslagern – vor allem die Bedeutung der Sinnstiftung für eine widerständige Seele herausarbeitete.

Die allgemeinen Resilienzfaktoren wurden inzwischen in den verschiedensten Situationen und auf der ganzen Welt bestätigt. Sie helfen Menschen nach einer Scheidung, aber auch solchen mit schweren Krankheitsdiagnosen. Sie sind wichtig für Strafgefangene, die wieder Fuß fassen müssen im Leben, für den Überlebenskampf in Krisenregionen, für Familien, die mitten im Wohlstand in Armut leben, für Holocaust-Überlebende oder für Kinder mit psychisch kranken Eltern.

Zweifellos sind viele dieser Eigenschaften, die psychische Stärke verleihen, angeboren oder schon in frühester Kindheit entwickelt worden. Die moderne Resilienzforschung weiß sogar von Genen zu berichten, die stark machen: Zu diesen gehören Erbanlagen, die den Stoffwechsel von Serotonin im Gehirn günstig beeinflussen, wie zuerst Klaus-Peter Lesch an der Universität Würzburg bei Mäusen entdeckte. Terri Moffitt und Avshalom Caspi bestätigten diese Effekte dann an der Geburtskohorte, die sie seit den 1970er-Jahren in der neuseeländischen Stadt Dunedin erforschen dürfen.

Doch die Wirkung der Resilienz-Gene ist nicht so linear, wie ihr Name vermuten lässt: Es ist nicht so, dass Menschen mit der „starken“ Gen-Variante stark sind und die anderen schwach. Vielmehr machen die Gene offenbar nur vor dem Hintergrund biografischer Ereignisse stark oder schwach. So sind Jugendliche mit einer vulnerablen Gen-Variante für den Serotoninrezeptor nur dann anfälliger für Depressionen, wenn sich in ihrem Leben starke Verletzungen ereignen – wenn etwa der Vater prügelt. Jugendliche mit derselben Gen-Variante, die in einer liebevollen Familie aufwachsen, haben hingegen kein höheres Risiko für Depressionen.

Ohnehin sind Gene und Kindheit nicht alles. Sie bilden vielleicht die Bühne des Lebens. Aber was der Mensch auf ihr anstellt, kann er immer noch zum großen Teil selbst bestimmen: Die Gene wirken, wie die moderne Wissenschaft weiß, nicht unabhängig von der Umwelt. Die Umweltbedingungen, die Er-

nur schwer auseinanderzuhalten: Starke Persönlichkeiten entwickeln sich z. B. nicht nur durch eine liebevolle, fördernde Umwelt besonders leicht. Umgekehrt gestalten starke Persönlichkeiten ihre Umwelt meist auch stärker als dies vulnerable Personen tun.

RESILIENZ ALS STRATEGIE

Längst ist klar: Resilienz ist keine für alle Zeiten angelegte Charaktereigenschaft, wie dies noch die ersten Forscher dachten, die sich mit dem Phänomen beschäftigten. Sie nannten resiliente Menschen „die Invulnerablen“, weil sie davon überzeugt waren, dass solche Leute unverwundbar wären. Heute ist der Blick auf die psychische Widerstandskraft differenzierter. Seelische Stärke ist nur am Rande eine Frage der Persönlichkeit. Vielmehr handelt es sich vor allem um eine Strategie. Wer resilient ist, kann sich Wege erschließen, aus einem Schlamassel wieder herauszukommen. Er ist nach einem Schicksalsschlag durchaus geknickt. Aber er steht bald wieder auf.

Wenn Resilienz aber vor allem eine Strategie ist, dann hat das einen unschätzbaren Vorteil: Es bedeutet, dass man Resilienz ein Stück weit lernen kann – selbst in fortgeschrittenem Alter. Dazu ist es sinnvoll, das Phänomen besser zu verstehen. Psychologen und Pädagogen, aber auch Genetiker und Neurowissenschaftler forschen mit großem Engagement daran, was Menschen zu einem psychisch gesunden Leben befähigt.

Wer sich schwach fühlt, muss also für eine fördernde Umgebung sorgen. Wie bei den Kindern auf Kauai gilt es, sich sein Umfeld so einzurichten, dass man darin gedeihen kann. Sind die Menschen, mit denen ich mich umgebe, wirklich gut für mich? Die Lehrerin, die Nachbarin, der Onkel, die den hawaiianischen Kindern einen so wichtigen Halt boten – man kann sich solche Menschen auch als Erwachsener noch suchen. Ein soziales Netz aufzubauen und es liebevoll zu leben, seinen Alltag nicht so konfliktrichtig zu gestalten, das ist eine der wichtigsten Strategien, um seine Resilienz zu vergrößern.

Der zweite wichtige Schritt ist es, sich auch selbst liebevoll zu begegnen und sich kennenzulernen. Auf welchem Weg man persönlich eine schwierige Situation am besten bewältigt, lässt sich eben am ehesten herausfinden, wenn man seine Seele gut kennt. Resiliente Menschen wissen besser, was ihnen gut tut, als weniger resiliente Menschen. Deshalb beginnen die meisten Programme zum Aufbau seelischer Widerstandskraft mit einem Test, mit dessen Hilfe Menschen ihre persönlichen Stärken herausfinden können. Weg mit dem Defizitblick! Mehr Wertschätzung, bitte! Auch von sich selbst und von dem, was man kann! Das ist eines der wichtigsten Ziele von Resilienz-Trainings. Oder, wie der amerikanische Psychologieprofessor Martin Seligman, sagt: „*Don't fix, what's wrong! Build up, what's strong!*“ Baue deine Stärken aus, statt an deinen Schwächen herumzudoktern und ständig traurig darüber zu sein. Stärken geben der Seele Kraft.

DASS MAN RESILIENZ LERNEN KANN, IST DIE GUTE NACHRICHT. ZUGEHEBENERMASSEN GIBT ES AUCH EINE UNBEQUEME: WER LERNEN WILL, WIE ER KRISEN UND HERAUSFORDERUNGEN BESSER BEWÄLTIGT, DER MUSS SICH, WOHL ODER ÜBEL, AUCH KRISEN UND HERAUSFORDERUNGEN STELLEN.

fahrungen, die ein Mensch macht – sie können sogar die Gene durch sogenannte epigenetische Prozesse verändern.

So können scheinbar ungünstige „schwache“ Gene in einem besonders liebevollen Umfeld sogar stark machen. Schließlich sind Menschen mit diesen Genen besonders sensibel. Damit sind sie aber auch in großem Maße für positive Einflüsse empfänglich. Wissenschaftler sprechen von robusten „Löwenzahn-Kindern“, die, mit Resilienz-Genen ausgestattet, auch auf dem Schrottplatz des Lebens gedeihen. Die verletzbaren „Orchideen-Kinder“ hingegen, gehen unter diesen Bedingungen ein. Aber in einer guten Umgebung mit viel Pflege treiben sie die schöneren Blüten.

So haben Umwelt und Erbanlagen einen in etwa gleich großen Einfluss auf den Menschen. Die Effekte sind ohnehin oft

STÄRKE KANN MAN LERNEN

Stärken lassen sich auf überraschend einfache Art trainieren: Man muss sie einfach leben, am besten auch mal auf eine neue Art. So könnte ein Mensch, der sich durch Großzügigkeit auszeichnet, einem Unbekannten mit abgelaufenem Parkschein einen neuen hinter den Scheibenwischer klemmen, damit der Fremde keinen Strafzettel bekommt. Jemand, der besonders kreativ ist, könnte seinem Partner auf die Frage, was man unternehmen will, pantomimisch antworten. Und wer viel Lebensfreude besitzt, könnte diese durch ein besonders verrücktes Outfit ausdrücken oder endlich mal wieder tanzen gehen.

„Charakterstärken Trainieren macht glücklich“, sagt auch Willibald Ruch, Professor für Persönlichkeitspsychologie von der Universität Zürich. In seiner bislang wichtigsten Studie zu dem von ihm entwickelten „Zürcher Stärken Programm“ übten sich die Probanden z. B. in Dankbarkeit, indem sie jemandem, der in ihrem Leben eine wichtige Rolle gespielt hat, dies in einem Brief einmal sagten. Ihren Sinn für das Schöne konnten sie trainieren, indem sie in ihrem Alltag auf Momente achteten, in denen sie Bewunderung für etwas Schönes empfinden konnten. Das konnten Menschen oder Dinge sein, aber auch Gesten oder Bewegungen. Es zeigte sich, dass der Effekt eines kurzen Trainings sechs Monate andauern kann. Dabei ist es allerdings nicht gleichgültig, welche seiner starken Seiten ein Mensch trainiert. Den größten Effekt, sagt Ruch, habe es, wenn man sich auf seine Neugier, seine Dankbarkeit, seinen Optimismus, seinen Humor oder seinen Enthusiasmus besinnt und dies weiter ausbaut.

Optimismus ist auch in den Augen Martin Seligmans der Schlüssel zur psychischen Widerstandskraft. Vor allen anderen Eigenschaften mache die Zuversicht, sich nicht unterkriegen zu lassen, eine starke Seele aus, sagt der Psychologieprofessor. Menschen sollten trainieren, sich in ihrem Inneren Sätze zu sagen wie: „Es wird bald vorbei sein.“ Oder: „Es ist nur diese eine Situation, und ich kann etwas daran tun.“ Wichtig ist es, die Ursache von Schicksalsschlägen mehr in ungünstigen Umständen oder im Verhalten anderer Menschen zu sehen und nicht ständig alle Fehler bei sich selbst zu suchen. Wer daran glaubt, seine Lage bessern zu können, hat auch die Kraft, das zu tun.

Dazu gehört es auch zu erkennen, dass die Selbstgespräche, die wir alle führen, nicht immer ein Spiegel der Wirklichkeit sind. Wer negative Selbstgespräche führt, sollte sich klar machen, dass diese Gespräche Reaktionen auf Gefühle sind und selbst wiederum Gefühle verursachen – und dass sie meist auch ganz anders geführt werden könnten. Statt „Das muss auch immer mir passieren“ kann man sich nach einem Missgeschick auch sagen: „Da habe ich jetzt aber Pech gehabt.“

Eine der zentralen Übungen, mit denen man den Optimisten in sich wecken kann, nennt Seligman „to hunt the good stuff“. Das bedeutet so viel wie „den guten Stoff aufstöbern“. Das ist gar nicht schwierig. Seligman empfiehlt, jeden Abend vor dem

Zubettgehen drei Dinge aufzuschreiben, die an diesem Tag gut gelaufen sind. Dass das funktioniert, haben Studien gezeigt: Menschen, die abends nur eine Woche lang das Gute Revue passieren ließen, hatten im Vergleich zu Menschen, die einfach nur Erlebnisse aufschrieben, ohne sich dabei aufs Positive zu besinnen, noch sechs Monate nach Abschluss des Trainings eine optimistischere Grundhaltung und weniger depressive Symptome.

DAS LEBEN HÄLT STÄNDIG AUFGABEN PARAT

Dass man Resilienz lernen kann, ist die gute Nachricht. Zugegebenermaßen gibt es auch eine unbequeme: Wer lernen will, wie er Krisen und Herausforderungen besser bewältigt, der muss sich, wohl oder übel, auch Krisen und Herausforderungen stellen. Schließlich lassen sich Strategien zur Lösung von Problemen nur dann erproben und weiterentwickeln. „Nietzsche hatte in gewissem Maße recht“, sagt der Persönlichkeitspsychologe Jens Asendorpf von der Humboldt-Universität in Berlin. „Was uns nicht umbringt, macht uns oft stärker.“ Übersetzt ins praktische Leben heißt das: „Duck dich nicht weg!“ Man muss Herausforderungen auch mal annehmen, um im Training zu bleiben. Das gibt Sicherheit und stärkt die Überzeugung, dass man es auch in anderen schwierigen Situationen schaffen wird.

Auch wenn man es hasst, vor fremden Menschen zu sprechen, und die tägliche Routine im Büro eigentlich gemüthlicher findet, sollte man eine Einladung zu einem Vortrag ruhig mal annehmen. Am Tag davor, während man den Vortrag vorbereitet, bereut man es wahrscheinlich furchtbar. Kurz vor dem großen Ereignis dann erst recht. Aber wenn alles gut gelaufen ist, hat man seine Überzeugung gemehrt, dass schwierige Aufgaben zu meistern sind. Und wenn man scheitert? Eine Prise Realismus hilft: Wer von Anfang an einkalkuliert, dass auch Scheitern möglich ist, der lernt selbst aus Misserfolgen, ohne diese nur negativ zu sehen. Das Leben hält ständig Aufgaben für uns parat. Wir sollten sie willkommen heißen und Lösungen suchen. Dann haben wir in jedem Fall wieder etwas für unsere Resilienz getan.

DR. RER. NAT. CHRISTINA BERNDT

Wissenschaftsredakteurin bei der Süddeutschen Zeitung in München

Christina Berndt ist Autorin des Bestsellers „Resilienz – das Geheimnis der psychischen Widerstandskraft“ (dtv München).

SCHLAFMEDIZIN

SCHLAF UND GESUNDHEIT

Vielen Menschen ist nicht bewusst, wie wichtig Schlaf für die Gesundheit ist. Sie lassen ihren Schlafrhythmus von äußeren Faktoren beeinflussen und achten zu wenig auf die eigenen Bedürfnisse. Auch im medizinischen Alltag findet das Thema Schlaf oftmals noch zu wenig Beachtung. Dabei können Schlafstörungen Ursache und Symptom von psychischen oder körperlichen Erkrankungen sein, die es zu behandeln gilt.

Autor: Thomas Pollmächer

Schlaf ist ein lebensnotwendiger Teil unseres Lebens. Rund ein Drittel unserer Zeit verbringen wir schlafend – wobei das individuelle Schlafbedürfnis bei Erwachsenen stark schwanken kann: Manche Menschen kommen mit sechs Stunden Schlaf aus, während andere neun bis zehn Stunden Schlaf benötigen. Ausreichend und qualitativ hochwertiger Schlaf trägt wesentlich zur Gesundheit bei, während sich Schlafstörungen auf viele Lebensbereiche negativ auswirken. So stehen auch Schlaf und psychische Gesundheit in enger Wechselwirkung. Auf der einen Seite werden Schlafstörungen häufig als diagnoseübergreifendes Symptom bei zahlreichen psychischen Erkrankungen beobachtet. Andererseits stellen Ein- und Durchschlafstörungen oder nichterholsamer Schlaf selbst in Abwesenheit anderer Erkrankungen einen Risikofaktor für eine psychische Neuerkrankung dar, insbesondere für Depressionen.

Ein- und Durchschlafstörungen mit konsekutiver Minderung der Leistungsfähigkeit am Tag gehören zu den weltweit häufigsten Erkrankungen. Etwa 10 % der Bevölkerung sind von einer chronischen Insomnie betroffen, deren Diagnose und Therapie somit eine wichtige sozioökonomische Bedeutung haben. Klagen über einen gestörten Schlaf oder erhöhte Tagesmüdigkeit gehören zu den häufigsten Beschwerden, die Patienten gegenüber ihrem Psychiater und Psychotherapeuten beklagen. Deshalb sind Grundkenntnisse in der schlafmedizinischen Differenzialdiagnostik von erheblicher klinischer Bedeutung.

Eine besonders wichtige Funktion nimmt der Schlaf bei der Gedächtnisbildung ein. Die Vermutung, dass sich Schlaf positiv auf Lernen und Gedächtnisleistung auswirkt, geht bis ins 19. Jahrhundert zurück. In den letzten Jahren bestätigten neurowissenschaftliche Studien, dass Schlaf essenziell für kognitive Prozesse und neuronale Plastizität ist. Zunehmend zeigt sich, dass Schlafstörungen die Gedächtnisleistungen bei psychischen Erkrankungen wie Depression, Schizophrenie oder posttraumatischer Belastungsstörung negativ beeinflussen. Eine wirksame Behandlung der Schlafstörungen könnte womöglich die kognitiven Störungen verbessern und neue Ansatzmöglichkeiten zur Behandlung psychischer Erkrankungen schaffen.

WAS SIND SCHLAFSTÖRUNGEN?

Schlafstörungen sind äußerst vielfältig. Die internationale Klassifikation ICSD unterscheidet über 80 verschiedene Krankheitsbilder. Sie können den Schlaf selbst betreffen und sich in Form von Ein- und Durchschlafstörungen, gestörter nächtlicher Motorik oder einer verminderten Erholbarkeit des Schlafes äußern. Andere Beschwerden wirken sich auf das Wohlbefinden am Tag aus: Die betroffenen Menschen sind tagsüber vermehrt müde, fühlen sich erschöpft, kämpfen gegen Schläfrigkeit oder können sich schlecht konzentrieren. Alle Beschwerdetypen können gemeinsam auftreten und erlauben keinen verbindlichen Rückschluss auf die Ursache der Schlafstörungen. Treten Schlafstörungen nur kurzfristig für wenige Tage auf – z. B. in belastenden Situationen – sind sie meist unbedenklich. Schlafstörungen die mehr als vier Wochen andauern, müssen abgeklärt werden. Sie können sich erheblich auf die Lebensqualität der betroffenen Menschen auswirken. Neben den beschriebenen Symptomen leiden sie oft an Stimmungsschwankungen bis hin zu depressiven Verstimmungen. Übermüdung infolge von Schlafstörungen kann auch fatale Folgen haben. So erhöht sich die Gefahr von Unfällen, z. B. am Steuer oder auf der Arbeit. Schätzungen zufolge gehen pro Jahr in Deutschland über 18.000 Arbeitsunfälle auf Schlafstörungen zurück.

WIE ERKENNT MAN SCHLAFSTÖRUNGEN?

Eine schlafmedizinische Abklärung umspannt stets den gesamten 24-Stunden-Tag. Zum einen ist die Erfassung des gestörten Schlafs in der Nacht essenziell, zum anderen sind Wachheit sowie Müdigkeit und Schläfrigkeit während des Tages untrennbar mit der Qualität und Quantität des Schlafs verbunden. In Bezug auf das Einschlafen gilt es eine Reihe von Fragen zu klären: Wie lange dauert der Einschlafprozess? Treten dabei störende Kognitionen oder vegetative Symptome von Bedeutung auf? Sind Missempfindungen und Bewegungsdrang zu beobachten, die auf z. B. auf ein Restless-Legs-Syndrom hinweisen können? Auch in Bezug auf den Nachtschlaf



Ausreichender und qualitativ guter Schlaf ist eine wichtige Voraussetzung für unsere psychische und körperliche Gesundheit.

sind verschiedene Aspekte zu klären: Wie lange dauert dieser? Wie oft kommt es zu Unterbrechungen? Sind Schnarchen oder Atempausen beobachtet worden? Komplexe Bewegungen wie Aufstehen, Aufsetzen im Schlaf und insbesondere nächtliche Selbst- oder Fremdverletzungen bedürfen immer einer sorgfältigen Abklärung bezüglich des Vorliegens einer Parasomnie, einer nächtlichen Bewegungsstörung oder einer Epilepsie.

Beschwerdebilder, die sich am Tag äußern, sind immer in den psychopathologischen Kontext zu setzen. Klagt ein Patient über Einschlafen am Tag, muss immer geklärt werden, ob es zu ungewolltem, eventuell sogar imperativem Einschlafen kommt, weil dann eine erhebliche Gefährdung im Straßenverkehr oder beim Bedienen von Maschinen besteht.

Schlafstörungen unterliegen erheblichen Fluktuationen über die Zeit hinweg, weswegen neben dem Beginn der Beschwerden auch Phasen der Remission und andere Veränderungen der Symptomatik von Bedeutung sind. Wichtig ist auch die Frage, welche äußeren Faktoren – z. B. häusliche Umgebung, Genussmittel – die Symptomatik beeinflussen.

WIE DIAGNOSTIZIERT MAN SCHLAFSTÖRUNGEN?

Es existiert eine Reihe von Instrumenten zur Erfassung schlafbezogener Beschwerden. Selbstbeurteilungsinstrumente erlauben es z. B. Schlafqualität, Parasomnien, Tagesschläfrigkeit oder andere Beschwerden retrospektiv und prospektiv zu erfassen und dokumentieren. In vielen Fällen macht die hohe Variabilität schlafbezogener Beschwerden über die Zeit eine langfristige Erfassung des Schlafes mithilfe eines Schlaftagebuches

notwendig. Hierzu notieren die Patienten selbst Variablen wie den Zeitpunkt des Zubettgehens, die geschätzte Einschlafdauer, Schlafunterbrechungen, Zeit des Aufstehens, Tagschlafepisodes über einen bestimmten Zeitraum. Apparative Untersuchungen zeichnen z. B. die Bewegungsaktivität auf. Sogenannte Aktometer, werden wie eine Armbanduhr getragen und erlauben detaillierte Aussagen über die Länge und Dauer der Hauptschlafphase, längere Unterbrechungen oder Schlafepisodes im Tagesverlauf. Die Kardiorespiratorische Polygraphie ermöglicht Rückschlüsse auf schlafbezogene Atmungsstörungen. Bei komplexen und länger anhaltenden Schlafstörungen kann eine Untersuchung im Schlaflabor notwendig sein. Hier werden eine Vielzahl von Biosignalen erfasst, die eine sehr genaue Diagnose der Schlafstruktur, der Schlafstadien, der nächtlichen Bewegungen und der nächtlichen Atmung ermöglichen. Schlaf und seine Störungen spielen eine wesentliche Rolle in der Differenzialdiagnose vieler neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen und entsprechend hat eine differenzierte Diagnostik relevante therapeutische Implikationen.

EINSCHLAF- UND DURCHSCHLAFSTÖRUNGEN

Klagen über Ein- und/oder Durchschlafstörungen sind meist eher unspezifisch. Der diagnostische Prozess orientiert sich deshalb daran festzustellen, ob es sich um eine primäre oder sekundäre Insomnie handelt. Die primäre Insomnie ist eine Ausschlussdiagnose, wenn sich andere Ursachen – z. B. eine körperliche oder psychische Erkrankung – nicht sichern lassen. Ebenso darf keine andere Schlafstörung vorliegen, etwa eine



Bei komplexen Schlafstörungen kann eine Untersuchung im Schlaflabor notwendig sein.

schlafbezogene Atmungsstörung, welche gerade bei psychiatrischen Patienten oft gemeinsam mit den insomnischen Beschwerden vorliegt.

Besondere Bedeutung kommt dem Symptom des frühmorgendlichen Erwachens zu, das als Erwachen vor dem eigentlichen Weckzeitpunkt mit der Unfähigkeit, wieder einzuschlafen, definiert wird und sich typischerweise bei schweren Depressionen findet. Diagnostisch relevant ist nicht das seltene oder nur gelegentliche Vorkommen gestörten Ein- und oder Durchschlafens, sondern eine Persistenz der Beschwerden über mindestens vier Wochen, die mit einer Beeinträchtigung der Tagesbefindlichkeit einhergehen. Neben der Erfassung des Schlafverhaltens ist in diesem Kontext deswegen die Einschätzung der Folgen der Insomnie wichtig, also die Frage, wie beeinträchtigt sich ein Patient durch den gestörten Nachtschlaf fühlt.

Grundsätzlich muss immer eine gründliche psychiatrische Untersuchung erfolgen. Depressive Erkrankungen gehen extrem häufig mit gestörtem Schlaf im Sinne einer Insomnie ein-

her, sodass für die differenzialdiagnostische Einschätzung der Ausschluss einer aktuellen depressiven Erkrankung oder einer früheren depressiven Erkrankung zielführend ist. Entsprechend muss der behandelnde Arzt nach dem aktuellen affektiven Zustand und nach anderen depressiven Symptomen aktiv fragen.

Der Schlaf kann sich aber auch durch die Einnahme, den Missbrauch oder das Absetzen von Substanzen jeglicher Art verschlechtern. Eine große Rolle spielen dabei ärztlich verordnete Medikamente, die in unserer Gesellschaft üblichen Genussmittel sowie illegale Drogen. Eine medikamentöse Ursache liegt dann nahe, wenn ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen der Medikamenteneinnahme (oder dem Absetzen) und dem Auftreten der Schlafstörung besteht. Schlafstörungen liegen auch besonders häufig Alkoholkonsum, -missbrauch oder -abhängigkeit zugrunde. Alkohol hat zwar initial nach Einnahme vor dem Schlafengehen einen schlafanstoßenden, sedierenden und sogar Tiefschlaf vermehrenden Effekt, der sich allerdings im Verlauf der Nacht bei Abfall des Alkoholspiegels in sein Gegenteil, d. h. vermehrte Wachzeiten, verkehrt (*Rebound-Effekt*).

ERHÖHTE TAGESMÜDIGKEIT

Menschen mit psychischen Erkrankungen klagen häufig über Müdigkeit oder ein Gefühl der Erschöpfung, oft auch Fatigue genannt. Typischerweise gehen psychische Erkrankungen dennoch nicht mit einer erhöhten Einschlafneigung einher, so dass die meisten Patienten berichten, trotz ihrer Müdigkeit und Erschöpfung tagsüber nicht einschlafen zu können. Echte Tages-schläfrigkeit mit Schlafepisoden am Tage oder gar mit ungewolltem Einschlafen sollte immer Anlass für eine ausführliche Ursachensuche sein.

Schlafmangel

Schlafmangel kann klinisch relevante Ursachen haben, die von Internetsucht über Lärmbelästigung oder dem Genuss stimulierender Substanzen bis hin zu massiver beruflicher oder psychosozialer Überlastung reichen können. Die ungenügende nächtliche Schlafmenge und deren Ursachen werden dabei selten vom Patienten selbst berichtet, sondern müssen gezielt erfragt werden.

Veränderungen der nächtlichen Schlafqualität

Die Erholungsfunktion des Schlafes hängt neben der Schlafdauer auch von der Schlafkontinuität ab. Letztere kann derart gestört sein, dass daraus Tagesschläfrigkeit resultiert, ohne dass die Schlafdauer im engeren Sinne vermindert ist. Dies ist typisch für eine gestörte nächtliche Motorik, wie sie z. B. bei schlafbezogenen rhythmischen Bewegungsstörungen, Restless-Legs-Syndrom, Schlafwandeln oder der Verhaltensstörung im REM-Schlaf vorkommt.

PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN, DIE MIT EIN- UND DURCHSCHLAFSTÖRUNGEN EINHERGEHEN KÖNNEN:

- Depressive Störungen
- Abhängigkeitserkrankungen
- Demenzielle Erkrankungen
- Psychosen
- Essstörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Angsterkrankungen

Schlafapnoesyndrom

Auch das Schlafapnoesyndrom beeinträchtigt die Schlafkontinuität. Diese Atmungsstörungen gehören bei Menschen mit psychischen Erkrankungen zu den häufigsten Ursachen erhöhter Schläfrigkeit am Tage. Die Prävalenz ist in dieser Population besonders hoch, weil bei psychiatrischen Patienten Adipositas und der Gebrauch atemsuppressiver Substanzen (z. B. Alkohol und Benzodiazepine) häufiger sind.

BEHANDLUNG VON SCHLAFSTÖRUNGEN

Die Behandlung von Schlafstörungen ist so komplex und differenziert wie ihre Ursachen. Bei psychisch erkrankten Patienten mit Schlafstörungen besteht die Behandlung am häufigsten schlicht in der adäquaten Therapie der Grunderkrankung, z. B. einer Depression oder Angststörung. Sollten die Schlafstörungen trotz Therapie weiter bestehen oder sollte es sich von vorne herein um eine primäre Insomnie handeln, so ist typischerweise eine kognitive Verhaltenstherapie für Schlafstörungen, die in verschiedenen Versionen manualisiert vorliegt, der richtige Ansatz. Schlafanstoßende Medikation kann vorübergehend hilfreich sein, stellt aber selten den Königsweg dar. Insbesondere die Behandlung mit Benzodiazepinen oder ähnlichen Substanzen ist aufgrund von Gewöhnungs- und Abhängigkeitspotential über Zeiträume von vier Wochen hinaus kritisch zu sehen.

Doch auch bei psychiatrischen Patienten können Schlafstörungen und erhöhte Tagesmüdigkeit ganz andere Ursachen haben, die entsprechend andere therapeutische Ansätze erfordern. So ist das obstruktive Schlafapnoesyndrom in der Mehrzahl der Fälle am besten mit einer nächtlichen Beatmung, typischerweise mit einer sogenannten CPAP-Behandlung adäquat zu therapieren. Das Restless-Legs-Syndrom, welches erhebliche Ein- und Durchschlafstörungen verursachen kann, wird mit spezifischen Medikamenten (L-Dopa oder Dopaminagonisten) behandelt. Nicht selten ist das Syndrom allerdings auch eine Nebenwirkung psychotroper Medikation, z. B. von Antidepressiva. In diesen Fällen ist diese Medikation selbstverständlich abzusetzen.

SCHLAF UND KÖRPERLICHE GESUNDHEIT

Schlafstörungen stören nicht nur Befindlichkeit, Konzentration und stellen ein Risiko für psychische Erkrankungen dar, gestörter Schlaf kann auch erheblichen negativen Einfluss auf die körperliche Gesundheit nehmen. Es gilt mittlerweile als gesichert, dass chronische Schlafstörungen den Glukosemetabolismus negativ beeinflussen und damit ein wesentlicher Faktor in der Entstehung von Übergewicht und Zuckerkrankheit sind. Ebenso wahrscheinlich, wenn auch noch nicht mit der gleichen wissenschaftlichen Stringenz belegt, ist die Tatsache, dass Schlafstörungen die Funktion des Immunsystems negativ be-

einflussen. In Experimenten an Gesunden konnte gezeigt werden, dass schon kurzfristiger Schlafentzug die Wirkung von Impfungen negativ beeinflussen kann. Ob Schlafstörungen die Infektanfälligkeit an sich erhöhen, ist aber noch nicht abschließend geklärt.

TIPPS FÜR EINEN GESUNDEN NACHTSCHLAF:

- Auf regelmäßige Einschlaf- und Weckzeiten achten
- Für ein dunkles, kühles und ruhiges Schlafzimmer sorgen
- Eine bequeme Matratze auswählen
- Keine üppigen Mahlzeiten vor dem Zubettgehen einnehmen
- Keine größeren Mengen Alkohol trinken
- Tagsüber Sport treiben – und nicht erst am späten Abend
- Vor dem Zubettgehen entspannen
- Möglichst wenig Schlaf am Tag
- Schlaf- und Beruhigungsmittel nur in Absprache mit dem Arzt einnehmen

Ausreichender und qualitativ guter Schlaf ist kein Luxus, sondern eine wichtige Voraussetzung für unsere psychische und körperliche Gesundheit. Gestörter Schlaf in seinen vielen Varianten ist einerseits ein sensibler Indikator für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung und kann andererseits eine solche langfristig auch verursachen. Zusätzlich gefährden Schlafstörungen die körperliche Gesundheit, sodass ihre Diagnostik und Therapie von ganz erheblicher Bedeutung für die gesamte Medizin sind.

PROF. DR. MED. THOMAS POLLMÄCHER

DGPPN-Vorstandsmitglied

Leiter DGPPN-Referat „Schlafmedizin“

Direktor des Zentrums für psychische Gesundheit, Klinikum Ingolstadt

LITERATUR

Oertel W, Riemann D, Pollmächer T (2014) Schlaf. *Nervenarzt* 85(1):7–8

Pollmächer T, Wetter TC, Happe S et al (2014) Schlafmedizinische Differenzialdiagnostik in Psychiatrie und Psychotherapie. *Nervenarzt* 85(1):57–66

www.neurologen-und-psychotherapeuten-im-netz.org/psychiatrie-psychotherapie/erkrankungen/schlafstoerungen/was-sind-schlafstoerungen/. Zugegriffen: Februar 2016



Radikalisierung verhindern

Der forensische Psychiater Professor Henning Saß im Gespräch mit
Professor Wolfgang Huber, Bischof a. D.

„RADIKALITÄT ZEIGT SICH IN DER HARTNÄCKIGKEIT DES FRAGENS, RADIKALISIERUNG DAGEGEN IN DER STARRHEIT DER ANTWORTEN.“

WOLFGANG HUBER

Immer wieder fordern die Taten radikaler Menschen und Gruppen viele Opfer und schockieren die Öffentlichkeit. Doch die komplexen Mechanismen, die hinter der Radikalisierung stehen, sind bisher wenig erforscht. Wie entstehen solch extreme Überzeugungen, die mitunter in grausame Taten münden? Was sind die Wurzeln des Extremismus? Und mit welchen Konzepten können wir als Gesellschaft darauf reagieren? Der renommierte forensische Psychiater Professor Henning Saß spricht mit Professor Wolfgang Huber, Bischof a. D., den Weg in die Radikalisierung und aus ihr hinaus.

Huber: „Radikal“ ist in meinen Augen im Grunde ein positiv besetztes Wort. Radikal sein bedeutet, die Dinge gründlich zu begreifen, ihnen an die Wurzel zu gehen. In der heutigen Gesellschaft, welche durch eine schnelllebige digitale Kommunikation und Kurzatmigkeit in der öffentlichen Diskussion geprägt ist, halte ich dies für einen positiven Ansatz. Diese Ursprungsbedeutung ist aber verloren gegangen, weil heute die Wörter „radikal“ und „radikalisiert“ gleichbedeutend verwendet werden. Letzteres bezeichnet Menschen, die von einer bestimmten, oft fixen Idee so besessen sind, dass sie alles andere nicht mehr gelten lassen. Sie verfolgen nur dieses eine Ziel, halten nur diese eine Ideologie für richtig und werten alle anderen Menschen ab, die diese Überzeugungen nicht teilen. Dies nenne ich „radikalisiert“ und nicht „radikal“.

Saß: Nun ist die entscheidende Frage, wann aus der wünschenswerten Radikalität im Umgang mit Problemen etwas gesellschaftlich Konfliktträchtiges im Sinne der Radikalisierung wird. Das kann man entweder auf gesellschaftlicher oder, wie ein Psychiater, auf individueller Ebene betrachten. Ich würde von einer schwierigen und schädlichen Radikalisierung dann sprechen, wenn eine Haltung starr und unflexibel wird – und wenn sie beim Betroffenen selbst oder seiner Umgebung zu Spannungen und Leid führt. Interessanterweise leiden die wenigsten Radikalisierten unter sich selbst. Denn derjenige, der radikalisiert ist, hält seine eigene Anschauung für wichtig und wertvoll. Die Umgebung jedoch leidet unter diesen Eigenschaften oder wird durch sie gefährdet.

Huber: Radikalität zeigt sich in der Hartnäckigkeit des Fragens, Radikalisierung dagegen in der Starrheit der Antworten. Radikalisierung lässt gar keine Fragen mehr zu, sondern hält bestimmte einfache Antworten in einer komplexen Welt für unumstößlich. Sie wertet all diejenigen ab, welche diesen Antworten nicht folgen. Radikalisierung ist sehr oft das Ergebnis eines Prozesses, der Verunsicherungen aller Art einschließt. Dies zeigt sich deutlich bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit rechtsradikalen Ansichten. Sie haben das Gefühl, dass sie in ihrer näheren Umgebung, welche oft durch hohe Jugendarbeitslosigkeit und Perspektivlosigkeit geprägt ist, nicht gebraucht werden. Sie haben Schwierigkeiten, ihren Platz in der Gesellschaft zu finden und suchen nach einem Anker, der ihnen Orientierung bietet. Diesen finden sie in der Regel in einer Position, der ihnen eine gewisse Überlegenheit bietet und den Schritt aus der Unter- in die Überlegenheit ermöglicht.

Jemand der gereift und gefestigt ist, wird weniger gefährdet sein, sich zu radikalieren.

Saß: Sicherlich gibt es gewisse Übereinstimmungen in den Entstehungsbedingungen von Radikalisierung. Die Bewältigung von Unsicherheit ist dabei ein zentraler Faktor. Aber darüber hinaus können ganz unterschiedliche individuelle, gesellschaftliche und soziale Bedingungen in Radikalisierung münden. In bestimmten Entwicklungsphasen ist die Wahrscheinlichkeit einer Radikalisierung höher als in anderen. Jemand der gereift und gefestigt ist, wird weniger gefährdet sein, sich zu radikalieren, als jemand, der sich in einer kritischen Übergangsphase befindet wie beispielsweise in der Pubertät oder Adoleszenz. Selbst dort gibt es immer ergänzende Risikofaktoren, die es mit zu betrachten gilt, etwa Migrations- oder Bildungshintergrund.

Huber: Der Übergang aus der Schule zu Ausbildung, Studium und Beruf ist bekannt als riskante Phase. Gleichzeitig kann man vergleichbare Radikalisierungsprozesse auch bei älteren Menschen beobachten. Wenn wir uns die Pegida-Demonstrationen in Dresden anschauen und die außerordentlich herabsetzenden Sprüche auf den Transparenten lesen, dann erinnert

„DIE BEWÄLTIGUNG VON UNSICHERHEIT IST EIN ZENTRALER FAKTOR BEI RADIKALISIERUNGSPROZESSEN.“

HENNING SASS

das sehr an die Haltung rechtsradikaler Jugendlicher. Offensichtlich gibt es auch beim Übergang aus dem Beruf in den Ruhestand und im Alter Übergangsphasen, welche mit einer erhöhten Unsicherheit einhergehen. Auch dort werden diese Unsicherheiten projiziert auf Leute, die man überhaupt nicht kennt.



Professor Wolfgang Huber

Saß: Im Falle der Pubertät und Adoleszenz besteht eine Entwicklungsaufgabe gerade darin, sich abzugrenzen und zu behaupten, mit den überkommenen Autoritäten ins Gericht zu gehen, sich mit ihnen auseinander zu setzen und einen eigenen Standpunkt zu entwickeln. Das bewusste, durchaus auch aggressive Brechen von Konventionen ist seit jeher integraler Bestandteil der Jugendkultur. In gewissen Konstellationen der individuellen und gesellschaftlichen Be-

dingungen kann diese wichtige und notwendige Entwicklungsarbeit aber misslingen und in Radikalisierung münden.

Huber: Diese Auseinandersetzung kennen viele von uns sowohl aus der eigenen Jugend als auch aus der Erfahrung mit eigenen Kindern oder Schülern. Man weiß vorher oft nicht, ob der Übergang gelingen wird. Wie die menschliche Kommunikation überhaupt enthalten Entwicklungsprozesse ein Moment des Wagnisses. Zu diesem Wagnis gehört es, auch bei vollständig unverständlichem Verhalten die Empathie, Liebe und Offenheit für einen anderen Menschen nicht zu verlieren. Unsicherheiten lassen sich dann hoffentlich produktiv verarbeiten; auch durch die Verunsicherung hindurch können Menschen Entwicklungsaufgaben meistern.

Saß: Man wird für keinen Menschen abschließend erklären können, warum er diese Richtung und ein anderer eine andere Richtung eingeschlagen hat. Jedoch können wir Eigenschaften und Umstände bestimmen, welche das Risiko einer Radikalisierung erhöhen. Das sind die angesprochenen Faktoren Unsicherheit und Verunsicherung, aber auch Umgebungsfaktoren, etwa eine konfliktreiche Beziehungen zu den Eltern oder ein problematischer Freundeskreis. Dazu gehören auch Persönlichkeitszüge, die sich im Rahmen der Radikalisierung verfestigen können. Ich denke etwa an die Ausprägung einer gewissen Egozentrik, Selbstgerechtigkeit oder die gewohnheitsmäßige Einteilung der Außenwelt in Gut und Böse, die Überbewertung der eigenen Position sowie die mangelhafte Fähigkeit und Bereitschaft, sich gedanklich oder gefühlsmäßig in andere hineinzuversetzen.

Zu diesem Wagnis gehört es, auch bei vollständig unverständlichem Verhalten die Empathie, Liebe und Offenheit für einen anderen Menschen nicht zu verlieren.

Huber: Der islamische Dschihadismus ist momentan das sichtbarste Beispiel für eine Überbewertung der eigenen Position. Aber wir wissen auch, dass das Christentum in früheren Phasen ebenfalls Fundamentalismus und Extremismus kannte – und sogar bis heute in manchen Weltregionen kennt. Wir beobachten, wie eine vermeintlich religiöse Position an einem gewissen Punkt mit einer Grundeigenschaft der monotheistischen Tradition bricht, nämlich der Korrespondenz der Vorstellung von dem einen Gott mit dem Respekt für die gleiche Würde aller Menschen im Sinne eines egalitären Universalismus. Diese Würde gilt dann nicht mehr für alle Menschen als Eigenschaft des Menschseins selbst, sondern nur für diejenigen, welche der eigenen Ideologie folgen.

Saß: Auch in dieser Haltung lässt sich ein Element der Unsicherheit erkennen. Dies bestätigen meine eigenen Begutachtungserfahrungen mit sogenannten Dschihadisten, bei denen gerade diese Unsicherheit ein konstantes Element in der Entwicklung von Kindheit über Jugend bis zur Gegenwart darstellte. Es handelte sich in diese Fällen um Migranten der zweiten

Generation, die in einer ambivalenten und unsicheren Beziehung zu ihrer Umgebung aufgewachsen sind: auf der einen Seite das traditionelle religiöse Wertesystem der Eltern und auf der anderen Seite das westliche Wertesystem außerhalb des Elternhauses. In dieser für die eigene Identitätsbildung zwiespältigen Situation wurde dann kein stabiler eigener Weg gefunden. Im schulischen Bereich erlebten sie Enttäuschungen und Misserfolge, in der Pubertät verfielen sie dem schlechten Einfluss der Peer-Group. Eine anfänglich leichte Delinquenz führte zu Haftstrafen. Im Gefängnis dann fand bei allen drei Männern eine Ideologisierung durch Prediger und ein gewisses Erweckungserlebnis statt: Gottes Plan für sie war der Zug in den Dschihad. Dass es sich dabei nur um eine scheinbare Sicherheit handelte, das erfuhren die jungen Männer durch die Umstände in den Lagern der Terroristen. Durch die unbequemen, harten Anforderungen, aber vor allem auch durch aufkommende Zweifel an den dortigen Führungspersonen bröckelten die festen ideologischen und religiösen Überzeugungen. Schließlich flohen sie zurück nach Deutschland. Hier stehen sie jetzt als Teilnehmer an Kriegshandlungen und potentielle Terroristen vor Gericht – und befinden sich wieder in der Situation des Außenseiters und Verunsicherten.

Huber: Dadurch werden wir mit der Frage konfrontiert, ob es einen Weg aus der Radikalisierung gibt. Darauf müssen wir hoffen und wir dürfen diese Hoffnung auch nicht grundsätzlich aufgeben. Deshalb müssen Haftstrafen wie generell so auch bei zurückkehrenden Dschihadisten den Zweck der Resozialisierung haben. Wir dürfen ihnen den Weg zurück in die Gesellschaft nicht dadurch verwehren, dass wir sie grundsätzlich verloren geben, denn damit würden wir selbst Opfer von Vorurteilen werden.

Die Chance, den Weg zu ändern, besteht vor allem in den Frühstadien.

Saß: Sicherlich haben wir es nicht in jedem Einzelfall von Radikalisierung mit einer irreversiblen und malignen Persönlichkeitsentwicklung zu tun. Es gibt aber auch psychopathologische Entwicklungen, bei denen sich eine solche Radikalisierung und Fanatisierung wie ein Krebsgeschwür in die Persönlichkeit eines Menschen hineinfressen kann. Als forensischer Psychiater kennt man beispielsweise die schwierigen Fälle von Querulanten. Das sind Menschen, bei denen die einseitige, egozentrische, radikale Sicht der Welt so unkorrigierbar geworden ist, dass sie ihr gesamtes Leben zerstören in der Verfolgung ihrer fixierten Überzeugung. Solche Persönlichkeitsstrukturen gibt es nicht nur im Rechtskampf sondern auch bei politischen Extremisten und Terroristen, allerdings bilden sie dort die Ausnahme.

Huber: Wir müssen also davon ausgehen, dass am Anfang von Radikalisierungsprozessen individuelle, aber auch soziale und gesellschaftliche Ursachen stehen, vor denen letztlich niemand ganz sicher ist. Umso wichtiger ist es, dass wir als Gesellschaft derartige Entwicklungen frühzeitig wahrnehmen und uns von den Menschen, die in einen solchen Radikalisierungssog hineingeraten, nicht abwenden. Ganz im Gegenteil: Wir müssen den Kontakt zu ihnen suchen und sie zur kritischen Selbstreflexion anregen.

Saß: Unbedingt, denn solche Entwicklungen graben sich erst im Laufe der Zeit immer tiefer in die Persönlichkeit ein. Die Chance, den Weg zu ändern, besteht vor allem in den Frühstadien. Doch diese sind schwer zu erkennen, weil es ja beispielsweise zur Adoleszenz gehört, dass man sich kraftvoll abgrenzt, nach eigenen Wegen sucht und Autoritäten relativiert. Auf die Frage, wo die gesunde, dem Alter und dem Entwicklungsstadium angemessene Form der Auseinandersetzung aufhört und eine besorgniserregende Fehlentwicklung beginnt, gibt es keine einfache Antwort, die wir in den Alltag übertragen können.



Professor Henning Saß

Huber: Eine Möglichkeit besteht darin, dass wir Jugendlichen die Möglichkeit bieten, Verantwortung für andere Menschen zu übernehmen, die anders als sie selbst sind und sich in anderen Lebenssituationen befinden. Ich denke an das sogenannte Service-Learning, das sich in den USA bereits etabliert hat und in Deutschland unter dem Begriff „Lernen durch Engagement“ Fuß fasst. Es geht darum, gesellschaftliches Engagement von Jugendlichen fest im Schulalltag zu verankern. Dabei übernehmen sie beispielsweise ein Stück Verantwortung für Kinder in einer Kindertagesstätte oder für ältere Menschen in einem Seniorenheim. Diese Erfahrungen sind für Jugendliche viel prägender, als wenn wir im Religions- oder Ethikunterricht moralische Standards abstrakt vermitteln. Wer erfahren hat, wie es sich bei uns lebt, wenn Deutsch nicht die Muttersprache ist oder wenn man alt ist, ordnet Menschen weniger schnell nur nach Klischees ein.

Saß: Junge Menschen haben ja schon fast einen Hunger danach, sich für etwas zu begeistern und sich für bestimmte Ideale einzusetzen. Das scheint mir ein ganz elementares Bedürfnis zu sein, das sich schon sehr früh in der Kindheit beobachten lässt – etwa wenn Kinder Verantwortung für ein Haustier übernehmen. Diese starke Bereitschaft, etwas für andere zu tun, sich dafür einzusetzen und sich nützlich zu machen, ist da regelrecht spürbar. Projekte, die gesellschaftliches Engagement vermitteln, sind mit Sicherheit ein hervorragendes Mittel, um die Sozialisierungsprozesse bei Jugendlichen in die richtige Richtung zu lenken. Trotzdem müssen wir uns fragen, warum dies bei so vielen nicht gelingt. Warum begeben sich so viele junge Menschen auf einen Rückzug, der dann manchmal in die vorhin erwähnten Fehlentwicklungen mündet?



Huber: Diese Frage lässt mich über das Verhältnis zwischen Empathie und Konkurrenz nachdenken. Empathie ist in der Evolutionsgeschichte des Menschen tief verankert. Doch sie stößt in unseren modernen Konkurrenzgesellschaften auf das Prinzip der Abgrenzung und des Wettbewerbs. Solidarität versus Durchsetzung, Empathie versus Konkurrenz – eine gesellschaftliche Erfahrung, die sich angesichts der Ökonomisierung vieler Lebensverhältnisse immer stärker

manifestiert. Enttäuschungserfahrungen haben sehr viel damit zu tun, dass Jugendliche das Gefühl haben, in dieser Konkurrenz nicht bestehen zu können. Die Sehnsucht nach Empathie wird so als große Selbsttäuschung betrachtet, der sie erlegen sind und mit der sie Schluss machen wollen.

Saß: In guten Beziehungsgestaltungen wird dieser Entwicklung dadurch begegnet, dass Jugendliche beispielsweise Gruppenerlebnisse haben, z. B. im Sport, sich also in einem Team engagieren. Hier muss sich zwar der Einzelne behaupten, doch der Erfolg ist ein gemeinsamer. In einer Mannschaft kann auch der Starke nicht nur seine eigene Stärke zur Geltung bringen, sondern muss auch den Schwächeren mitnehmen. Solche Gruppenprozesse modifizieren das Verhältnis zwischen Empathie und Konkurrenz und bringen es in eine Balance. Mit dem Empathiebegriff betonen wir übrigens sehr stark die Gefühlssei-

te, aber die Denkseite ist ebenso wichtig. Im Zusammenhang mit Radikalisierungsprozessen müssen wir auf die Fähigkeit und Bereitschaft fokussieren, anderes Denken nachzuvollziehen und das Vertrauen aufzubringen, sich in seinem eigenen Denken beeinflussen zu lassen. Gerade bei Dschihadisten lässt sich beobachten, dass sie nicht nur aus fehlgeleiteten Gefühlen handeln, sondern auch eine mangelhafte Flexibilität im Denken an den Tag legen.

Eine Möglichkeit besteht darin, dass wir Jugendlichen die Möglichkeit bieten, Verantwortung für andere Menschen zu übernehmen.

Huber: Dies führt uns wieder zum Thema Unsicherheit zurück. Die psychologische Funktion dieser Art von Starrheit besteht letztlich in der Kompensation von Unsicherheit. Die Öffnung des eigenen Denkens für andere Gedanken setzt eine Gewissheit über die eigene Identität voraus, bei der ich darauf vertraue, dass mir meine Identität nicht dadurch geraubt wird, dass ich Werte in Frage stelle, die ich über lange Zeit für vollkommen fraglos gehalten habe.

Saß: Was uns auf den Begriff des Vertrauens bringt: das in frühen Bindungen erfahrene Urvertrauen, aus dem heraus es möglich ist, sich auf das andere einzulassen, ohne es gedanklich gleich als Böses zu verteufeln.

Huber: Zu diesem Urvertrauen gehört eben auch die Teamerfahrung, die in diesem Zusammenhang sagt, dass jeder Mensch Begabungen und Fähigkeiten hat, die in einer Gruppe eine sinnvolle Bedeutung haben können. Ein Beispiel: Bei Rugbyspielen erfüllen höchst unterschiedliche Typen von Menschen eine konstruktive Rolle im Team. Nicht nur die starken und kräftigen Spieler sind wichtig, sondern auch die kleinen und schnellen oder diejenigen, die gut werfen oder Spielzüge in Gang setzen können. Jeder findet in diesem Team seinen Platz, keiner muss das Gefühl haben, dass er völlig unbrauchbar ist. Diese Grundidee, den anderen Menschen unter dem Gesichtspunkt seiner Begabungen und nicht seiner Schwächen anzusehen, ist für die Vermeidung von Radikalisierung eine unentbehrliche Voraussetzung.

Saß: In der Tat können frühe und gute Gruppenerfahrungen eine protektive Wirkung entfalten. Günstige pädagogische, schulische, erzieherische und familiäre Konstellationen bieten einen positiven Schutz vor Radikalisierungsentwicklungen.

Huber: Diese Überlegungen werfen auch die Frage nach dem Verhältnis von Radikalisierungsprozessen und Digitalisierung auf. Die Entwicklung hin zu Digital Natives führt auch dazu, dass Gruppenerfahrungen seltener werden, da die digitale Welt

eine immer größere Rolle spielt. In dieser digitalisierten – oftmals anonymen – Kultur sinkt die Hemmschwelle, anderen gegenüber verächtlich zu begegnen. Jugendliche bewegen sich heute in einer Welt, in der das Herabsetzen anderer Menschen viel einfacher geworden ist. Wenn wir Radikalisierungsprozessen vorbeugen wollen, müssen wir auch diesen Bereich im Auge behalten.

In der Tat können frühe und gute Gruppenerfahrungen eine protektive Wirkung entfalten.

Saß: Ich hatte auch die Befürchtung, dass das Hineintauchen in die digitale Welt die sozialen Fähigkeiten verkümmern lässt. Doch dieses Hineingeraten von einer schizoiden Außenseiterposition in eine starke Isolation hat es bei entsprechender Disposition schon immer gegeben. Früher haben sich Menschen in Bücher oder Zeitschriften geflüchtet und jeden Kontakt nach Außen abgebrochen. Menschen, die Angst davor haben, in Kontakt zu kommen und sich deshalb in eine Phantasie- oder Scheinwelt zurückziehen, wird es immer geben. Heute bewegen sie sich gern und befreit von realen sozialen Kontakten im Internet. Dabei frap-piert mich, dass es auch viele junge Menschen gibt, die sich lebhaft in der digitalen Welt tum-meln, und trotzdem intensive, persönliche und gefühlsgetragene soziale Beziehungen pflegen. Zudem ist ein gewisser sozialisierender Anpassungsdruck zu beobachten, denn die jungen Menschen wollen auch in der digitalen Welt „geliked“ werden: Sie verhalten sich so, dass andere es gut finden. Denken Sie auch an die Beliebtheit von Emoticons. Darüber hinaus bietet das Internet auch viele informative und aufklärerische Funktionen. Die Entwicklung der Digital Natives muss nicht per se negativ sein. Dass aber die Hemmschwelle sinken kann, andere Menschen herabzusetzen, steht leider außer Frage.



Huber: Das bedeutet, dass wir Spielregeln für Verhalten in der digitalen Welt entwickeln sollten. Wir müssen junge Menschen auf diese Welt vorbereiten. Und an bestimmten Stellen benötigen wir auch eine freiwillige Selbstkontrolle durch die Betreiber digitaler Plattformen. Ich war z. B. erleichtert, dass im Zusammenhang mit der Flüchtlingspolitik an bestimmten Stellen die Diskussionsforen deaktiviert wurden, weil sich dort viel Hass aufgestaut hatte. So konnte die Spirale extremistischer Äußerungen wenigstens unterbrochen werden. Deshalb ist das Thema so wichtig: In der digitalen Welt geht es nicht nur um die Beeinflussung einer einzelnen Lebensgeschichte, sondern um die Beeinflussung des gesellschaftlichen Klimas. Steuern bedeutet hier auch, dass es an Stellen, an denen die Integrität des Menschen auf dem Spiel steht, keine Toleranz geben darf.

PROF. DR. MED. HENNING SASS

Henning Saß ist Vorsitzender des Beirates der DGPPN und Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirates und Mitglied im Aufsichtsrat des Zentralinstitutes für Seelische Gesundheit in Mannheim. 1999 und 2000 war er Präsident der DGPPN, 2005 und 2006 Präsident der Europäischen Psychiatrischen Gesellschaft (EPA). Während vieler Jahre führte er als Direktor die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Fakultät der RWTH Aachen.

PROF. DR. DR. H.C. WOLFGANG HUBER

Wolfgang Huber ist seit 1995 Honorarprofessor an der Humboldt-Universität zu Berlin und der Universität Heidelberg, seit 2013 auch der Universität Stellenbosch (Südafrika). Von 1994 bis 2009 war er Bischof der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg (Schlesische Oberlausitz), von 2003 bis 2009 Vorsitzender des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland. 2010 bis 2014 gehörte er dem Deutschen Ethikrat an. Wolfgang Huber wurde u. a. mit dem Großen Verdienstkreuz mit Stern und Schulterband der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

23.–26. NOVEMBER 2016 | CITYCUBE BERLIN

DGPPN KONGRESS 2016

Neue Impulse aus Forschung, Versorgung, Politik und Gesellschaft: Das hochkarätige Wissenschafts- und Fortbildungsprogramm des DGPPN Kongresses 2016 bietet einen umfassenden Überblick über die aktuellen Entwicklungen auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie – mit praxisnahen Erkenntnissen für die Prävention, Diagnostik und Therapie.



Das Fach Psychiatrie und Psychotherapie befindet sich permanent im Wandel. Wie keine andere medizinische Disziplin muss es auf gesellschaftliche, soziale und politische Entwicklungen reagieren. Die sich verändernden Lebensumstände schaffen nicht nur neue Risikofaktoren und wirken sich auch auf die Verlaufsformen psychischer Erkrankungen aus. Sie haben auch einen direkten Einfluss auf die Wahrnehmung und Akzeptanz psychisch erkrankter Menschen in der Bevölkerung. Gleichzeitig eröffnen die Fortschritte in der biologischen Grundlagenforschung neue präventive, diagnostische und therapeutische Ansätze zur Behandlung der verschiedenen Krankheitsbilder.

Der DGPPN Kongress 2016 greift diese vielschichtigen Wechselwirkungen auf und setzt unter dem Motto „Psyche – Mensch – Gesellschaft“ zu einer umfassenden Standortbestimmung an. Wo steht das Fach Psychiatrie und Psychotherapie heute? Welche Ansprüche werden an es gestellt? Was kann es leisten? Was nicht? Und welche Impulse sind aus der medizinischen Forschung zu erwarten? Nationale und internationale Experten aus Wissenschaft, Politik und Gesellschaft werden sich intensiv mit diesen komplexen Themen auseinandersetzen und sie aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten.

DAS KONGRESSTHEMA

Psyche – Mensch – Gesellschaft
Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland:
Forschung, Versorgung, Teilhabe

NEUE HERAUSFORDERUNGEN FÜR DIE VERSORGUNG

Ein Schwerpunkt wird dabei auf der aktuellen Versorgungslage liegen. Angesichts des wachsenden Hilfebedarfs drängen sich Fragen nach der gerechten Verteilung der Ressourcen im Gesundheitswesen auf. Dies betrifft vor allem die langfristige Versorgung chronisch psychisch Kranker und das Bemühen um ihre chancengleiche Teilhabe an allen Bereichen des

Lebens. Ganz aktuell ist auch die Diskussion über geeignete psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsangebote im Hinblick auf die wachsende Zahl an Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland. Dies alles gibt Anlass dafür, sich fachübergreifend über innovative Versorgungsmodelle auszutauschen. Unter welchen Voraussetzungen Online-Therapien dabei eine Rolle spielen könnten, wird einen weiteren Schwerpunkt der Diskussionen bilden.

CALL FOR ABSTRACTS

Gestalten Sie den DGPPN Kongress 2016 aktiv mit und reichen Sie Ihre wissenschaftlichen Beiträge ein. Alle wichtigen Informationen haben wir für Sie auf www.dgppn.de zusammengefasst. Bitte achten Sie auf die entsprechenden Formalien und Deadlines.

- Thematische Symposien
Dauer: 90 Minuten (3 bis max. 4 Redner)
20–30 Minuten inkl. Diskussion
Anmeldeschluss: 8. April 2016
- Freie Vorträge
Dauer: 10 Minuten je Vortrag,
Anmeldeschluss: 24. Juni 2016
- Poster/ePoster
Dauer: 5 Minuten je Posterpräsentation
einschließlich Diskussion
Anmeldeschluss: 24. Juni 2016

Mit zahlreichen Programmschwerpunkten lädt der DGPPN Kongress 2016 zum interdisziplinären Austausch ein. So richtet sich ein eigenständiger Track mit einer Reihe von thematischen Symposien und Fortbildungsworkshops speziell an die psychiatrische Pflege. Dabei stehen Themen wie Pflegepraxis und Pflegemanagement im Vordergrund. An zwei Kongress-Tagen findet erneut der „Schwerpunkt Hausarztpraxis“ statt. Denn Hausärzten kommt in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eine zentrale Rolle zu. Sie sehen die Patienten sehr oft als erstes, stellen die Diagnose, leiten die Therapien ein und entscheiden über eine Überweisung an einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder an eine psychiatrische Klinik. Hinzu kommen spannende Veranstaltungen für Betroffene, Angehörige und die breite Öffentlichkeit.

WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM

Der DGPPN Kongress hat sich zu Europas größter Fachveranstaltung auf dem Gebiet der psychischen Erkrankungen entwickelt und zählt in Deutschland zu den wichtigsten medizinischen Fachkongressen. Über 9000 Ärzte, Wissenschaftler und Therapeuten werden erwartet, mehr als 600 Einzelveranstaltungen stehen auf dem Programm.

STÖRUNGEN

Neurokognitive Erkrankungen, organische psychische Störungen, Demenz | Psychische Störungen durch psychotrope Substanzen, Verhaltenssuchte | Psychotische Störungen | Affektive Störungen | Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen | Essstörungen, Schlafstörungen | Störungen mit enger Beziehung zum Kindes- und Jugendalter | Störungen mit enger Beziehung zum Alter | Komorbidität von psychischen und somatischen Störungen, Psychosomatik

EPIDEMIOLOGIE UND RISIKOFAKTOREN

URSACHE UND ENTSTEHUNG

Neurobiologie und Genetik | Krankheitsübergreifende Mechanismen und Prinzipien | Prävention

DIAGNOSTIK UND KLASSIFIKATION

THERAPIEN

Psychotherapie | Pharmakotherapie | Psychosoziale Interventionen und weitere psychiatrische Therapieformen | Stimulationsverfahren

FORSCHUNG

Bildgebung | Multimodale Therapieansätze | Früherkennung | Biomarker und prädiktive Medizin | Molekulare Medizin | Neurowissenschaften | Klinische und experimentelle Psychotherapieforschung

VERSORGUNG

Ambulante und stationäre Versorgung | Gemeinde- und Sozialpsychiatrie | Forensische Psychiatrie | Prävention | Rehabilitation und Arbeit | Versorgungsforschung und -modelle | Pflege, Gesundheitsfachberufe | Konsiliar- und Liaisondienst | Innovative Versorgung

GESUNDHEITSPOLITIK UND GESELLSCHAFT

KULTUR- UND GEISTESWISSENSCHAFT

Ethik, Philosophie und Spiritualität | Geschichte und Kulturwissenschaften | Literatur, Film, Musik

FORT- UND WEITERBILDUNG

Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen entwickeln sich ständig weiter. Mit der renommierten Akademie für Fort- und Weiterbildung bietet der DGPPN Kongress die Gelegenheit, die eigenen Fachkenntnisse auf den neuesten Stand zu bringen. Das Programm beinhaltet rund 80 Workshops – damit ist die DGPPN Akademie das zentrale Forum für Fortbildung auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Assistenzärzte nutzen die qualitativ hochstehenden Angebote im Rahmen ihrer fachärztlichen Weiterbildung, Fachärzte für den Erhalt ihres Fortbildungszertifikates. Gleichzeitig können Angehörige anderer Berufsgruppen ihre Fachkompetenzen vertiefen.

Die Teilnehmer haben die Möglichkeit, ein- oder zweitägige Workshops zu buchen. Das thematische Spektrum ist breit, neben der Wissensvermittlung stehen vor allem praktische Fertigkeiten für die eigene Berufspraxis im Vordergrund. Die DGPPN Akademie arbeitet unabhängig, das Kursangebot wird von den Teilnehmern jedes Jahr von Neuem evaluiert.

- 1-Tages- und 2-Tage-Workshops
- CME-Zertifizierung beantragt
- Enge Verzahnung von Wissenschaft und Praxis
- Breites Themenspektrum
- Erfahrene Referenten



Jetzt Kongressstipendium beantragen
500 Kongressstipendien stehen für Medizinstudierende bereit.
www.dgppn.de > Kongress



TREFFPUNKT FÜR DEN NACHWUCHS

Der DGPPN Kongress spricht nicht nur erfahrene Fachkräfte an, er ist auch ein wichtiger Treffpunkt für Medizinstudierende und junge Psychiater während der Facharztweiterbildung. Sie profitieren von Kongressstipendien, ermäßigten Teilnahmegebühren und einem speziell für sie konzipierten Nachwuchsprogramm mit über 30 Symposien, *Meet-the-Expert*-Runden, Diskussionsforen, Lectures und Workshops.

Renommierte Experten beleuchten dabei zukunftsweisende Therapien, stellen Fallvignetten vor und zeigen mögliche Wege in die Wissenschaft auf. In praxisorientierten Workshops erfahren die jungen Kongressteilnehmer, wie sie ihren ersten Dienst am besten managen oder wie sie sich auf das Austauschjahr in der Neurologie vorbereiten können. Verantwortlich für das Nachwuchsprogramm ist die Junge Akademie der DGPPN. Sie gibt dem Nachwuchs eine Stimme und entwickelt Unterstützungsangebote für alle Phasen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Laufbahn.

FÜR VIELE BERUFSGRUPPEN INTERESSANT

Der DGPPN Kongress 2016 richtet sich an: Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie | Fachärzte für Nervenheilkunde und Nervenärzte | Fachärzte für Neurologie | Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie | Ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten | Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie | Psychologen | Hausärzte, Allgemeinmediziner und Internisten | Ärzte und Psychologen in der Weiterbildung | Studierende | Angehörige von Gesundheitsfach- und Pflegeberufen, Sozialarbeiter und Ergotherapeuten



FILME UND LITERATUR

Psychische Störungen wirken sich nicht nur auf das Leben der Betroffenen aus. Sie fordern auch Angehörige und Gesellschaft. Wie weit diese Implikationen reichen, dokumentieren in jedem Jahr zahlreiche neue Filme und Bücher. Auf dem DGPPN Kongress 2016 werden eine Reihe Filmschaffender und Autoren ihre neuesten Werke vorstellen. Die Filmvorführungen gehören zu den Höhepunkten des Kongressprogramms, meist in Anwesenheit von Regisseuren und Protagonisten. Am Büchertisch präsentieren Autoren ihre Romane, Erzählungen, Biographien und Sachbücher.



DIE HAUPTSTADT ERLEBEN

Berlin setzt Trends: Ob Sightseeing oder Szene, Galerie oder Gastronomie, Musik oder Mode, in der deutschen Hauptstadt gibt es immer etwas Neues zu erleben. Doch was genau macht Berlin eigentlich so attraktiv? Es sind die Vielfalt, die Gegensätze und die schier unerschöpflichen Möglichkeiten, mit denen die Stadt ihre Besucher aus aller Welt begeistert. Die Metropole erwartet ihre Besucher mit einer einzigartigen Mischung aus Weltstadt-Flair und charmanten Kiezen und lädt zu vielseitigen Entdeckungsreisen ein. Ob ein Opern- oder Theaterbesuch, Shopping auf dem Ku'damm oder eine Tour durch die vielfältigen Museen- und Parklandschaften: In Berlin findet jeder sein persönliches Highlight.

FRÜHZEITIG ANMELDEN LOHNT SICH

Profitieren Sie vom Frühbucherrabatt – registrieren Sie sich jetzt für den DGPPN Kongress 2016.

- Hochkarätige Keynote Speaker
- Über 600 Einzelveranstaltungen
- DGPPN Akademie für Fort- und Weiterbildung
- State-of-the-Art-Symposien
- CME-Zertifizierung beantragt

www.dgppn.de

NEUE STUDIEN

AKTUELLE ERKENNTNISSE AUS DER FORSCHUNG

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

STRASSENLÄRM ERHÖHT RISIKO FÜR DEPRESSIVE SYMPTOME

Dass Lärm nicht nur unangenehm ist, sondern auch krank machen kann, ist bekannt. Wissenschaftler an der Universität Duisburg-Essen haben nun herausgefunden, dass Dauerlärm durch Straßenverkehr auch depressive Stimmungen auslösen kann. In einer Langzeit-



Die psychischen Folgen von Lärm sind bisher kaum untersucht worden.

studie analysierten sie Daten von 3300 Teilnehmern der Heinz Nixdorf Recall Studie, einer Längsschnittuntersuchung an 45- bis 75-jährigen in Bochum, Essen und Mülheim an der Ruhr. Fast

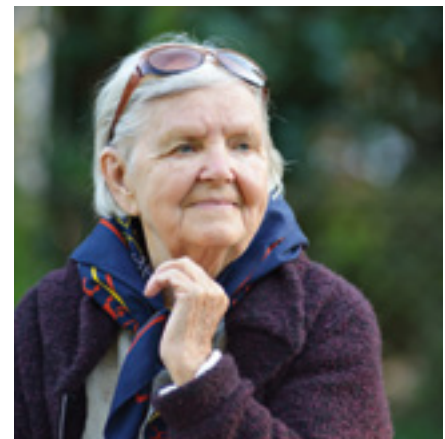
36 % der Probanden waren einer hohen Lärmbelastung ausgesetzt, d. h. einem durchschnittlichen Lärmpegel, der auf den Tag gerechnet bei über 55 Dezibel liegt. Die Teilnehmer, die an Straßen mit viel Verkehrslärm wohnen, entwickelten in einem Zeitraum von fünf Jahren häufiger depressive Symptome. Das Risiko war gegenüber Menschen, die an ruhigen Straßen wohnen, um 25 bis 30 % erhöht. Die Gründe dafür müssen nun weiter untersucht werden.

(Universität Duisburg-Essen)

ALZHEIMER: PROTEINABLAGERUNGEN BEEINFLUSSEN GEHIRNAKTIVITÄTEN BEIM SCHLAFEN

Alzheimerpatienten leiden häufig unter Schlafstörungen, meist schon bevor sie vergesslich werden. Bekannt ist zudem, dass Schlaf bei der Gedächtnisbildung eine sehr wichtige Rolle spielt. Forscher der Technischen Universität München (TUM) haben jetzt erstmals zeigen können, wie sich die krankmachenden Veränderungen im Gehirn auf die Vorgänge der Informationsspeicherung im Schlaf auswirken. Anhand von Tiermodellen konnten sie den genauen Mechanismus entschlüsseln und die Störung mit medikamentösen Wirkstoffen abmildern. Vor allem die langsamen Schlafwellen, sogenannte slow oscillations, die unser Gehirn nachts erzeugt, dienen dazu, Gelerntes zu verfestigen und Erinnerungen in den Langzeitspei-

cher zu verschieben. Bei der Alzheimererkrankung ist die Ausbreitung dieser Wellen gestört. Den Forschern gelang es, diesen Effekt auf molekularer Ebene zu entschlüsseln und mit dem Einsatz geringer Dosen Schlafmittel zu behandeln. Die Forscher verabreichten Mäusen Benzodiazepine, wodurch sich die



Alzheimer: Plaques stören Gedächtnisbildung im Schlaf.

langsamen Schlafwellen wieder korrekt ausbreiteten und sich auch die Lernleistung der Tiere wieder verbesserte. Da sich die Schlafoszillationen von Mäusen und Menschen gleichen und sich die Wellen zudem auch gut durch ein EEG darstellen lassen, können die Ergebnisse Ansätze zur Therapieforchung und Frühdiagnostik bei Alzheimer liefern. *(Technische Universität München (TUM))*

ENZYM ALS VERMITTLER ZWISCHEN STRESS UND ANGST

Angststörungen sind die am weitesten verbreitete psychische Erkrankung: Mindestens einer von fünf Erwachsenen ist davon betroffen. In ihrer neuesten Studie haben Wissenschaftler am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in



Ein Enzym im präfrontalen Kortex vermittelt Angst.

München gezeigt, dass das Enzym namens DNMT3A einen entscheidenden Anteil daran hat, wie die vordere Hirnrinde durch Stress ausgelöste Angst vermittelt. Diese Hirnregion ist an höheren, geistigen Prozessen beteiligt, wie der Problemlösung und abstraktem Denken. In der Untersuchung veränderten die Wissenschaftler die DNMT3A-Menge in der vorderen Hirnrinde von Mäusen. Dabei stellten sie fest, dass eine Erhöhung zu Stressverminderung und eine Senkung der Enzymmenge zu Stresssteigerung führten. Die neuen Erkenntnisse legen die Vermutung nahe, dass das Enzym DNMT3A im präfrontalen Kortex Angst vermittelt. Die Wissenschaftler hoffen nun, dass sich DNMT3A als das molekulare Bindeglied zwischen chronischem Stress und der Entwicklung von Angststörungen erweisen und als solches neue Ansatzpunkte für die Therapie bieten könnte.

(Max-Planck-Institut für Psychiatrie München)

NEUER WIRKMECHANISMUS VON ANTIDEPRESSIVA ENTDECKT

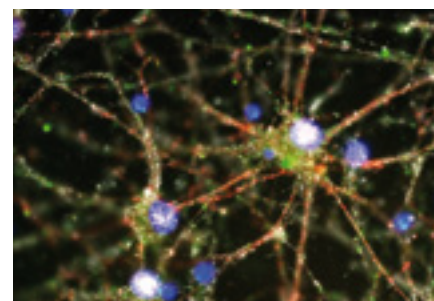
Wissenschaftler am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München haben einen neuen funktionellen Zusammenhang zwischen epigenetischen Veränderungen und dem gut beschriebenen Risiko-Faktor für Depression FKBP51 identifiziert. Stress ist ein Risikofaktor für Depressionen. Eine erhebliche Zahl von Komponenten des Stress-Hormon-Systems wurde bereits in Zusammenhang mit erhöhter Erkrankungswahrscheinlichkeit und unterschiedlichem Behandlungserfolg gebracht. Eine dieser Komponenten ist das Protein FKBP51, welches in der Lage ist, die Affinität von Stresshormonen zu ihren Rezeptoren zu beeinflussen. In der Studie wurde das Zusammenwirken des Proteins mit dem Hormon DNMT1 untersucht, insbesondere der Einfluss auf die Behandlung von Patienten mit Antidepressiva. Die Wissenschaftler konnten zeigen, dass FKBP51 stressbedingte epigenetische Veränderungen verursacht und Auswirkungen auf die enzymatische Aktivität von DNMT1 hat. Dies äußert sich z. B. darin, dass bestimmte Antidepressiva die DNMT1-Aktivität nur in Anwesenheit von FKBP51 herabsetzen. Das Wissen um diesen Wirkmechanismus lässt Rückschlüsse auf die Bedeutung des Moleküls zu, indem es möglicherweise in der Lage ist, dauerhafte Änderungen des Genoms hervorzurufen zu können.

(Max-Planck-Institut für Psychiatrie München)

EINFLUSS DES C4-GENS AUF DAS ENTSTEHEN VON SCHIZOPHRENIE NACHGEWIESEN

Die Erstmanifestation einer Schizophrenie entwickelt sich häufig in der Adoleszenz. In dieser Zeit kommt es zu vielen Veränderungen im Gehirn, die vor allem die Verbindungen zwischen den Nervenzellen betreffen. Forscher von der Harvard-Universität haben nun herausgefunden, dass eine bei Schizophreniekranken vorliegende strukturel-

le Veränderung der Genregion C4 mit einem vermehrten Trennen von Nervenzellverbindungen einhergeht. In ihrer Studie verglichen die Forscher die C4-Aktivität zwischen schizophre-



Forscher entdecken Zusammenhang zwischen C4-Gen und Schizophrenie.

kranken und psychisch gesunden Menschen. In Erbgutanalysen zeigte sich der gleiche Befund. Bisher wurde dem C4-Genkomplex eher eine Rolle bei der Regulierung des Immunsystems zugeschrieben und weniger beim Entstehen von Schizophrenien. Offenbar ist das Gen aber auch hierbei von Bedeutung. Trotz dieser neuen Erkenntnisse betonen die Wissenschaftler, dass als Entstehungsursache der Krankheit weiterhin ein multifaktorielles Geschehen angenommen werden kann und nicht allein genetische Ursachen.

(Medical School Harvard, Boston)

QUELLEN

Urban E et al (2015) Residential Road Traffic Noise and High Depressive Symptoms after Five Years of Follow-up: Results from the Heinz Nixdorf Recall Study. *Environmental Health Perspectives* doi:10.1289/ehp.1409400

Busche MA et al (2015) Rescue of long-range circuit dysfunction in Alzheimer's disease models. *Nature Neuroscience* 18:1623–1630

Elliott E et al (2016) Dnmt3a in the Medial Prefrontal Cortex Regulates Anxiety-Like Behavior in Adult Mice. *Journal of Neuroscience* 36(3):730–740

Gassen NC et al (2015) Chaperoning epigenetics: FKBP51 decreases the activity of DNMT1 and mediates epigenetic effects of the antidepressant paroxetine. *Science Signaling* 8(404):Research Article 119

McCarrroll SA et al (2016) Schizophrenia risk from complex variation of complement component 4. *Nature* 530:177–183

NACHWUCHSFÖRDERUNG

FORSCHUNG WÄHREND DER FACHARZTWEITERBILDUNG

Nachwuchswissenschaftler haben es schwer: Forschungsprojekte und klinischer Alltag sind oft nur schwer vereinbar. Zwar existieren wegweisende Förderprogramme, doch diese können den Bedarf nicht decken. Gleichzeitig lässt sich eine rein wissenschaftliche Tätigkeit in vielen Bundesländern nicht an die Facharztweiterbildungszeit anrechnen. Es besteht Reformbedarf.

Autoren: Immanuel Elbau, Berend Malchow, Kamila Jauch-Chara, Alkomiet Hasan

Die Forschung auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie hat sich in den vergangenen Jahren rasant weiterentwickelt. Hochkomplexe Verfahren wie die Optogenetik, Zweiphotonenmikroskopie oder Elektrophysiologie und bildgebende Verfahren gehören heute zum Forschungsalltag und eröffnen ein in seiner Komplexität exponentiell zunehmendes Wissenschaftsfeld. Mediziner arbeiten Seite an Seite mit Biologen, Psychologen, Chemikern, Physikern, Ingenieuren und Informatikern. Neue Therapieansätze werden in qualitativ hochwertigen klinischen Studien laufend überprüft. Die methodisch komplexen Verfahren fließen dabei nicht nur in die Grundlagenforschung, sondern halten auch Einzug in klinische Verlaufsstudien.

CHANCE UND HERAUSFORDERUNG

Diese Entwicklungen bergen ein enormes Potenzial, um neue Ansätze in der Prävention, Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen zu entwickeln und vorhandene Methoden zu verbessern. Sie stellen das Fach Psychiatrie und Psychotherapie aber auch vor neue Herausforderungen. Denn auch in den multiprofessionellen Forscherteams müssen die Fachärzte weiterhin in der Lage sein, ihre Expertise einbringen zu können. Den forschenden Klinikern im Spannungsfeld der zunehmen-



Klinikalltag und Forschungsprojekte lassen sich oft nur schwer vereinbaren.

den Multidisziplinarität und dem fließenden Übergang von psychiatrischer Forschung in Bereiche der grundlegenden Neuro- und Kognitionswissenschaft kommt hier eine tragende Funktion zu. Sie tragen mit dazu bei, den klinischen Bezug zu bewahren und bringen klinisch relevante Fragestellungen und Konzepte ein.

Entsprechend wichtig ist eine integrierte klinisch-wissenschaftliche Ausbildung, welche die Grundlagen für eine qualitativ hochwertige forschende Tätigkeit vermittelt und gleichzeitig die notwendigen Strukturen schafft, damit sich die klinische Versorgungsarbeit und die Forschungsprojekte vereinbaren lassen. Ohne solche Strukturen werden wissenschaftlich tätige Fachärzte in der translationalen und der präkli-

nisch-psychiatrischen Wissenschaft in Zukunft eine immer kleinere Rolle spielen und ihrer wichtigen Funktion als Garant der klinischen Relevanz nicht mehr nachkommen können. Die derzeitigen Strukturen der ärztlichen Ausbildung – von der wissenschaftlich-statistischen Wissensvermittlung im Studium über die klassische Form der medizinischen Dissertation bis zu den Facharzt-Weiterbildungscurricula, welche meist keine strukturierten Forschungsfreiräume für Humanmediziner enthalten – werden dieser Anforderung nicht gerecht.

INTEGRATION VON FORSCHUNG UND KLINIK

Doch wie lassen sich Forschung, Klinik und Praxis in der Ausbildung zum

Psychiater verbinden? Diese Frage stand im Mittelpunkt eines Diskussionsforums im Rahmen des Nachwuchsprogramms auf dem DGPPN Kongress Ende November 2015 in Berlin, für welches die Junge Akademie der DGPPN mit Immanuel Elbau (München) und Berend Malchow (München) verantwortlich war. Renommierte Experten – Fritz Hohagen (Lübeck), Sabine Herpertz (Heidelberg), Alkomiet Hasan (München) und Berend Malchow (München), Martin E. Keck (München) und Duska Dragun (Berlin) – diskutierten innovative Konzepte einer integrierten klinisch-wissenschaftlichen Ausbildungsstruktur.

Die Experten waren sich einig: Die Finanzierung geschützter Forschungszeiträume im Rahmen strukturierter Weiterbildungscurricula ist für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie unverzichtbar. Nur so lässt sich sicherstellen, dass Assistenzärzte eine wissenschaftlich-ärztliche Laufbahn verfolgen können und dadurch die ärztliche Beteiligung an der psychiatrischen Forschung auch in Zukunft garantieren. Wer eine wissenschaftliche Karriere verfolgt, braucht eine Phase der intensiven Forschungstätigkeit als Basis für die spätere wissenschaftliche Selbständigkeit. Das häufig praktizierte Modell der „Feierabendforschung“ ist aus Sicht der Experten nicht tragfähig. Angesichts des zunehmenden ökonomischen Drucks an den Kliniken, bekommen Finanzierungsmodelle solcher Strukturen einen zentralen Stellenwert.

Als positives Beispiel wurde in diesem Zusammenhang das integrierte Forschungs- und Weiterbildungsprogramm für *Clinical Scientists* an der Charité in Berlin vorgestellt, welches die Deutsche Forschungsgemeinschaft DFG fördert. Das Programm ermöglicht Weiterbildungskandidaten, die sich für eine klinisch-wissenschaftliche Tätigkeit interessieren, eine zweijährige Freistellung von der klinischen Tätigkeit von 50 %. Diese stellt damit einen Startpunkt für einen durchgängigen Kar-

riereweg dar. Das Programm fördert derzeit über 60 Ärzte aus verschiedenen klinischen Bereichen – die strukturierte Verankerung von wissenschaftlicher Ausbildung ist dabei der Kerngedanke der Förderungsinitiative. Allerdings können solche Förderprogramme den Bedarf nicht decken. Hinzu kommen weitere Hindernisse: So wird die Forschungszeit in vielen Bundesländern nicht auf die Facharztweiterbildungszeit angerechnet.

DRINGENDER REFORMBEDARF

Die Vereinbarkeit von wissenschaftlicher Karriere und medizinischer Ausbildung stellt angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie vor große Herausforderungen. Die Implementation, der Ausbau und die Anerkennung strukturierter klinisch-wissenschaftlicher Ausbildungsprogramme für den psychiatrischen Nachwuchs müssen deshalb noch stärker in den Fokus der Förderpolitik gelangen. Der infrastrukturelle Ausbau einer entsprechenden Förderungslandschaft gehört zu den zentralen Aufgaben. Bestehende Programme und Modelle aus dem angloamerikanischen Raum können hierbei als Vorbild dienen. Die Qualität der psy-

chiatrischen Forschung in Deutschland wird künftig auch vom Gelingen eines solchen Strukturwandels abhängen. Als wissenschaftliche Fachgesellschaft wird sich die DGPPN gemeinsam mit der Jungen Akademie nachdrücklich dafür einsetzen.

DR. MED. UNIV. IMMANUEL ELBAU

Assistenzarzt

Max-Planck-Institut für Psychiatrie,
München

DR. MED. BEREND MALCHOW

DGPPN-Vorstandsmitglied

Oberarzt, Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie

LMU Klinikum der Universität München

PD DR. MED. KAMILA JAUCH-CHARA

Leitende Oberärztin der Klinik für
Psychiatrie und Psychotherapie

Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP,
Lübeck

PD DR. MED. ALKOMIET HASAN

Stellvertretender Direktor, Klinik für
Psychiatrie und Psychotherapie

LMU Klinikum der Universität München



DGPPN SUMMER SCHOOL

Jetzt Termin vormerken!

16.–17.06.2016 | Göttingen

Die vierte Summer School der DGPPN führt nach Göttingen in die Asklepios Klinik für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Direkt vor Ort erhalten Medizinstudierende und junge Ärzte einen interessanten Einblick in den Alltag der forensischen Psychiatrie. Das Programm bietet einen spannenden Mix aus Theorie und Praxis.

Mehr Infos auf www.dgppn.de
> Junge Akademie

REFERATE AKTUELL

GEMEINDEPSYCHIATRIE: CHANCEN FÜR DIE VERSORGUNG

Die gemeindepsychiatrische Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gewinnt in der Versorgung an Bedeutung – gerade wenn diese den personenzentrierten Ansatz in den Mittelpunkt stellt und die ambulante vor der stationären Behandlung stärkt. Modelle der integrierten Versorgung und sektorenübergreifender Budgets fördern die Fallsteuerung im intersektoralen Kontext. Der vollstationären Versorgung fällt hier die Rolle einer komplementären Einheit bei Kriseninterventionen zu.

Autor: Raoul Borbé

Vor diesem Hintergrund etablierte die DGPPN 2013 das neue Fachreferat „Gemeindepsychiatrie“. Dieses übernimmt die Rolle eines integrativen Vermittlers zwischen der ambulanten Gemeindepsychiatrie mit deren Trägerorganisation und der ambulanten und stationären ärztlichen Versorgung für psychisch erkrankte Menschen. Das Referat unterstützt dabei das funktionale Basismodell der gemeindepsychiatrischen Versorgung schwer psychisch kranker Menschen, das Ingmar Steinhart (Greifswald) und Günther Wienberg (Fulda) entwickelt haben und das den heterogenen Versorgungsstrukturen in Deutschland Rechnung trägt. Dieses beschreibt erstmalig die aus Patientensicht notwendigen Funktionen einer (gemeinde-)psychiatrischen Versorgung und berücksichtigt alle existierenden Versorgungslandschaften, da einzelne Funktionen nicht institutionenbezogen beschrieben werden.

WAS BEDEUTET DIES FÜR DIE PRAXIS?

Die Fallsteuerung kann sowohl von einem integrierten Versorgungsteam, das an einer Klinik oder auch einem Trägerverein angesiedelt ist, als auch durch einen gemeindepsychiatrisch tätigen niedergelassenen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder Nervenheilkunde erfolgen. Dadurch bildet das Modell ein Idealbild der gemeindepsychiatrischen Versorgung ab und integriert die bisher bekannten und auch beforschten Versorgungsansätze. Aus Sicht des DGPPN-Fachreferates lassen sich im Weiteren konkrete politische Forderungen für die Neugestaltung bzw. Reform der Finanzierung des gesamten psychiatrischen Versorgungssystems ableiten: z. B. die verbindliche Einrichtung von gemeindepsychiatrischen Verbänden und die Versorgungsverpflichtung innerhalb gemeindepsychiatrischer Verbände. Damit ergänzt das Referat die Aktivitäten der DGPPN mit Blick auf das neue Entgeltsystem Psychiatrie und Psychotherapie (PEPP) und das Bundesteilhabegesetz sowie die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.

Das Referat ist mit seinen 25 Mitgliedern auf vielen anderen Ebenen aktiv. So wurde es 2014 in das Kontaktgespräch Psychiatrie aufgenommen.

Hier vertritt das Referat die DGPPN in dem Austausch der wichtigsten gemeinde- und sozialpsychiatrischen Träger und Gruppierungen in Deutschland und zeichnete in diesem Zusammenhang auch eine Reihe von Stellungnahmen mit. Das Referat unterstützt die DGPPN bei allen Fragen rund um die Gemeindepsychiatrie und steht im engen Austausch mit den anderen Referaten der Fachgesellschaft, insbesondere im Bereich Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie, Migration, Forensik, Psychiatrische Pflege sowie Rehabilitation und Teilhabe. Es entwickelt Konzepte zur Etablierung und Verbesserung gemeindepsychiatrischer Angebote mit Einbezug in das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell und engagiert sich bei der Umsetzung von Leitlinien mit gemeindepsychiatrischen Bezügen. Darüber hinaus organisiert das Referat Veranstaltungen auf Kongressen und erarbeitet ein Konzept für einen Workshop zum Basismodell der gemeindepsychiatrischen Versorgung.

DR. MED. RAOUL BORBÉ, MHBA

Leiter des DGPPN-Referates „Gemeindepsychiatrie“

Chefarzt der Abteilung Allgemeine Psychiatrie und Psychotherapie Ravensburg,

Versorgungsforschung Weissenau, ZfP Südwürttemberg

DGPPN-REFERATE

Die rund 30 Referate der DGPPN bilden das gesamte Spektrum des Faches Psychiatrie und Psychotherapie ab. Mitglieder der DGPPN sind herzlich eingeladen, sich aktiv einzubringen.

Mehr Infos auf www.dgppn.de

§ 350. [Hauptverhandlung]

REZENSION

DIE ROLLE DER GUTACHTER VOR GERICHT

Kachelmann, Breivik, Mollath – in jedem dieser Strafverfahren hat ein umstrittenes forensisches Gutachten eine zentrale Rolle gespielt. Doch wer sind diese Gerichtsgutachter eigentlich? Was für Aufgaben haben sie? Und welche Position nehmen sie im Justizsystem ein? Der Kriminalpsychologe Rudolf Egg blickt in seinem Buch Die Unheimlichen Richter in die Welt der Gutachtertätigkeit und zeigt, wie komplex die forensische Beurteilung von Opfern, Tätern und Zeugen ist.

Autorin: Nahlah Saimeh

Rudolf Egg ist einer der profiliertesten Rechtspsychologen Deutschlands. Er verfügt über langjährige Erfahrung als Gerichtsgutachter, von 1997 bis 2014 war er Direktor der Kriminologischen Zentralstelle des Bundes und der Länder (KrimZ) in Wiesbaden. Dass er nun ein informatives, sachlich-unaufgeregtes und auch für den interessierten Laien leicht verständliches Buch zum Thema Gutachtertätigkeit geschrieben hat, passt bestens in die Zeit, in der Gerichtsgutachter zu heimlichen Richtern erklärt werden.

In einer launigen Einleitung fasst er all jene Reaktionen zusammen, mit denen man als sogenannter „Psycho-Sachverständiger“ im Gespräch mit Bürgern konfrontiert ist: vom Vorwurf, man lasse gemeingefährliche Leute auf die Allgemeinheit los bis zu mitleidiger Nachsicht, dass man gar ein armer Tropf sei, weil man es mit so vielen Irren zu tun habe. Sehr treffend beschreibt er, dass in der Öffentlichkeit viel zu wenig bekannt ist über die komplexen Fragestellungen und Rahmenbedingungen forensischer Gutachter im Strafrecht und dass deren Aufgaben – von wenigen sehr kundigen Gerichtsreportern abgesehen – den meisten Menschen unverständlich bleiben. Wenn Egg darauf hinweist, dass Psychiater und Psychologen nicht dasselbe sind, aber die ersteren berufen seien, sich mit psychischen Krankheiten zu befassen, die Psychologen aber die eigentlichen Experten in der Beurteilung von Persönlichkeiten seien, dann ist dies überflüssiges Kompetenzgerangel und pflegt die unseligen berufsständigen Kampftraditionen zwischen den beiden Disziplinen, die – insbesondere für die Forensik – überwunden werden sollten. Denn wesentlich für die gutachterliche Tätigkeit ist letztlich die Unterscheidung zwischen Forensischen Psychiatern und Forensischen Psychologen bzw. Rechtspsychologen auf der einen Seite und jenen, die eben nicht auf forensische Fragestellungen spezialisiert sind. Egg erläutert anhand anschaulicher Fallskizzen unterschiedliche Fragestellungen, die an Rechtspsychologen herangetragen werden. Ein erster großer und informativer

Themenblock gilt der Domäne der Aussagepsychologie, der auf die empirischen Untersuchungen zur Qualität von Zeugenaussagen bis in das Jahr 1901 zurückgeht. Dass die Aussagepsychologie in der Tat eine Domäne der Psychologen und nicht der Psychiater ist, hätte indes hier deutlicher gesagt werden dürfen.

SACHLICH UND UNAUFGEREGT

Ein zweiter Teil befasst sich mit der Erstellung von Kriminalprognosen. Der Autor erklärt dem Leser, der für das Verständnis des Buches keinerlei Vorwissen benötigt, welche Fragestellungen durch die Sachverständigen zu beantworten sind, und formuliert dabei klar, dass es überzogene Erwartungen gibt, wenn die Gutachten als Gütesiegel 100%-iger Legalbewährung missverstanden werden. Auch der Druck von außen, der auf Gutachter bei medial besonders beachteten Strafverfahren liegt, wird von Egg sachlich beschrieben und kritisch kommentiert. Besonders hilfreich ist in der Versachlichung der Diskussion um die „unheimlichen Richter“ auch das Kapitel, in dem Egg die Aufgaben der Justiz und diejenigen der Sachverständigen klar voneinander trennt und erläutert. Am Ende der Lektüre bleibt der Eindruck eines im besten Sinne um Aufklärung bemühten Buches, das sich – den Vermarktungsinteressen der Verlage sei es verziehen – hinter einem unheilsschwangeren Buchtitel verbirgt.

DR. MED. NAHLAH SAIMEH

DGPPN-Vorstandsmitglied

Ärztliche Direktorin LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie Lippstadt

BUCH: Rudolf Egg: Die unheimlichen Richter. Wie Gutachter die Strafjustiz beeinflussen. C. Bertelsmann Verlag, München 2015, 288 Seiten.

PSYCHISCHE STÖRUNGEN IN DEN MEDIEN

FAIR MEDIA – FÜR DIE MENSCHEN, GEGEN STIGMATISIERUNG

Das Bild, das sich die Öffentlichkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen macht, wird maßgeblich durch ihre Darstellung in den Medien geprägt. Bei aller Aufklärung ist die Berichterstattung über Menschen mit psychischen Erkrankungen immer noch häufig negativ und mit Gewalt konnotiert. Damit werden Vorurteile und soziale Distanz verstärkt. Eine aktuelle Aufklärungskampagne bietet Journalisten nun eine Hilfestellung.

Autorin: Astrid Ramge

„Nach Axt-Angriff in Psychiatrie“, „SEK-Beamte überwältigen psychisch kranken Mann“, „Muss Kleingarten-Feuerteufel in die Psychiatrie?“ oder aktuell „U-Bahn-Mord in Berlin: Verdächtiger war lange in Psychiatrie“: So und ähnlich lauten die Überschriften, wenn über Menschen mit psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit Straftaten berichtet wird. Die Stigmatisierung von Betroffenen begegnet uns in den Medien fast tagtäglich. Mal mehr, mal weniger offensichtlich, doch meist liegt der Fokus der Berichte über psychische Erkrankungen auf Gewalt, Straftaten und Gerichtsverfahren sowie von der Norm abweichendem Verhalten.

Wie hoch die Wellen schlagen können, haben wir im Frühjahr des vergangenen Jahres erlebt, als zwei Tage nach dem Flugzeugabsturz in den französischen Alpen die Spekulationen über Ursache und Motive des Co-Piloten ihren Höhepunkt erreichten und die Onlineticker der einschlägigen Medien heiß liefen. Mit dem Bekanntwerden der Krankheitsgeschichte des Täters wurden Menschen mit psychischen Erkrankungen, wie Depression oder bipolaren Störungen, in zahlreichen Medien – nicht allen! – als potentielle Gewalttäter, als unberechenbar und gefährlich stigmatisiert. Betroffene und Angehörige waren empört und hilflos angesichts einer solchen diskriminierenden und unreflektierten Berichterstattung.

VEREINFACHUNG DER WIRKLICHKEIT – ZULASTEN DER BETROFFENEN

Stereotype Kategorisierungen und Klischees – „Schubladen“ – sind in den Medien ein Versuch, die komplexe Wirklichkeit zu vereinfachen, um sie „griffiger“ aufbereiten und vermitteln zu können. Journalismus bewegt sich in einem Spannungsfeld zwischen Reduktion von Komplexität und adäquater Abbildung von Wirklichkeit. Auch wenn das journalistische Ziel eine möglichst objektive und neutrale Berichterstattung ist, machen es alltäglicher Zeit- und Aktualitätsdruck den Redaktionen oft zusätzlich schwer, Ereignisse oder Phänomene



aus unterschiedlichen Blickwinkeln differenziert zu betrachten und nicht zu voreiligen Schlüssen zu kommen. Zusätzlich werden Titel und Überschriften oft gezielt dramatisiert, um im Kampf um Aufmerksamkeit und Auflage bestehen zu können.

Beim Thema Psychische Erkrankungen kann dies allerdings sehr direkte und oft sicher ungewollte negative Folgen haben. Eine stigmatisierende Berichterstattung aus Unwissenheit, mangelnder Zeit, aber vielleicht auch, um die Sensationslust der Leser zu befriedigen, trägt maßgeblich zur Aufrechterhaltung diskriminierender Ansichten und Verhaltensweisen bei – mit der Folge, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen aus der Gesellschaft ausgegrenzt werden: Sie werden

ungerechtfertigt als gefährlich, unberechenbar oder willensschwach wahrgenommen und gemieden, verlieren Freunde, finden keinen Arbeitsplatz oder werden vom sozialen Leben ausgeschlossen.

Das von der DGPPN mitbegründete Aktionsbündnis Seelische Gesundheit hat deswegen Handlungsempfehlungen für Journalisten zur Berichterstattung über Menschen mit psychischen Erkrankungen herausgegeben: „Fair Media – für die Menschen gegen Ausgrenzung“ heißt die Aufklärungskampagne, gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit, die auf einem Webportal, in Broschüren und einem Redaktions- und Pressedienst den Journalisten Hilfestellung für eine sachliche, ausgewogene und differenzierte Berichterstattung bietet.

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN BIETEN KONKRETE HILFSTELLUNG

Entstanden sind die Empfehlungen nach intensiven Workshops mit Journalisten und Redakteuren. Im Zentrum stand dabei der Austausch der Journalisten mit Betroffenen, Angehörigen und Fachleuten. Mit Impulsvorträgen wurden fundiertes Wissen über verschiedene psychische Erkrankungen und Behandlungsmethoden sowie möglichst anschauliche Einblicke in das Leben von Betroffenen und ihrer Angehörigen vermittelt. Erfahrungsberichte zeigten auf, was es bedeutet, psychisch krank zu sein, und wie sich die Berichterstattung in den Medien auf die betroffenen Menschen auswirken kann. Die Workshops gingen dabei explizit auf die Bedürfnisse von Journalisten in ihrem Arbeitsalltag ein. Journalismus im digitalen Zeitalter bedeutet vor allem permanenten Zeit- und Aktualitätsdruck, der durch die ständig steigende Nutzung der Online-Nachrichtendienste im Internet getrieben wird. Ziel der Workshops war es deshalb auch, gemeinsam mit den Medienvertretern zu diskutieren, wie sich trotz Zeitdruck ein sensibler und vertrauensvoller Umgang mit Betroffenen und Angehörigen sowie eine differenzierte Darstellung der verschiedenen Erkrankungen im Alltagsgeschäft gewährleisten lässt. Dabei ging es insbesondere um Fragen wie „Welchen Veränderungsbedarf sehen Betroffene, Angehörige und Experten bei der Darstellung von psychisch Kranken?“, „Wann ist eine psychische Erkrankung wesentlich für die Geschichte?“ oder „Wie sieht ein Beitrag aus, der Stigmatisierung nicht nur vermeidet, sondern abbaut?“. Die Resultate der Diskussion bildeten anschließend die Grundlage der Handlungsempfehlungen (siehe Kasten).

KONTAKT ZU BETROFFENEN IST WICHTIG

Eine Studie des Aktionsbündnisses Seelische Gesundheit hat bestätigt, dass besonders der Kontakt zu Betroffenen oder Angehörigen dabei hilft, Vorurteile bezüglich psychischer Erkrankungen abzubauen. Journalistische Medien haben die

Möglichkeit, über das geschriebene Wort und die Kraft der Imagination einen solchen Kontakt aufzubauen. Eine sachliche, ausgewogene und differenzierte Berichterstattung sowie das Miteinbeziehen und Zu-Wort-kommen-Lassen der Betroffenen und Angehörigen sowie der professionellen Vertreter von Psychiatrie und Psychotherapie können dabei mithelfen, dass sich das Bild vom unberechenbaren Verrückten hin zum Menschen mit einer psychischen Erkrankung und gleichberechtigten Mitbürger in unserer Gesellschaft wandelt.

Die Handlungsempfehlungen im Rahmen von „Fair Media“ setzen genau hier an und stehen den Redaktionen und auch der Vielzahl der freien Redakteure als Recherche- und Informationstool zur Verfügung. In Broschüren und im Internet finden die Medienschaffenden Hinweise und Anregungen zu Interview- und Gesprächssituationen mit Betroffenen und Angehörigen, zur richtigen Formulierung und zu einer ausgewogenen Bildsprache, der Platzierung der Bilder sowie Adressen und Anlaufstellen für ihre Recherche.

WIE ÜBER SUIZID BERICHTEN?

In einem Sonderkapitel widmet sich der Leitfaden dem Thema Suizid. Denn ein Suizid gehört zu den Themen, welche sich journalistisch mit am schwierigsten angemessen behandeln lassen. Viele der Menschen, die durch einen Suizid sterben, leiden an einer psychischen Erkrankung, etwa an einer Depression. Die Mehrheit der Menschen, die einen Suizid erwägen, ist diesem Entschluss gegenüber ambivalent. Im Vordergrund steht häufig das Gefühl, so wie bisher nicht weiterleben zu können – weniger der Wunsch zu sterben. Eine Berichterstattung, die einen Suizid als spektakulär, nachvollziehbar oder romantisierend darstellt, kann zur Identifikation mit den Suizidenten führen, und Menschen, die sich in einer suizidalen Krise befinden, dazu bewegen, die suizidale Tat durchzuführen. Bei der Berichterstattung über Suizid oder Amok, der häufig eine Form des sogenannten „erweiterten Suizids“ darstellt, mahnt der Leitfaden deshalb zu besonderer Vorsicht und verweist auf die ausführlichen Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) und anderer Fachstellen.

ASTRID RAMGE

Projektkoordinatorin Aktionsbündnis Seelische Gesundheit

HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN ZUM DOWNLOADEN

Fair Media ist eine Hilfestellung für Journalistinnen und Journalisten, die über Menschen mit psychischen Erkrankungen berichten. Der Leitfaden sowie weitere Informationen stehen kostenlos zum Download bereit:

www.fairmedia.seelichegesundheits.de

DIE INDUSTRIALISIERUNG DER PSYCHIATRIE

VERSTEHEN NACH ZAHLEN?

Die moderne Psychiatrie befindet sich gegenwärtig in einem gewaltigen Transformationsprozess. Umso wichtiger ist es, näher darüber nachzudenken, was Psychiatrie ausmacht und inwiefern ihre eigene Identität durch die gegenwärtigen politischen Weichenstellungen bedroht sein könnte – Weichenstellungen, welche die Medizin nach dem Muster eines industriellen Betriebs auf dem Markt durchzustrukturieren versuchen.

Autor: Giovanni Maio

Nähern wir uns der Identität der Medizin zunächst ex negativo: In welchen Strudel gerät die Medizin heute hinein, wenn man sie nach dem Modell der industriellen Produktion zu steuern versucht und dem ökonomischen Kalkül überlässt. Was also sind die Vorannahmen einer industriellen Produktionslogik?

NEGATIVIERUNG DER ZEIT

Unter der Perspektive einer industriellen Produktionslogik wird die personalintensive Kontaktzeit zum Patienten als ein zu minimierender Aufwand betrachtet; der Ruf nach einer Effizienzsteigerung ist im Grunde nichts anderes als eine Legitimation zur Verknappung der Zeit. Das mag unter produktions-technischem Gesichtspunkt auch rational erscheinen, denn es ist selbstverständlich, dass man in der Industrie versucht, ein Ergebnis mit einem Minimum an Aufwand zu erzielen. In der Industrie taucht der Aufwand allein unter einer instrumentellen Perspektive auf, er ist nur so lange gut, wie er die Produktion steigert, weil in der Industrie der einzige Wert, der generiert wird, im Produkt liegt, das verkauft werden kann. Den Weg zum Produkt zu beschleunigen oder abzukürzen ist unter dieser Prämisse auch tatsächlich rational, denn durch die Brille eines produzierenden Betriebes erscheint die Kontaktzeit mit dem Patienten bloß als Ressourcenverbrauch. Nun wird dieses industrielle Paradigma einfach unüberlegt übertragen auf die Medizin, so wie wenn auch in der Medizin etwas produziert würde. Die Konsequenz dieser Übernahme ist die, dass unter dem produktionstechnischen Paradigma eine Negativierung der Zeit stattfindet. Wer sich heute in der Medizin Zeit nimmt, gerät automatisch in den Verdacht der Verschwendung, in den Verdacht der Ineffizienz. So wird den Ärzten heute implizit nahegelegt, die Patienten bitte schön schneller durchzuschleusen, so wie wenn man ihnen sagte, sie sollten doch gefälligst schneller zuhören, damit der sogenannte Produktionsaufwand minimiert werde. Niemand aber wagt es, diese industrielle Brille abzulegen, denn legte man sie ab, so würde man sofort erkennen können, dass in der Medizin die Zeit, die man

mit dem Patienten verbringt, gerade nicht den negativen Charakter eines lästigen und zu minimierenden Aufwandes hat. Unter einer medizinischen Brille ist die Kontaktzeit genau das Gegenteil, sie ist nämlich kein Verbrauch, sondern sie ist die zentrale Investition, denn erst über die Kontaktzeit kann eine gute Therapie realisiert werden, weil nur über die Kontaktzeit der Patient am Therapieprozess beteiligt werden kann, mitgenommen werden kann, motiviert werden kann. Spart man unter einer produktionslogischen Perspektive an der Kontaktzeit, so spart man am Kern der Medizin. Das ist daher keine Steigerung von Effizienz, sondern ein Abbau der Ermöglichungsbedingungen von Medizin.

LINEARISIERUNG VON KOMPLEXITÄT

Nach einem produktionstechnischen Paradigma wird die Therapie verstanden als Aufeinanderfolge von Wenn-Dann-Entscheidungen. Produktionslogisch wäre die Therapie nicht Resultat eines Reflexionsprozesses, sondern eindeutig aus objektiven Befunden ableitbar. Nicht Kreativität wäre hier gefragt, sondern Stringenz und Stromlinienförmigkeit. Die Wirklichkeit wird in lineare Modelle überführt und Komplexität durch binäre Entscheidungsmodi aufgelöst. Damit wird die Vorstellung einer Therapieentscheidung als Algorithmus etabliert. Den Heilberufen wird suggeriert, dass sie umso effizienter und qualitätsvoller arbeiten, je mehr sie sich an die vorgegebenen Algorithmen und die dafür vorgesehenen normierten Abläufe halten und je mehr sie ihre Therapie nach festen Schemata vorausplanen. Das streng planmäßige Vorgehen wird zum alles beherrschenden Ideal. Das liegt daran, dass es beim industriellen Herstellen um das Hervorbringen eines Produktes geht, das bereits am Anfang der Herstellung festgelegt und vorgegeben ist. Daher ist bei der Produktionslogik die Schematisierung und die strenge Regelbefolgung das Qualität sichernde Kriterium. Es wird eine Verfahrensrationalität etabliert, innerhalb derer alles danach bemessen wird, inwiefern eine verfahrensgerechte Umsetzung einer Norm erfolgt, die in Form eines Algorithmus vorgegebenen worden ist. Letz-

tes Ziel einer solchen Industrialisierung von Therapie ist die Sicherung des reibungslosen Ablaufs. Diese Reibungslosigkeit wird aber teuer erkaufte, denn wenn der Plan zum Ideal wird, dann ist die logische Konsequenz, dass der einzelne Patient diesem Plan unweigerlich untergeordnet und somit normiert wird. Die Abläufe werden also nicht am Patienten ausgerichtet, sondern der Patient den vorgegebenen Ablaufschemata kurzerhand angepasst.

Prozesse kann man optimieren, das ist unbestritten, und das sollte man auch tun, aber die Optimierung der Prozesse, ist nicht der Kern der Behandlung von kranken Menschen, sondern nur der Hintergrund, vor dem die eigentliche Therapie erst ermöglicht werden kann. Wenn man aber die Rationalität der Prozessoptimierung nun auf die Therapie selbst überträgt, so sitzt man einem Kategorienfehler auf, den man innerhalb eines implizit bleibenden produktionstechnischen Paradigmas allzu leicht übersieht.

Umso wichtiger ist es, sich klarzumachen, dass das Ideal der industriellen Produktion die eingeschulte Routine ist, der geordnete Ablauf des Immer-Gleichen. Überträgt man dieses Ideal auf die Medizin, geht das mit einer Sinnentleerung einher. Routine ist notwendig, aber sie ist nicht der Kern der Therapie, sondern die Basis, auf der die individualisierte Behandlung aufbauen kann. Wird aber die Individualisierung zur Verschwendung und zur Ineffizienz umstilisiert und die Routinisierung zum Ideal erhoben, so ist das nicht weniger als ein Ansatz zur sukzessiven Demotivierung der Heilberufe, weil sie für so einen Umgang mit Menschen nicht angetreten sind. Was also unter dem Vorwand der Effizienzsteigerung und gar der Qualitätssicherung auf den Weg gebracht wird, ist nichts anderes als ein sukzessiver Abbau der echten Qualität, denn echte Qualität in der Medizin ist die Qualität der situativen Anpassung der Therapieschritte an die Unverwechselbarkeit des jeweils individuellen Patienten. Das aber ist genau das Gegenteil einer industriellen Produktion.



Die Psychiatrie braucht mehr als Regeln, sie braucht Raum für das Entstehen einer Vertrauensbeziehung.

Hier: Auguste Renoirs „La Conversation“ (1875)

Medizin funktioniert nicht so, dass man einen Ablaufplan umsetzt. Nicht die detaillierte und starre Festlegung ist entscheidend, sondern das tentative und behutsame Vorgehen Zug um Zug. Entscheidend ist das Handeln in der Unmittelbarkeit und das Ernstnehmen der unmittelbaren Erfahrung. Es geht um ein schrittweises und jeweils situationsbezogenes Vorgehen, weil es in der Medizin ein jeweils dialogisches und exploratives Handeln sein muss und eben kein schematisches. Verharrt man beim Ideal der Planmäßigkeit, so lässt sich dieses Ideal nur dadurch erreichen, dass man sich über die Lebendigkeit des Menschen hinwegsetzt. Es geht also nicht um das Befolgen einer Gebrauchsanweisung, sondern um das Erkunden des der konkreten Situation Gemäßen, es geht um die immer neue Abstimmung. Nicht starre Regelbefolgung ist also gefragt, sondern Sensibilität, Feinsinn, Fingerspitzengefühl.

DELEGITIMIERUNG DES NICHTMESSBAREN

Die größte Gefahr der Ausrichtung der Medizin an industriellen, produktionstechnischen Leitbildern liegt in der einseitigen Orientierung an Bewertungskategorien wie Berechenbarkeit, Quantifizierbarkeit, Exaktheit. So wichtig diese Bewertungsmodi für die gesamte Medizin auch sein mögen, wenn man sie zu Leitkategorien macht, dann verinnerlicht man ohne es zu merken eine positivistische Grundeinstellung, die in ihrer Verabsolutierung sich am Ende gegen das wendet, was Medizin ausmacht. Denn mit der Grundorientierung an positivistischen Idealen erfolgt unweigerlich eine Abwertung aller Wahrnehmungs- und Wissensformen, die sich dem Postulat der Quantifizierbarkeit und Exaktheit widersetzen. Ausgeblendet werden also die Zwischentöne, die Schattierungen, die Uneindeutigkeit, die Ambivalenz.

*„ALLEIN NACH ZAHLEN WIRD
MAN NICHT HELFEN KÖNNEN,
WEIL MAN ALLEIN NACH
ZAHLEN SCHLICHTWEG DEN
KRANKEN MENSCHEN NICHT
VERSTEHEN KANN.“*

Durch die unreflektierte Übernahme produktionstechnischer Rationalitätsmuster findet eine Überformalisierung und damit eine bedrohliche Verarmung der Kultur der Medizin statt. Der politisch verhängte Zwang zur Dokumentation und die politisch anvisierte Vergütung nach dokumentierbaren Parametern führten unweigerlich zu einer Überproduktion von Daten und zugleich zu einer Selektion der Wirklichkeitserfahrung. Die Nachweispflichtigkeit verändert nicht nur Verhalten und Abläufe, sie verändert vor allen Dingen die Wahrnehmung, sie verändert die Grunddisposition der Heilberufe. Es findet daher nicht weniger statt als eine sukzessive Umerziehung der Heilberufe, die dazu angehalten werden, allein dem Formalisierbaren Beachtung zu schenken und alles andere als irrelevant anzusehen. Natürlich muss eine Kontrolle auch sein, aber je mehr politisch gesteuert eine überbordende Kontrolle und damit eine Bürokratisierungsspirale über die Medizin verhängt wird, desto mehr wird die Aufmerksamkeit der Heilberufe umgelenkt auf das Dokumentierbare und Kontrollierbare. Die Orientierung an partikularen Parametern wirkt somit als Aufmerksamkeitsverzehr, das Dokumentierbare zieht alle

Aufmerksamkeit auf sich und lässt keinen Raum für das Nicht-Messbare. Diejenigen, die sich diesem Postulat widersetzen, geraten unweigerlich in die Defensive und sehen sich nicht nur dem Vorwurf der Ineffizienz, sondern noch gravierender dem Vorwurf der Beliebigkeit, ja gar der Unwissenschaftlichkeit ausgesetzt.

Psychiatrie aber hat es unweigerlich damit zu tun, dass sie das Formalisierbare mit dem Lebensweltlichen zusammenführen muss, und wenn das Lebensweltliche delegitimiert wird, weil es mit dem Postulat der Eindeutigkeit nicht in Einklang zu bringen ist, dann entfremdet sich die Medizin nicht nur von ihrer Identität, sondern vor allem von ihren Patienten. Allein nach Zahlen wird man nicht helfen können, weil man allein nach Zahlen schlichtweg den kranken Menschen nicht verstehen kann. Die Psychiatrie braucht eben beides; sie braucht Zahlen, sie braucht naturwissenschaftliche Daten, sie braucht Statistik und externe Evidenz. Aber mit dieser Evidenz allein wird sie ratlos bleiben, denn Aufgabe der Medizin ist ja nicht, Algorithmen umzusetzen, sondern sie besteht darin, eine Antwort auf die Not des Patienten zu finden. Und diese Antwort findet sich nicht auf dem Reißbrett, sondern sie muss kreativ erschlossen werden in der Begegnung mit dem Patienten. Medizin ist eine Disziplin, die ihre Leistung in der direkten Interaktion vollzieht und ihre Qualität bemisst sich nach dem Kriterium der gelingenden Interaktion im Hier und Jetzt; ihre Qualität ist die Qualität der Beziehung. Daher braucht die Psychiatrie mehr als Regeln, sie braucht Raum für das Entstehen einer Vertrauensbeziehung, sie braucht Atmosphären, sie braucht innere Ruhe, sie braucht innere Freiheit, um scheuklappenfrei sich auf den einzelnen Patienten einzulassen. Nur dann kann Interaktion wirklich gelingen.

ÜBERFORMALISIERUNG UND ABWERTUNG DES IMPLIZITEN WISSENS

Echte Professionalität kann daher nicht aufgehen in einer rein positivistischen Haltung, sondern echte Professionalität lässt sich von der ganz konkreten Situation des Patienten, von seinem konkreten Anliegen, seiner ihm eigenen Geschichte mit den ihm eigenen Fragen leiten. Der Professionelle muss gewillt sein und vom System dazu befähigt werden, sich von der singulären Situation des Patienten leiten zu lassen. Der Auftrag an ihn kommt vom Patienten, nicht vom Befund. Um dem Patienten nicht nur als Symptomträger, sondern als Menschen gerecht werden zu können, muss der Arzt und Therapeut neben dem statistischen Sachwissen auch über implizite Wissensformen verfügen. Er braucht unabdingbar Erfahrungswissen, Beziehungswissen und vor allem Situationswissen. Wie wichtig diese impliziten Wissensformen sind, wird gerade beim Situationswissen sehr deutlich. Mit dem Begriff der Situation umschreiben wir ja nicht nur die Einmaligkeit ihres Auftretens. Wenn wir sagen, dass der Patient sich in einer Situation be-

findet, meinen wir gerade nicht nur, dass er sich in einer bestimmten Konstellation der Umstände befindet. Diese Umstände sind äußerlich, aber eine bestimmte äußere Lage des Patienten, eine Konstellation wird erst dadurch zu einer Situation des Patienten, dass der Patient selbst in die Lage verstrickt ist und der Lage durch seine Ängste, Erwartungen, Hoffnungen seinen Stempel aufdrückt. Der Patient selbst macht aus einer Lage eine Situation. Die Situation liegt also nicht schon vor, sondern sie konstituiert sich erst durch die innere Einstellung des Patienten. Situationen sind also nicht gegeben, sondern sie werden gemacht, und zwar dadurch, dass der Betreffende selbst eine ganz bestimmte Deutung der Lage vornimmt. Das heißt, dass Situationen per se mehrdeutig sind. Eine eindeutige Situation wäre keine Situation, sondern sie wäre eine Lagebeschreibung, eine Umgebungsanalyse. Die Situation wird dadurch zur Situation, dass die ihr zugrundeliegende Konstellation eine Entscheidung, eine Bewertung, eine Antwort abnötigt. Situationen sind daher nicht weniger als die Fragen, die der in der Situation Seiende selbst stellt. Durch die neuen Weichenstellungen der Medizin werden aber nun Anreize geschaffen, Situationen wie Konstellationen zu behandeln, so dass die darin aufgeworfenen Fragen unberücksichtigt bleiben.

Genau das ist der Grund, weswegen man die Qualität der Therapie nicht restlos in formalisierbare Parameter fassen kann, weil es zur Qualität zentral gehört, die Situation des Patienten zu erfassen, und dieses Erfassen der Situation gelingt nicht allein durch das Sammeln von Fakten, so wichtig diese Fakten auch sind. Erst die Interpretation dieser Fakten von Seiten des Patienten definiert die Situation. Insofern ist die Situation gerade nicht das Verobjektivierbare und Formalisierbare, sondern es ist das, was man nur verstehend erschließen kann. Nicht die Berechnung, nicht die Lagebeschreibung ist der Kern der ärztlichen Leistung in der Medizin, sondern die mäeutische Ermöglichung einer Deutung dieser Fakten im Lichte des Patienten selbst. Die Zahlen also sind nur die Basis, der Kern der Leistung in der Medizin ist der Deutungsprozess.

VON DER PRODUKTIONSLOGIK ZURÜCK ZUR KUNST DES VERSTEHENS

Das ist die Leistung der Psychiatrie, dass sie jeden Tag durch das Sich-Einlassen auf den Patienten erfahrungsgesättigte singuläre Entscheidungen fällt, die nicht vorgegeben sein können, sondern die man sich im Dialog mit dem Patienten nach und nach erarbeitet. Denn Psychiatrie ist nichts anderes als tagtäglicher Problemlösungsversuch. Die Kernarbeit, die man sich zur Lösung der Patientenprobleme macht, bleibt im System oft unerkannt, weil diese tagtägliche Mühe und die interpretative Könnerschaft des Arztes vom System nicht abgebildet wird.

Die Könnerschaft des Psychiaters und Psychotherapeuten liegt eben nicht darin, etwa lineare Entscheidungswege zu gehen, sondern vielmehr darin, Komplexität angemessen zu bewältigen. Diese Komplexität zu erfassen, erfordert ein bestimmtes Wissen, es erfordert ein interpretatives, kontextuelles, hermeneutisches Wissen, das in jeder Begegnung angewendet und vom System doch nicht anerkannt wird

Daher ist es umso wichtiger, sich der nicht sichtbaren und nicht bezifferbaren Leistung neu zu vergewissern und sich dagegen zu verwehren, die Psychiatrie dem Diktat der Industrialisierung und Ökonomisierung zu unterwerfen. Psychiatrie ist kein Wirtschaftsunternehmen, kein Produktionsbetrieb und kein Marktfaktor. Psychiatrie ist professionelle Hilfe durch gelingende Interaktion auf der Basis von wissenschaftlicher Expertise in Verknüpfung mit verstehender Zuwendung. Und deswegen sollte gerade heute im Zeitalter von PEPP und *pay-for-performance* die Psychiatrie entschieden dafür kämpfen, dass in ihrem Hoheitsgebiet nicht etwa primär produktionstechnische Werte gefördert werden, sondern vor allem beziehungsstabilisierende Werte wie Zuhörbereitschaft, Geduld, Behutsamkeit, Reflexivität, tiefe Aufmerksamkeit und wertschätzende Zugewandtheit.

PROF. DR. MED. GIOVANNI MAIO, M.A. PHIL.
*Direktor des Instituts für Ethik und Geschichte der
Medizin Albert-Ludwigs-Universität Freiburg*

LITERATUR
*Maio, Giovanni: Den kranken Menschen verstehen.
Für eine Medizin der Zuwendung. Freiburg: Herder 2015*

GIOVANNI MAIO IN DER BILDERGALERIE



Mit seinen ethischen Überlegungen begeisterte Giovanni Maio im November 2015 die Besucher der Eröffnungsveranstaltung auf dem DGPPN Kongress in Berlin.

Sehen Sie sich die Bildergalerie an:
www.dgppn.de > Kongress > Kongressarchiv.

POLITISIERTE MEDIZIN IN DER DDR

TRAUMATISIERUNGEN IN GESCHLOSSENEN VENEROLOGISCHEN STATIONEN

In der DDR wurden Mädchen und Frauen in geschlossene Venerologische Stationen zwangseingewiesen. Viele erlitten schwere Traumata und leiden noch heute an deren Folgen. Die politische und wissenschaftliche Aufarbeitung dieser Ereignisse setzte erst vor wenigen Jahren ein.

Autoren: Florian Steger und Maximilian Schochow

Die Geschichte der geschlossenen Stationen in der DDR bildet eine weitere Facette des Unrechts in der DDR [1]. Mindestens zehn solcher Stationen existierten (Berlin, Berlin-Buch, Dresden, Erfurt, Frankfurt/Oder, Gera, Halle/Saale, Leipzig, Rostock und Schwerin). Allein 1968 wurden DDR-weit 2763 Mädchen und Frauen in diese Stationen zwangseingewiesen, von denen lediglich 28 % geschlechtskrank waren [2]. In den 40 Jahren der DDR erlitten in solchen Einrichtungen zehntausende Frauen Traumatisierungen, die zum Teil bis heute auch Folgen für die nachfolgende Generation haben.

Ihren rechtlichen Ursprung haben die Stationen in den Befehlen der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland (SMAD). Vor allem der SMAD-Befehl Nr. 273 regelte bis 1961 sämtliche Fragen der Zwangseinweisung Geschlechtskranker. Die Tradition dieser Befehle, Geschlechtskranke oder Krankheitsverdächtige in geschlossene Einrichtungen zwangseinzuweisen, sie zu disziplinieren, zu isolieren und teilweise zur Arbeit zu verpflichten, wurde in der Gesetzgebung der DDR verankert. So war in der „Verordnung zur Verhütung und Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten“ vom 23. Februar 1961 u. a. die Zwangseinweisung geregelt. Auf dieser Grundlage konnten Menschen, die sich ärztlichen Auf-

lagen widersetzen, mehrfach als geschlechtskrank registriert wurden oder unter Verdacht standen, häufig wechselnden Geschlechtsverkehr (HwG) zu haben, in eine geschlossene Venerologische Station zwangseingewiesen werden. Die Verordnung von 1961 sah zwar ein dreistufiges Verfahren vor, an dessen Ende erst die Zwangseinweisung in eine geschlossene Station stand. Doch in der Praxis wurde die Verordnung von den Akteuren weit ausgelegt oder missachtet. Die Geschichte dieser Stationen wurde mit Hilfe von umfangreichen Archivrecherchen (Bundes-, Landes- und Stadtarchive, Archive der BSTU) sowie narrativen Zeitzeugeninterviews (Patientinnen, Ärzte, Pflegepersonal, Verwaltungsangestellte und Transportpolizisten) rekonstruiert [3].

BEISPIEL DER STATION IN HALLE

Die geschlossene Venerologische Station in Halle (Saale) wurde 1961 als Teil der Poliklinik Mitte eröffnet. Sie war 24 Stunden mit einer vergitterten Tür verschlossen. Die Station bestand aus einem Bad, einem Behandlungszimmer, einem Tagesraum und mehreren Patientinnenzimmern. In diesen standen je fünf Betten, ein Tisch und mehrere Stühle. Es waren kahle Räume, ohne Bilder und mit vergitterten Fenstern [3]. Insgesamt zählte die Station 30 Betten.

Die Funktion der Station wird in der Präambel der „Hausordnung“ umrissen [4]: Zum einen sollten verdächtige Personen isoliert werden. Zum anderen sollte durch „erzieherische Einwirkung (...) erreicht werden, dass diese Bürger nach ihrer Krankenhausentlassung die Gesetze [des] Staates achten, eine gute Arbeitsdisziplin zeigen und sich in ihrem Verhalten“ in der „Gesellschaft von den Prinzipien des sozialistischen Zusammenlebens der Bürger“ der DDR „leiten lassen“ [4]. Erst an dritter Stelle folgte in der Präambel die therapeutische Funktion der Station. Die Mädchen und Frauen sollten in der Station isoliert und zu sozialistischen Bürgerinnen bzw. zu „sozialistischen Persönlichkeiten“ [3] erzogen werden. Darunter wurde in Halle (Saale) vor allem „eine gute Arbeitsdisziplin“ verstanden [4].

EINWEISUNG UND AUFNAHME

Meist erfolgte die Einweisung durch Fürsorgestellen oder die Volkspolizei. Der Verdacht der „Rumtreiberei“, oft in Kombination mit dem Vorwurf der Prostitution, war in vielen Fällen Vorwand für eine willkürliche Einweisung. Hintergrund bildeten häufig Denunziationen Dritter. Aber auch Eltern oder staatliche Institutionen – z. B. Heime oder Jugendwerkhöfe – brachten Kinder oder Jugendliche auf die Station,

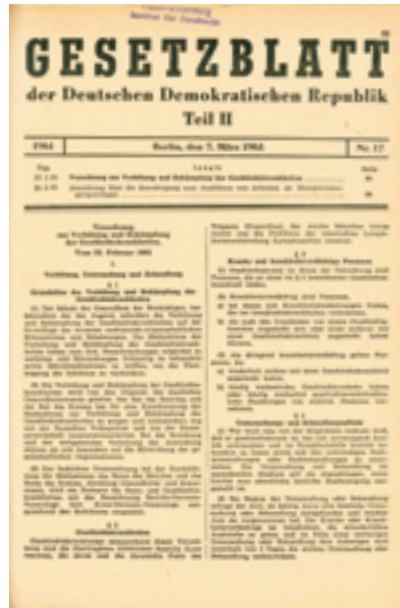
wenn sie mit ihnen überfordert waren. Die Mädchen und Frauen waren zwischen 12 und 75 Jahren alt und unterschieden sich in ihrer sozialen und kulturellen Herkunft. 1977 wurden in Halle (Saale) 235 Frauen zwangseingewiesen, davon waren 30 % geschlechtskrank [5], die übrigen 70 % litten also an keiner Geschlechtskrankheit. In den 21 Jahren des Bestehens der Station in wurden etwa 5.000 Zwangseingewiesenen durchgeführt [3].

Bei Aufnahme in die Station mussten die Frauen Ausweispapiere, Wertgegenstände und private Bekleidungsstücke abgeben, sich waschen und Anstaltskleidung anziehen. Einigen wurden die Haare abgeschnitten. Es folgte eine gynäkologische Erstuntersuchung. Dabei erhielten die Zwangseingewiesenen weder eine Aufklärung über die medizinische Behandlung, noch wurde ihre Einwilligung eingeholt. Die Untersuchungen waren mit körperlichen Schmerzen und psychischer Erniedrigung verbunden. Die Frauen kamen unbekleidet in das Behandlungszimmer. Viele erinnern sich an ein großes Glasrohr, das unter Schmerzen vaginal eingeführt wurde. Bei den Behandlungen wurde weder Rücksicht auf das Alter genommen noch wurde geprüft, ob sie tatsächlich sexuelle Kontakte hatten. So kam es häufig zur Defloration beim Erstabstrich. Nach dem Abstrich wurde einigen Frauen ein Fieber auslösendes Mittel injiziert, um eine mögliche Infektion zu triggern [6]. Die Injektionen zogen häufig Übelkeit, hohes Fieber, schubweise auftretende Krämpfe am gesamten Körper und Schüttelfrost nach sich.

ALLTÄGLICHER TERROR

Nach dem Aufstehen um sechs Uhr folgten tägliche gynäkologische Untersuchungen. Im Behandlungszeitraum von vier bis sechs Wochen wurde jede Frau täglich untersucht und musste insgesamt 30 negative Abstriche vorweisen, bevor sie entlassen wurde. Nach dem Frühstück um 8 Uhr waren die

Frauen zur „Arbeitstherapie“ verpflichtet. Diese bestand im Putzen der Station bzw. der Poliklinik Mitte. Darüber hinaus gab es kleinere Hilfstätigkeiten für die Schwestern [3]. Um 12 Uhr muss-



Verordnung zur Verhütung und Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten (1961).

ten sich die Frauen um die Essensverteilung kümmern. Auch am Nachmittag mussten die Zwangseingewiesenen arbeiten. Um 19 Uhr gab es Abendbrot und um 21 Uhr war Einschluss [3]. Der Terror auf der Station war das Ergebnis der Isolation und des stark hierarchisierten internen Gefüges. An der Spitze der Hierarchie stand der Leiter der Station, der als tyrannisch und unpersönlich beschrieben wurde. Die Frauen behandelte er entindividualisierend und entwertend. Konsequenz setzte er die Hausordnung um und führte Disziplinarmaßnahmen durch [3]. Auch das medizinisch-pflegerische Personal nahm eine dominante Position ein. Die Stubenältesten kooperierten mit dem medizinisch-pflegerischen Personal. Sie unterstützten das Personal bei den (medizinischen) Behandlungen oder überwachten Strafen, um so eigene Vorteile zu erlangen. So wurde die selbst erlebte Gewalt unmittelbar an andere weitergegeben. Bei der medizinischen Versor-

gung wurden den Insassen absichtlich Schmerzen zugefügt. Gleichzeitig wurden sie durch ein System von Belohnungen (z. B. Zuteilung von Zigaretten) und Bestrafungen (Nachtruhe auf dem Hocker) gefügig gemacht. Widerstand ist kaum überliefert.

DDR-WEITER VERGLEICH DER STATIONEN

Die geschlossenen Venerologischen Stationen wurden durch das Ministerium für Staatssicherheit überwacht und durch das Ministerium für Gesundheitswesen kontrolliert und koordiniert. In der Folge kam es zu einer Vielzahl von Gemeinsamkeiten zwischen den Stationen, sowohl hinsichtlich Aufbau als auch Funktion. Die Stationen zählten bis zu 30 Betten, ihre Fenster waren vergittert und die Türen verschlossen. Neben der Isolation sollten die Zwangseingewiesenen diszipliniert und erzogen werden. Wie in Halle (Saale) wurden auch in Berlin, Berlin-Buch, Dresden und Leipzig-Thonberg 12- bis 75-jährige Frauen aus allen sozialen Gruppierungen in der gleichen Art und Form zwangseingewiesen [3]. Gemeinsamkeiten bestanden in der Prozedur der Aufnahme und in der entindividualisierenden Behandlung der Zwangseingewiesenen. Dies gilt vor allem für die medizinischen Eingriffe, die ohne Aufklärung und Einwilligung der Zwangseingewiesenen erfolgten [3]. In den meisten Stationen war der Tagesablauf durch eine Hausordnung streng geregelt, auch die interne Hierarchie, die einen „Terror im Terror“ ermöglichte, herrschte überall vor. Entsprechend beschreiben die ehemals zwangseingewiesenen Frauen die gleichen Spätfolgen und sind von den gleichen traumatischen Ereignissen bis heute geprägt. Es gab aber auch Unterschiede: Während in Halle (Saale) dauerhaft eine Pflicht zur Arbeit bestand, mussten die Zwangseingewiesenen in den 1970er-Jahren in Leipzig-Thonberg nicht mehr arbeiten [3]. Seit dieser Zeit wur-

den die Zwangseingewiesenen vor allem weggesperrt. In Berlin, Berlin-Buch und Dresden hatten die Frauen keine Beschäftigung, sondern wurden ausschließlich ausgrenzend verwahrt [3].

TRAUMATISIERUNGEN UND TRANSGENERATIONALE WEITERGABE

Der Aufenthalt in den Stationen hatte unmittelbare Folgen und dann auch Spätfolgen in Form schwerer Traumatisierungen. So wurden im Rahmen gynäkologischer Untersuchungen teilweise frühkindliche Erfahrungen sexualisierter Gewalt reaktualisiert. Aber auch Frauen, die während der Kindheit keine sexualisierte Gewalt erfahren hatten, beschreiben die täglichen Eingriffe in ihre körperliche Integrität als schockierend und traumatisierend. Viele Frauen erlebten die plötzliche Zwangseingewiesung als einschneidend. Die hieraus resultierenden Spätfolgen sind Angst vor gynäkologischen Untersuchungen und Ärzten. Des Weiteren sind chronische Beschwerden bekannt: Schlafstörungen, sexuelle Inappetenz und Inkontinenz. Vielen Zwangseingewiesenen fiel im späteren Leben die Bindung zu einem Partner schwer. Sie versuchten Beziehungen aufzubauen und gründeten schnell eine eigene Familie, die aber schon bald wieder zerbrach. Durch häufige und rasche Partnerwechsel wollten sie ein neues Zuhause finden. Interaktionelle Defizite kennzeichneten nicht nur die Partnerschaften, sondern auch

die Mutter-Kind-Bindung. Viele Frauen waren alleinerziehende Mütter. Wurden sie zwangseingewiesen, kamen die Kinder häufig in Heime. In einigen Fällen wurden Kinder auch zur Adoption freigegeben. Vor diesem Hintergrund konnten Mutter-Kind-Beziehungen nur schwer aufgebaut werden, und es kam zur transgenerationalen Weitergabe von emotionaler Vernachlässigung. Viele Fürsorgeeinrichtungen und Adoptiveltern verschwiegen den Kindern den Aufenthaltsort ihrer Mütter. Auch die zwangseingewiesenen Mütter schwiegen nach ihrer Entlassung und sagten den Kindern nicht, wo sie waren. Somit waren die Kinder häufig direkt oder indirekt von den Traumatisierungen betroffen. Sie entwickelten ein Misstrauen gegenüber den Biographien der Mütter oder lösten sich im Erwachsenenalter vollständig von ihren Müttern; in der Folge sind Suchterkrankungen oder Partnerschaftsprobleme zu beschreiben.

AUSBLICK

In den geschlossenen Venerologischen Stationen wurden Mädchen und Frauen durch eine politisierte Medizin traumatisiert. Diese Medizin wurde von Akteuren betrieben, die das politische System durch ihre Normen prägten, welche sie bei ihrem täglichen Handeln anwendeten. Die dort durchgeführten Maßnahmen verfolgten primär das Ziel, zu „sozialistischen Persönlichkeiten“ zu erziehen. Dieses auf Terror aufbauen-

de Disziplinarsystem hatte gravierende Folgen für die Zwangseingewiesenen und führte zu schweren Traumatisierungen. Therapeutische Behandlungen sind bei vielen Frauen mit komplexen Traumafolgestörungen dringend geboten. Zuerst ist das Unrecht anzuerkennen, dann ist die politische Dimension der Rehabilitation anzugehen. Angestrebt wird schließlich die Integration der wissenschaftlichen Aufarbeitung in die transdisziplinäre Traumaforschung.

PROF. DR. PHIL. FLORIAN STEGER

*Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin in Halle (Saale)
Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg*

DR. RER. POL.

MAXIMILIAN SCHOCHOW

*Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin in Halle (Saale)
Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg*

LITERATUR

1. Trabisch-Lütge S, Bomberg K-H (Hrsg) (2015) *Verborgene Wunden. Spätfolgen politischer Traumatisierung in der DDR und ihre transgenerationale Weitergabe*. Psychosozialverlag, Gießen
2. Elste G, Krell L (1970) *Zur Bedeutung der Verhütungs- und Bekämpfungsmaßnahmen von Geschlechtskrankheiten in der DDR bei „uneinsichtigen Gefährdeten und Kranken“*. *Dermatologische Monatsschrift* 156:932–938
3. Steger F, Schochow S (2016) *Traumatisierung durch politisierte Medizin. Geschlossene Venerologische Stationen in der DDR*. *Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin*
4. BArch Best. DQ 1. Nr. 4228, unpag. *Hausordnung. Für die Patientinnen der geschlossenen Geschlechtskranken Frauenstation im Stadtkrankenhaus Mitte Halle (S) Kleine Klausurstr. 16, Halle (Saale), den 23. April 1963*
5. Münx G, Bruns H, Rudolf G (1979) *Venerische Erkrankungen und ihre Prophylaxe in der Stadt Halle*. In: Magyar K (Hrsg) *Prophylaxe im industriellen Ballungsgebiet Halle. Beitrag des kommunalen Gesundheitswesens der Stadt Halle und der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg zum 30. Jahrestag der Gründung der Deutschen Demokratischen Republik*. Halle (Saale), S 69–72
6. Gertler W (1973) *Systematische Dermatologie und Grenzgebiete*. 3 Bände. Thieme VEB Leipzig

NEU ERSCHIENEN



Traumatisierung durch politisierte Medizin. Geschlossene Venerologische Stationen in der DDR.

Von Florian Steger und Maximilian Schochow
Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin,
2016, 243 Seiten

ENGAGEMENT FÜR DEN NACHWUCHS

Die Junge Akademie der DGPPN steht für eine fortschrittliche Aus-, Fort- und Weiterbildung und fördert den Wissensaustausch unter jungen Psychiaterinnen und Psychiatern.

- Breites fachliches Spektrum
- Mentoringprogramm
- Starterpaket für Medizinstudierende
- Forschungspreise
- Kongressstipendien
- Summer Schools
- Forschungsworkshops

Interessiert?

Dann sprechen Sie uns an.

Alle Informationen zur Jungen Akademie finden Sie auf www.dgppn.de > Junge Akademie

DGPPN-Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin
Tel: 030.2404 772-30

Mit einem spannenden
Nachwuchsprogramm
auf dem DGPPN Kongress

DGPPN KONGRESS 2016

23.–26.11.2016 | CITYCUBE BERLIN

Melden Sie sich jetzt für den DGPPN Kongress 2016 an und profitieren Sie vom Frühbucherrabatt.

www.dgppn.de



DGPPN

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGPPN-Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 27 B
10117 Berlin
TEL 030.2404 772-0
FAX 030.2404 772-29
sekretariat@dgppn.de

WWW.DGPPN.DE

