

PSYCHE IM FOKUS

DAS MAGAZIN DER DGPPN



Stress in der Großstadt

Mad or bad:
Stigmatisierung
psychisch Kranker

→ Seite 12

Von Angststörung bis
Zwangserkrankung:
DGPPN Kongress 2015

→ Seite 22

Wie antike Konzepte
der Psyche heute noch
wirken

→ Seite 34

DIE THEMEN DIESER AUSGABE



8

STRESS IN DER GROSSSTADT

16

UNTER VIER AUGEN
 DGPPN-VORSTANDSMITGLIED
 ANDREAS HEINZ IM GESPRÄCH
 MIT SOZIALPSYCHIATER
 VOLKMAR ADERHOLD



22

**DGPPN KONGRESS 2015:
 VON ANGSTSTÖRUNG BIS
 ZWANGSERKRANKUNG**



34

**VORMODERNE KONZEPTE
 DER PSYCHE**

EDITORIAL

GESUNDHEITSPOLITIK

Teilhabe und Inklusion	2
Psychotherapeutische Versorgung	4
Psychische Traumata in der Bevölkerung	5
Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz	6
Geschlechterspezifische Gesundheit	7

PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT

Machen Städte unsere Psyche krank?	8
Wahn und Wirklichkeit	12

UNTER VIER AUGEN

DGPPN-Vorstandsmitglied Andreas Heinz im Gespräch mit Sozialpsychiater Volkmar Aderhold	16
---	----

DGPPN KONGRESS

Highlights aus dem Programm	22
-----------------------------	----

ZUKUNFT

Den Nachwuchs im Blick	27
------------------------	----

INSIDE DGPPN

Task-Forces der DGPPN	28
Referate aktuell:	
Teilhabe durch Rehabilitation	30

PSYCHE IN MEDIEN

Filmbesprechung:	
Still Alice – ein Leben ohne gestern	31

WISSENSCHAFT

Aktuelle Erkenntnisse aus der Forschung	32
---	----

VON GESTERN FÜR HEUTE

Vormoderne Konzepte der Psyche	34
--------------------------------	----

PSYCHIATRIE UND PHILOSOPHIE

Moralfähigkeit: Amoralität und Psychopathologie	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

9100 Exemplare

ERSCHEINUNGSDATUM

Juli 2015

LAYOUT UND SATZ

Timm Knoerr

SCHLUSSKORREKTUR

Heidefrey Lektorat I Berlin

DRUCK

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

ABBILDUNGEN

ANDREAS FÖRG: S. 11; BAYERISCHES ÄRZTEORCHESTER: S. 26 links unten (Christoph Eichler); BPK IMAGES: S. 36 (RMN – Grand Palais); BSM Studio: S. 31; CLAUDIA BURGER: S. 15, 16–21, 24; COR-BIS: Inhaltsv. Mitte, S. 22/23 (Stefan Kunert/Westend61); FOTOLIA: Titelseite, Inhaltsv. oben, S. 9 (Christian Müller), S. 26 rechts oben (vasakna), letzte Umschlagseite (jiSign); ISTOCK: S. 2 (Filippo-Bacci), S. 4 (Courtney Keating), S. 25 (DIMUSE), S. 26 links oben (kasto80), S. 32 (MarchenkoYevhen); PHOTOCASE: S. 13 (DavidQ); PICTURE ALLIANCE: S. 5 (ZB), S. 6 (blickwinkel/McPHOTOS), S. 35 (akg-images); SHUTTERSTOCK: S. 41 (Edward Westmacott); THINKSTOCK: S. 7 (iStock/SbytovaMN), S. 27 (Photodisc/Michael Blann), S. 29 (iStock/wrangel), S. 30 (iStock/Les Cunliffe), S. 39 (iStock/JordiDelgado); VISITBERLIN: S. 26 rechts unten (Philip Koschel)

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

Das Leben in großen Städten kann so bereichernd sein – überall Inspiration, jederzeit Abwechslung, dazu kulturelle und gesellschaftliche Vielfalt. Doch der Alltag in der Großstadt kann sich auch negativ auf die psychische Gesundheit auswirken. Neueste Studien zeigen, dass Depressionen oder Angststörungen in Städten deutlich häufiger vorkommen als auf dem Land. Wann und wie das Stadtleben krank macht, darüber berichten in dieser Ausgabe von *Psyche im Fokus* renommierte Forscherteams. → [Seite 8](#)

Bei der Therapie von psychischen Erkrankungen bilden Medikamente neben Psychotherapie und psychosozialen Interventionen einen wichtigen Baustein im Gesamtbehandlungsplan. Doch Psychopharmaka sind umstritten, viele Menschen begegnen ihnen mit großer Skepsis – oft ohne die Wirkweise aus eigener Erfahrung zu kennen. Woher rührt diese Ablehnung und was bedeutet der Widerstreit zwischen Nutzen und Risiken von Psychopharmaka für die Versorgung? DGPPN-Vorstandsmitglied Professor Andreas Heinz und der Sozialpsychiater Dr. Volkmar Aderhold haben für *Psyche im Fokus* über die Folgen der gesellschaftlichen Diskussion für die Versorgung diskutiert. → [Seite 16](#)

In der ersten Jahreshälfte waren wir mit Taten konfrontiert, die unser aller Fassungsvermögen gesprengt haben. Nach dem Terrorakt in Paris und dem Absturz der Germanwings-Maschine gerieten psychisch erkrankte Menschen unter Generalverdacht. Denn solche Taten können – so denken viele – nur die Tat von Geisteskranken sein. Dass dies nicht stimmt und für ein fatales Bild von psychisch Kranken steht, darüber berichtet die Wissenschaftsjournalistin Christina Berndt. → [Seite 12](#)

Wie aber ist es möglich, dass vernunftbegabte Menschen zu solchen Taten in der Lage sind? Diese Frage ist Gegenstand philosophischer Debatten zur Grundlage der menschlichen Moralität, in der die psychiatrische Kategorie der Psychopathie eine große Rolle spielt. Der Philosoph Professor Thomas Schramme zeigt in seinem Artikel, dass in der Auseinandersetzung um die eingeschränkte Moralfähigkeit sowohl die psychiatrische als auch die philosophische Perspektive von einer intensiven Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen profitieren kann. → [Seite 38](#)

Unser heutiges Verständnis der Psyche geht auf Konzepte zurück, die aus der Antike stammen. Der Medizinhistoriker Dr. Axel Karenberg begab sich für *Psyche im Fokus* auf Spurensuche und untersuchte, wie sich diese vormodernen Konzepte im Laufe der Psychiatriehistorie entwickelt haben. → [Seite 34](#)

Viel Freude bei der Lektüre dieser und vieler anderer interessanter Beiträge in *Psyche im Fokus* wünscht Ihnen Ihre

Iris Hauth

Dr. med. Iris Hauth
Präsidentin DGPPN



UN-BEHINDERTENRECHTSKONVENTION

TEILHABE UND INKLUSION

Die Bundesregierung hat sich zum Ziel gemacht, im Zuge der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention die Eingliederungshilfe aus dem Fürsorgesystem in ein modernes Teilhaberecht zu überführen. Dies soll in einem Bundesteilhabegesetz umgesetzt werden. Nach dem Grundsatz „Nichts über uns – ohne uns“ wurden Menschen mit Behinderung von Anfang an am Gesetzgebungsprozess beteiligt. In einer Stellungnahme weist die DGPPN auf die aus ihrer Sicht wichtigsten Punkte hin.

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) fordert, allen Menschen die uneingeschränkte Teilnahme an allen Aktivitäten möglich zu machen. Das gemeinsame Leben aller Menschen – mit und ohne Behinderungen – ist Ziel einer inklusiven Gesellschaft. Was diese gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft beinhaltet, formuliert die UN-BRK in verschiedenen Artikeln aus.

TEILHABE AN ALLEN BEREICHEN DER GESELLSCHAFT

So definiert Artikel 19 das Recht aller Menschen mit Behinderungen mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, mit wem sie leben. Deshalb sollten in dem künftigen Bundesteilhabegesetz Leistungen für die Gestaltung inklusiver Sozialräume geregelt werden.

Artikel 26 der UN-BRK verpflichtet die Vertragsstaaten dazu, umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme zu stärken und zu erweitern und zwar so, dass Menschen mit Behinderungen in allen Aspekten in die Gemeinschaft einbezogen werden und dass Teilhabe in einem höchstmöglichen Maße so gemeindenah wie möglich realisiert wird. Gleichberechtigte Teilhabe und Inklusion für Menschen mit psychischen Behinderungen kann aber nur gelingen, wenn die in Deutschland stark zergliederten psychiatrischen und psychotherapeutischen Hilfe- und Finanzie-



Das gemeinsame Leben aller Menschen – mit und ohne Behinderungen – ist Ziel einer inklusiven Gesellschaft.

rungssysteme an die individuellen und komplexen Bedürfnisse der Betroffenen angepasst werden. Die Zergliederung begünstigt in erheblichem Maße Brüche in der Behandlungs- und Rehabilitationskette, führt zur Bedarfsunterdeckung bei Betroffenen und verstetigt die Fehlallokation knapper Finanzmittel. Gerade psychisch kranke Menschen sind besonders vulnerabel hinsichtlich dieser Brüche im Unterstützungssystem.

Artikel 3e behandelt in Verbindung mit Artikel 9 Abs. 2a den Zugang zu Angeboten und Diensten als wesentlichen Grundsatz. Dies ist für die Gruppe der Menschen mit seelischen Behinderungen von besonderer Bedeutung. Psychiatrisch-psychosoziale Unterstützungsleistungen zur Teilhabe müssen niedrigschwellig, leicht zugänglich sowie an sieben Tagen die Woche rund um die Uhr verfügbar sein.

Berufliche Teilhabe ist wesentlich für psychische Gesundheit und deshalb für gesellschaftliche Teilhabe insgesamt. Vor diesem Hintergrund sind Artikel 26 (Zugang zur beruflichen Rehabilitation) und 27 (Zugang zu Beschäftigung) der UN-BRK richtungweisend für die zukünftige Sicherstellung eines inklusiven Arbeitsmarktes.

DIE FORDERUNGEN DER DGPPN ZUM BUNDESTEILHABEGESETZ

Die mit dem Bundesteilhabegesetz verfolgten Ziele zur Umsetzung der von der UN-BRK geforderten inklusiven Gesellschaft sind zentrale Anliegen der DGPPN im Bemühen um Teilhabe psychisch erkrankter Menschen an der sozialen Gemeinschaft. Darunter fallen: die Unterstützung der Selbstbestimmung und individuellen Lebensplanung, die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe in ein modernes Teilhaberecht und die Verbesserung der Koordinierung der Rehabilitationsträger mit der Weiterentwicklung des Neunten Buchs Sozialgesetzbuch. Die Fachgesellschaft fordert insbesondere einen inklusiven Arbeitsmarkt, der Menschen mit psychischen Behinderungen die größtmögliche berufliche Teilhabe mit den im jeweiligen Einzelfall individuell notwendigen Hilfen in dem erforderlichen zeitlichen Maße gewährt – bei chronisch psychisch Kranken auch ohne Befristung.

Die DGPPN fordert im Einzelnen:

- Gestaltung inklusiver Sozialräume mit besonderer Förderung von multiprofessionellen teambasierten und gemeindepsychiatrisch tätigen Teams
- Soziale Teilhabe als gleichrangige Rehabilitationsleistung und finanziert außerhalb der „Sozialhilfe“ – optimal im Sinne der sozialen Teilhabeförderung in einem neugestalteten Neunten Buch Sozialgesetzbuch
- Einführung und flächendeckende Etablierung eines Budgets für Arbeit, welches das Wunsch- und Wahlrecht der Inanspruchnehmenden berücksichtigt
- Optimierte und bundesweit einheitliche Gesamtplanung und -koordinierung aller am Teilhabeprozess beteiligten Leistungssysteme und -träger
- Förderung von integrativen, sektoren- sowie settingübergreifenden Unterstützungs-, Behandlungs- und Rehabilitationsangeboten als Teil eines psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungskontinuums

AKTIONSPLAN DER DGPPN

Die UN-Behindertenrechtskonvention richtet sich an alle staatlichen Stellen und verpflichtet sie zur Umsetzung. Die Bundesregierung hat deshalb einen Maßnahmenkatalog erstellt, in dem zwölf konkrete Handlungsfelder identifiziert und Länder und Kommunen, aber auch Leistungserbringer, Leistungsträger, Verbände, Unternehmen, Stiftungen, Vereine und weitere Akteure der Zivilgesellschaft aufgerufen sind, sich an der praktischen Umsetzung der UN-BRK zu beteiligen. Der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD-Ausschuss) hat im Frühjahr 2015 die Umsetzung der UN-BRK in Deutschland geprüft und Mitte April seine abschließenden Bemerkungen (Concluding Observations) zur Staatenprüfung vorgelegt. Darin wird deutlich, dass trotz einiger Fortschritte noch viele Anstrengungen nötig sind, bevor sich Deutschland eine inklusive Gesellschaft nennen kann. Die DGPPN arbeitet deshalb an einem Aktionsplan, der dazu beitragen soll, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen die durch ihre Krankheit erfahrenen Behinderungen im gesellschaftlichen Leben überwinden können. Mögliche Handlungsfelder dabei sind u. a. berufliche Rehabilitation und soziale Teilhabe, Unterstützung bei der Wahrnehmung von Selbstbestimmungsrechten, Einhaltung menschenrechtlicher Normen, Reform des Wahlrechts und Bewusstseinsbildung (Anti-Stigma-Arbeit).

NICHTS ÜBER UNS – OHNE UNS: DGPPN RICHTET BEIRAT AUS BETROFFENEN UND ANGEHÖRIGEN EIN

Die DGPPN setzt sich dafür ein, dass psychisch erkrankte Menschen unbehelligt von Vorurteilen an allen gesellschaftlichen Bereichen teilhaben können und die notwendigen Zuwendungen erhalten. Deshalb steht sie in engem Kontakt mit Betroffenen- und Angehörigenverbänden: 2004 hat die

DGPPN das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit mitinitiiert, dialogische Formate sind fester Bestandteil der Jahreskongresse sowie von Schwerpunktveranstaltungen. Diesen Austausch möchte die neue Präsidentin der DGPPN Dr. Iris Hauth nun intensivieren und die Zusammenarbeit auf eine regelmäßige

Basis stellen: Als festes Gremium bei der DGPPN wird ein Beirat von Betroffenen und Angehörigen ins Leben gerufen. Er soll die Arbeit des Vorstandes beratend begleiten und um die Perspektive von Betroffenen und Angehörigen erweitern.

VERSORGUNG

PSYCHOTHERAPIE AM BEDARF DER PATIENTEN AUSRICHTEN

Psychotherapie ist ein unverzichtbarer Bestandteil der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Doch trotz rund 20.000 ambulanter ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten bleiben in Deutschland bestimmte Patientengruppen weitgehend von der Therapie ausgeschlossen. Hinzu kommen große regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit von Psychotherapie. Auf ihrem Hauptstadtsymposium forderte die DGPPN deshalb Mitte Mai in Berlin eine Neustrukturierung der psychotherapeutischen Versorgung.

Dank Fortschritten in der neurobiologischen Forschung lassen sich die Effekte von Psychotherapie heute eindrücklich belegen. So zeigen aktuelle Studien auf, dass etwa Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung dank gezielter psychotherapeutischer Verfahren besser in der Lage sind, die für die Erkrankung typischen erhöhten limbischen Aktivitäten zu regulieren. Dies ist nur ein Beispiel von vielen: Die evidenzbasierten Behandlungsleitlinien empfehlen Psychotherapie neben Psychopharmakotherapie und psychosozialen Therapien als notwendigen Therapiebestandteil bei einer Vielzahl psychischer Erkrankungen. Dazu gehören neben Persönlichkeitsstörungen beispielsweise Depressionen, Angst- oder auch Suchterkrankungen – und mit neuen psychotherapeutischen Ansätzen auch Schizophrenien und bipolare Erkrankungen.

DEFIZITE IN DER VERSORGUNG

Doch die derzeitige psychotherapeutische Versorgungsstruktur wird den unterschiedlichen Patientengruppen in Deutschland nicht gerecht. So bleiben insbesondere Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung, Psychose oder Suchterkrankung häufig unterversorgt, weil das starre Gerüst der Richtlinienpsychotherapie nicht den Bedürfnissen ihrer Erkrankung entspricht.

Anlässlich ihres 20. Hauptstadtsymposiums forderte die DGPPN deshalb eine Neustrukturierung der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland: Die Psychotherapie muss sich dringend am Patientenbedarf orientieren und sich fle-



In der Verfügbarkeit von Psychotherapie gibt es in Deutschland große regionale Unterschiede.

xibel an der Schwere, Akuität und Chronizität der Erkrankung ausrichten, insbesondere was Inhalt, Dosis und Dauer angeht. Aus Sicht der Fachgesellschaft ist dies mit der aktuell geltenden Psychotherapierichtlinie noch nicht ausreichend der Fall. So benötigen insbesondere psychisch schwer kranke Patienten die Möglichkeit kürzerer psychotherapeutischer Interventionen. Darüber hinaus müssen sowohl kurzzeitige intensive Behandlungen in Krisen als auch eine jahrelange niederfrequente psychotherapeutische Unterstützung zur Stabilisierung des Erreichten möglich sein.

VERSORGUNGSSTÄRKUNGSGESETZ GEHT IN DIE RICHTIGE RICHTUNG

Mit der Überarbeitung der Psychotherapierichtlinie, wie sie das neue Versorgungsstärkungsgesetz vorsieht, können nun die Weichen richtig gestellt wer-

den. Doch die Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung lässt sich nur im Rahmen eines umfassenderen, strukturierten, sektorenübergreifenden Gesamtkonzepts erzielen, das den Patienten in den Mittelpunkt stellt. Die DGPPN forderte die Selbstverwaltung auf, die notwendigen Reformen unter Einbeziehung der an der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung beteiligten Berufsgruppen, der Kostenträger sowie der Betroffenen und Angehörigen rasch umzusetzen.

Das DGPPN-Hauptstadtsymposium zählte über 80 Teilnehmer. Zum Abschluss der Veranstaltung fand eine Podiumsdiskussion zur Zukunft der psychotherapeutischen Versorgung mit Vertretern aus Politik, Selbstverwaltung, der ambulanten und stationären Versorgung sowie Vertretern psychotherapeutischer Verbände statt.

PSYCHISCHE TRAUMATA

FLÜCHTLINGE UND ASYLSUCHEnde SIND OFT UNTERBEHANDELT

Mehr als die Hälfte aller Menschen sind im Laufe ihres Lebens mindestens einmal mit einem traumatischen Ereignis konfrontiert. In vielen Fällen sind schwere psychische Erkrankungen die Folge. Doch trotz außerordentlich wirksamer Behandlungsmöglichkeiten werden Betroffene in Deutschland heute noch nicht ausreichend versorgt.

Lebensbedrohliche Unfälle, Missbrauch, Gewalterfahrungen oder Kriegserlebnisse können Menschen erschüttern und schwerwiegende Auswirkungen auf ihr Leben haben. In vielen Fällen sind gravierende psychische und körperliche Symptome die Folge. Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) treten dabei besonders häufig auf. In Deutschland sind innerhalb eines Jahres rund 1,5 Millionen Erwachsene betroffen. Frauen erkranken dabei häufiger als Männer, ältere Menschen tendenziell eher als jüngere.

ZEHNFACH HÖHERE RATEN BEI FLÜCHTLINGEN

Besonders gefährdet sind Menschen, die immer wieder Grenzsituationen ausgesetzt sind: Angehörige der Polizei, Feuerwehr und des Technischen Hilfswerks oder Soldaten der Bundeswehr. Zu den vulnerablen Bevölkerungsgruppen gehören auch Flüchtlinge und Asylsuchende, die sich bei ihrer Ankunft in Deutschland oftmals in einem schlechten gesundheitlichen Zustand befinden. Rund 40 % haben mehrfach traumatisierende Erfahrungen gemacht. Die Rate für PTBS ist bei dieser Personengruppe im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das Zehnfache erhöht.

Wie kann den Betroffenen geholfen werden? Mitte März informierte die DGPPN im Rahmen eines Hauptstadtsymposiums über den aktuellen Stand der evidenzbasierten Therapie und Diagnose von posttraumatischen Störungen. Dabei waren sich die Experten einig, dass das Mittel der Wahl Psychotherapie ist, vor allem wenn eine

gründliche Aufklärung über das Krankheitsbild und das Erlernen von Entspannungstechniken zur emotionalen Regulation mit der sogenannten Traumakonfrontation bzw. -exposition damit einhergehen. Über 100 Teilnehmer nahmen am Symposium teil, darunter Vertreter aus Politik, Verwaltung und Versorgung.

DGPPN MAHNT UNTERVERSORGUNG AN

Werden Traumafolgestörungen nicht frühzeitig behandelt, besteht die Gefahr einer Chronifizierung. Gleichzeitig können weitere psychische Erkrankungen wie Angststörungen, Depressionen oder Suchterkrankungen auftreten. Doch die Versorgungsstrukturen in Deutschland sind nicht ausreichend darauf ausgerichtet. Zwar können sich die Betroffenen in einigen Regionen an sogenannte Traumaambulanzen wenden, wo sie rasch und unkompliziert Hilfe erhalten. Vielerorts müssen sie hingegen lange auf einen Termin beim Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder beim ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapeuten warten. Besonders prekär ist aus Sicht der DGPPN die Situation für Flüchtlinge und Asylsuchende, die zusätzlich mit sprachlichen, kulturellen und administrativen Hürden zu kämpfen haben.

Die Fachgesellschaft forderte deshalb Gesundheitspolitik und Selbstverwaltung auf, rasch die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Traumafolgestörungen überall in Deutschland leitliniengerecht behandelt werden können. Unverzichtbar sind dabei sektorenübergreifende und strukturierte Versor-



Bei Flüchtlingen ist die Rate für Posttraumatische Belastungsstörungen um das Zehnfache erhöht.

gungsansätze. Mit der Akutsprechstunde für psychische Erkrankungen hat die DGPPN bereits ein Konzept ausgearbeitet, das die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und ärztlichen bzw. psychologischen Psychotherapeuten entscheidend verbessern könnte. Bei der Behandlung von Flüchtlingen und Asylsuchenden müssen interkulturelle Kompetenztrainings für Behandler Teams und Gutachter zum Standard werden. In Bezug auf besonders gefährdete Berufsgruppen ist verstärkt auf präventive Maßnahmen zu setzen.

PSYCHOSOZIALE RISIKOFAKTOREN

ARBEIT DARF NICHT KRANK MACHEN

In Deutschland stehen viele Arbeitnehmer unter großem Stress. Laut aktuellen Umfragen erreichen 18% der Vollzeitbeschäftigten oft die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit. Um ihr Pensum zu schaffen, verzichten 23% auf Pausen, jeder Achte erscheint krank im Unternehmen. Knapp ein Viertel der Befragten legt ein Tempo vor, das sie langfristig selbst nicht durchzuhalten glauben.

Aus Sicht der DGPPN sind diese Daten besorgniserregend: Zeit- und Leistungsdruck, Arbeitsverdichtung und Überforderung sind zentrale Risikofaktoren für das Entstehen eines Erschöpfungssyndroms, welches schwere psychische Erkrankungen wie Depressionen, Angst- oder Suchterkrankungen zur Folge haben kann. Dabei ist die Aufmerksamkeit im medizinischen Versorgungssystem für arbeitsbedingte psy-

KEIN GRUND ZU ENTWARNUNG

Trotz dieser günstigen Entwicklung sieht die DGPPN weiterhin Handlungsbedarf: Mit 40 Millionen Arbeitsunfähigkeitstagen stehen psychische Erkrankungen insgesamt auf Platz zwei der Krankschreibungen. Allein die Ausfalltage aufgrund von depressiven Störungen haben sich in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt. Anlässlich

wendigen störungsspezifischen Therapie zu beginnen, um Chronifizierung zu vermeiden und die Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Besonders gefährdet sind Beschäftigte, die nach einer längeren Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer psychischen Erkrankung wieder in ihr Arbeitsumfeld zurückkehren. Hier können schon geringfügige Belastungen eine neue Krankheitsepisode auslösen. Die DGPPN setzt sich deshalb dafür ein, dass an der Schnittstelle zwischen der ambulanten medizinischen Versorgung und den Betriebsärzten weiter nachgebessert wird. Nach Möglichkeit sollte ein sach- und betriebskundiger Arzt die Wiedereingliederung begleiten.



Besorgniserregende Entwicklung: In Deutschland erreichen 18% der Vollzeitbeschäftigten oft die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit.

chische Gesundheitsprobleme insgesamt gewachsen. Erschöpfungssyndrome und auch leichte Depressionen werden heute viel früher erkannt, Präventionsmaßnahmen und therapeutische Interventionen früher eingeleitet. Die günstige Entwicklung spiegelt sich bereits in den neuesten Daten zu den Krankschreibungen wider: 2014 sind die Fälle mit Burnout-Diagnose erstmals seit zehn Jahren nicht gestiegen.

des Welttages für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz am 28.4.2015 forderte die Fachgesellschaft deshalb, das betriebliche Gesundheitsmanagement noch stärker in den Fokus von Politik, Arbeitgebern und auch Beschäftigten zu rücken.

Psychisch überlastete Erwerbstätige erhalten oft zu spät Beratung oder professionelle Hilfe. Dabei ist es entscheidend, möglichst frühzeitig mit der not-

BETROFFENE NICHT STIGMATISIEREN

Menschen mit psychischen Erkrankungen brauchen aber vor allem auch die Wertschätzung ihrer Kollegen in den Betrieben. Nach Schätzungen des Bundesgesundheits surveys wurde in Deutschland bei 38% der Vollzeitbeschäftigten aktuell oder früher eine psychische Erkrankung diagnostiziert. Die DGPPN mahnt deshalb an, betroffene Arbeitnehmer vor dem Verdacht zu schützen, sie seien für die Gesellschaft eine Belastung oder Gefahr. Das absolute Gegenteil ist der Fall: In gesunden Tagen zeichnen sich Menschen mit psychischen Erkrankungen in besonderem Maße mit Leistungsorientierung, Umsicht, Gewissenhaftigkeit und Einfühlung für ihre Mitarbeiter und Kollegen aus. Sie verdienen unseren besonderen Respekt und Wertschätzung.

GESCHLECHTERSPEZIFISCHE GESUNDHEIT

DIE MÄNNLICHE PSYCHE LEIDET ANDERS

Psychische Erkrankungen bei Männern werden oft nicht erkannt oder nur unzureichend therapiert. Aus Sicht der DGPPN sind deshalb geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Prävention, Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen bei Männern noch stärker zu beachten.

Psychische Erkrankungen werden bei Männern seltener diagnostiziert als bei Frauen. Nach aktuellen Daten erkranken in Deutschland innerhalb von 12 Monaten knapp 5 % der erwachsenen Männer an einer Depression. Bei Frauen liegt der Wert im gleichen Zeitraum bei über 10 %. Gleichzeitig ist aber bei Männern eine deutlich höhere Rate für Suchterkrankungen sowie für Suizid festzustellen. Diese Daten legen nahe, dass psychische Erkrankungen bei Frauen spezifischer erfasst werden. Untersuchungen konnten nachweisen, dass die psychiatrisch-psychotherapeutische Diagnostik depressive Symptome bei Männern schlechter erfasst. Die erfragten depressiven Symptome wie Niedergeschlagenheit, Grübeln, Antriebslosigkeit und Rückzugstendenzen gelten als eher weiblich. Männer hingegen versuchen immer noch ihre seelischen Probleme zu verstecken und schildern häufiger körperliche Symptome.

UNTERSCHIEDLICHER UMGANG MIT EMOTIONALEM STRESS

Klinische Daten zur sogenannten „Männerdepression“ belegen, dass sich Depressionen bei Männern und Frauen unterschiedlich äußern: Neben den üblichen depressiven Symptomen treten bei Männern häufiger auch Gereiztheit, Irritabilität, Aggressivität, Wut oder antisoziales Verhalten auf, die als „typisch männliche“ Abwehrstrategien interpretiert werden. Depressive Symptome bei Männern können also durch geschlechtstypische Stresssymptome maskiert sein, mit der Folge, dass eine vorliegende Depression nicht diagnostiziert und nicht behandelt wird. Auch



Depressionen äußern sich bei Männern und Frauen unterschiedlich.

die Forschung hat nachgewiesen, dass Männer und Frauen unterschiedlich mit emotionalem Stress und Problemen umgehen. Während Frauen sich eher mit ihren Gefühlen beschäftigen und ins Grübeln verfallen, verdrängen viele Männer Probleme und greifen zur Flasche. Dies ist vermutlich eine der Ursachen für die höhere Prävalenz von Suchterkrankungen bei Männern sowie von Depressionen und Angsterkrankungen bei Frauen. Grundsätzlich ist es jedoch ein Zusammenspiel von zahlreichen biologischen und psychosozialen Einflussfaktoren, welche die geschlechtsspezifischen Unterschiede der psychischen Gesundheit von Männern und Frauen beeinflussen.

PSYCHISCHE GESUNDHEIT VON MÄNNERN THEMATISIEREN

Die Auseinandersetzung mit der psychischen Gesundheit von Männern

muss aus Sicht der DGPPN in der Prävention, Diagnostik und Versorgung noch stärkere Beachtung finden. Das Gesundheitswesen muss sich auf die spezifisch männlichen Aspekte der Psychopathologie und Psychodynamik psychischer Erkrankungen, aber auch auf die geschlechtsbedingten Prävalenzunterschiede psychischer Erkrankungen und der männlichen Besonderheiten in der diagnostischen Zuordnung einstellen. Es gilt, die von Männern präferierten Zugangswege zu Hilfsangeboten und psychotherapeutischen Interventionen wie auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Verstoffwechslung von Psychopharmaka und die damit verbundenen Wirkungsunterschiede zu analysieren und daraus konkrete Handlungsmaßnahmen abzuleiten. Gleichzeitig ist auch ein gesellschaftliches Umdenken gefragt: Die Öffentlichkeit muss sensibilisiert werden, denn die männliche Psyche leidet anders.

STRESSFORSCHUNG

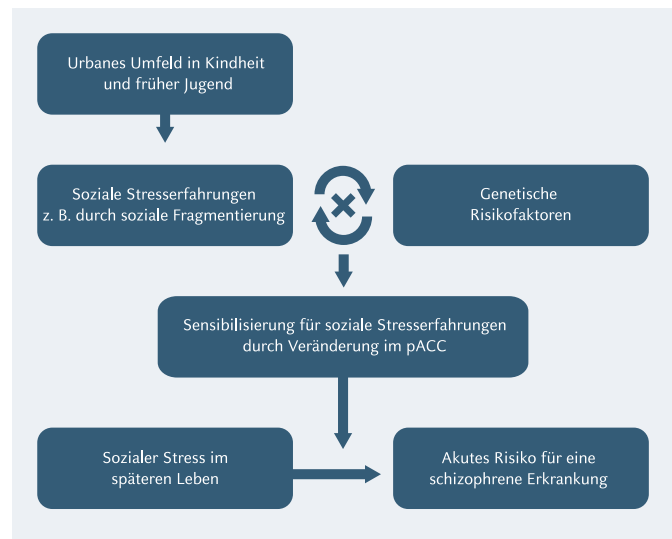
MACHEN STÄDTE UNSERE PSYCHE KRANK?

Tatsächlich kommen Depressionen oder Angststörung in Städten deutlich häufiger vor als auf dem Land. Menschen, die in einer Großstadt geboren wurden, sind noch gefährdeter, ihr Schizophrenierisiko ist mehr als doppelt so hoch. Neben genetischer Disposition spielen auch Umweltfaktoren und soziale Stressoren eine Rolle. Wann und wie das Stadtleben krank macht, zeigen neue Studien.

Autoren: Michael A. Rapp, Andreas Heinz, Andreas Meyer-Lindenberg

Die Migration vom ländlichen in den städtischen Lebensraum stellt eine der größten sozialen Umweltveränderungen der Geschichte dar. Lebten 1950 weltweit noch 30 % der Bevölkerung in einer urbanen Umgebung, wird diese Zahl nach derzeitigen Berechnungen bis 2050 auf mehr als zwei Drittel ansteigen [1]. Während der Prozess der Urbanisierung in westlichen Ländern weitgehend abgeschlossen ist, hält er gerade in Schwellenländern noch ungebrochen an. Das ist verständlich: Städte sind Motoren der wirtschaftlichen und kulturellen Entwicklung, von der Renaissance an wäre die europäische Geschichte ohne Städte undenkbar. Mit der Migration in den urbanen Raum ist in der Regel ein besserer Zugang zu Arbeit, Gesundheitsversorgung, Bildung und Kultur verbunden. Die Urbanisierung geht so mit einer erheblichen Steigerung der Produktivität einher und bringt viele Menschen aus der Armut. Aktuell erleben Megacities in China die rascheste Entwicklung: In die Liste der 600 Städte, die am stärksten zum globalen Bruttonationalprodukt beitragen, werden bis 2015 136 neue Namen hinzukommen, davon 100 allein aus China (13 aus Indien und 8 aus Südamerika) [2]. Auch die Gesundheit von Stadtbewohnern ist in globaler Perspektive besser als die von Landbewohnern [3]. Dieser Umstand kann auf Verbesserung von ökonomischen Faktoren, Bildung und Verfügbarkeit der Gesundheitsversorgung zurückgeführt werden. Man hat insofern vom „Triumph of the city“ (Edward Glaeser) gesprochen.

Stadt Geborenen: Hier finden Studien das Schizophrenierisiko bis verdreifacht. Dieser Stadt-Land-Gradient hinsichtlich der Inzidenz schizophrener Psychosen hat nachhaltiges wissenschaftliches Interesse hervorgerufen. Das Phänomen wurde erstmals in den 1930er Jahren im Großraum Chicago beobachtet. Der Soziologe Robert Faris und der Psychiater Warren H. Dunham [6] beschrieben, dass diejenigen Krankenhäuser, welche die dicht besiedelten Bezirke der Innenstadt versorgten, höhere Aufnahmezeiten von Patienten mit dieser Erkrankung verzeich-



Schematische Darstellung der Interaktion von Umwelt- und genetischen Risikofaktoren über einen gemeinsamen Hirnmechanismus [18]

ERHÖHTE INZIDENZ SEELISCHER ERKRANKUNGEN IN DEN STÄDTEN

Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht stellt sich das Stadtleben jedoch durchaus anders dar. Weltweit sind Depressionen und Angsterkrankungen in Städten um ca. 40 % häufiger [4], schizophrene Psychosen sogar um 130 % (Frauen) bzw. 190 % (Männer) [5]. Noch deutlicher ist der Effekt für die in der

neten als die weiter in der Peripherie oder ländlichen Umgebung gelegenen Häuser. In den 1960er Jahren wurden diese Befunde zunächst in Deutschland für den Großraum Mannheim, später auch von anderen Autoren für Regionen in England und Dänemark repliziert. Eine Dosis-Wirkungs-Relation zwischen



Das Gehirn von Stadtmenschen reagiert deutlich empfindlicher auf negativen Stress als das von Landbewohnern.

Exposition und Erkrankungsrisiko mit Rückgang der Risikoerhöhung, wenn das Individuum den urbanen Raum wieder verlässt, spricht für eine kausale Beziehung. Aufgrund des hohen Prozentsatzes der Bevölkerung, der diesem Umweltrisikofaktor ausgesetzt ist, lässt sich bis zu jede dritte schizophrene Psychose mit dieser Bedingung in Verbindung bringen. Auch konnte die Forschung nachweisen, dass vor allem die ersten 15 Lebensjahre für die Risikoerhöhung von Bedeutung sind – die Umgebung in späteren Lebensabschnitten beeinflusst das Risiko nur noch unwesentlich [7] [8].

BEDEUTUNG SOZIALER STRESSOREN FÜR DAS ERKRANKUNGSRISIKO

Lange Zeit blieb die gefundene Risikoerhöhung ohne empirisch gesicherte Erklärung. Verschiedene Faktoren wurden als mögliche Ursachen diskutiert, beispielsweise vermehrte Exposition gegenüber Lärm und Toxinen oder auch häufigere Infektionen, die die Hirnentwicklung in utero schädigen sollten. Die Mehrzahl der Wissenschaftler postulierte jedoch, dass soziale Faktoren wie Isolation, sozialer Abstieg oder Diskriminierung einen wesentlichen Wirkfaktor darstellen [9]. So erklärten bei Schulkindern soziale Fragmentierung und das Gefühl, sich gegenüber den Altersgenossen fremd und ausgeschlossen zu fühlen, am ehesten den Stadt-Land-Unterschied bei der Inzidenz schizophrener Psychosen [10].

Bei Menschen mit Migrationshintergrund, die gerade in großen Städten häufig vertreten sind, kommen weitere soziale Belastungsfaktoren hinzu. So spielen neben individuellen sozialen

Stressoren wie geringem Einkommen und niedrigem Bildungsgrad auch lokale Effekte eine deutliche Rolle. Eine repräsentative Studie an 478 Bewohnern der Berliner Bezirke Wedding und Tiergarten erfasste neben diesen individuellen Risikofaktoren auf der Ebene lokaler Kieze Faktoren wie der Anteil der Empfänger von Arbeitslosengeld II (ALG II). In Mehrebenenmodellen – einer Analysestrategie, die es erlaubt, individuelle von lokalen Effekten zu trennen – zeigte sich, dass bei einer Zunahme des ALG-II-Empfängeranteils um 10% in einem Kiez die mittels des Allgemeinen Gesundheitsfragebogens gemessene seelische Belastung im Mittel um 8 Punkte anstieg. Dieser Effekt war interessanterweise bei Menschen mit Migrationshintergrund besonders ausgeprägt: Hier kam es im Mittel zu einer zusätzlichen Belastung um weitere fünf Punkte auf dem Allgemeinen Gesundheitsfragebogen [11]. Ein plausibles Erklärungsmodell ist hier eine erhöhte Diskriminierung von Menschen mit Migrationshintergrund in sozial benachteiligten Gegenden.

Somit scheint die urbane Umgebung für Menschen, die unter ungünstigen sozialen Bedingungen aufwachsen, einen Stressor darzustellen, der die Manifestation von Schizophrenie, Depression und Angsterkrankungen fördert.

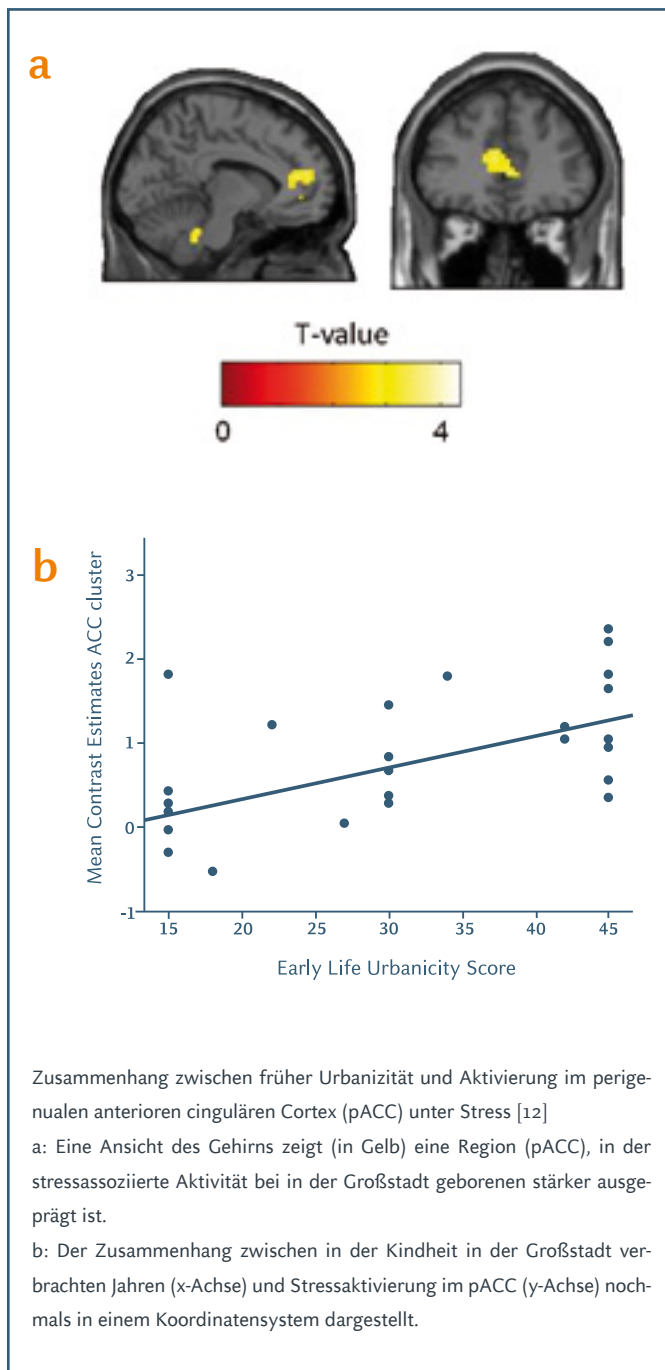
GIBT ES EXPERIMENTELLE HINWEISE FÜR „STRESS IN DER STADT“?

Neuere Ergebnisse der Hirnforschung stützen diese Annahme in der Tat. Es konnte gezeigt werden, dass Menschen, die in Großstädten geboren und aufgewachsen waren, auf einen sozialen Stressor mit einer stärkeren Aktivierung von Hirnregi-

onen reagieren, die bei der Steuerung der stress-responsiven Systeme eine wichtige Rolle spielen. Bei diesen Untersuchungen bestand der soziale Stressor in Aufgaben wie Kopfrechnen, die es unter Zeitdruck und kritischer Beobachtung durch den Versuchsleiter zu erbringen galt. Bei den Hirnregionen, die von Städtern stärker aktiviert wurden, handelt es sich unter anderem um das anteriore Zingulum [12]. Das anteriore Zingulum kann als Instanz im Gehirn des Menschen verstanden werden, die die (Verhaltens-)Antwort des Individuums auf Angemessenheit prüft und bei Fehlern aktiv wird. Diese Struktur wird nur bei Menschen und Primaten gefunden und regelt

über Verbindungen zum Hypothalamus die Aktivität des Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden (HHN)-Systems, eines der wichtigsten stress-responsiven Systeme. Eine höhere Aktivierung des anterioren Zingulum unter einem sozialen Stressor wurde auch bei Menschen mit Migrationshintergrund in der zweiten Generation gefunden [13], einer Population, die sowohl durch soziale Ausgrenzung und Diskriminierung als auch durch ein erhöhtes Psychoserisiko gekennzeichnet ist [14]. Aber nicht nur funktionelle, sondern auch morphologische Unterschiede wurden nachgewiesen, so eine inverse Korrelation zwischen früher Urbanizität und Volumen der grauen Hirnsubstanz im rechten dorsolateralen präfrontalen Cortex [15].

Menschen, die aktuell in einer Großstadt wohnen, zeigten in den genannten Untersuchungen zudem eine stärkere Aktivierung der Amygdala. Dieses Kerngebiet hat unter anderem die Aufgabe eines „Gefahrenmelders“. Es nimmt ebenfalls an der Steuerung der Antwort des Körpers auf interne und externe Stressoren teil. Dass sich der Stadt-Land-Unterschied bei der Stressverarbeitung gerade in diesen Hirnregionen zeigt, erscheint auch aus einem anderen Grund bedeutsam: Es sind exakt diese Regionen, die bei den in der Stadt häufigeren Erkrankungen Schizophrenie und Depression beeinträchtigt sind. Genetische Veränderungen, die das Risiko für die genannten Erkrankungen erhöhen, wirken sich ebenfalls auf diese Hirnregionen aus. Zusammengefasst belegen die Befunde den Zusammenhang von sozialen Stressoren und urbaner Umgebung und weisen auf einen Hirnmechanismus hin, der bei der Vermittlung des erhöhten Krankheitsrisikos beteiligt sein dürfte.



FRAGEN DER AKTUELLEN FORSCHUNG

Viel weitere Forschung ist notwendig, um aus diesen Befunden präventive oder therapeutische Strategien ableiten zu können. So ist unklar, ob Bewohner von urbanen im Gegensatz zu ländlichen Regionen tatsächlich vermehrt sozialen Stressoren ausgesetzt sind. Das Ausmaß von Ausgrenzung und Isolation auf der einen Seite sowie Größe und Intensität sozialer Netzwerke auf der anderen Seite spielen neben sozioökonomische Bedingungen aber eine zentrale Rolle. Die aktuelle Forschung [16] möchte herausfinden, was genau Menschen auszeichnet, die bestimmte Umweltbedingungen als (soziale) Stressoren empfinden und ob hierbei ein Stadt-Land-Gradient besteht. Bei diesen Erhebungen werden auch andere Bedingungen wie Lärm, Einwohnerdichte, Nähe von Grün- und Erholungsflächen erfasst [17]. Von den Ergebnissen kann auch eine feinere örtliche Auflösung des Faktors „urbane Umgebung“ und damit ein besseres Verständnis dieser Umweltbedingung erwartet werden. Der Vorschlag, vom Leben in der Stadt abzuraten, erscheint unrealistisch. Dazu ist dieser Trend zu mächtig und 70% der Weltbevölkerung können nicht auf das Land ziehen. Ziel sollte es vielmehr sein, Entscheidern in Politik und Gesundheitswesen, Stadtplanern und Architekten Entscheidungshilfen

an die Hand zu geben, wie der Lebensraum Stadt positiv gestaltet werden kann, damit er auch die seelische Gesundheit fördert. Entscheidend wird hierbei sein, äußere Bedingungen zu schaffen, durch die soziale Marginalisation oder Ausgrenzung begrenzt oder vermieden werden.

PROF. DR. MICHAEL A. RAPP

*Professur für Sozial- und Präventivmedizin,
Universität Potsdam*

PROF. DR. DR. ANDREAS HEINZ

*DGPPN-Vorstandsmitglied, Direktor Klinik für
Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Universitäts-
medizin Berlin*

PROF. DR. ANDREAS MEYER-LINDENBERG

*DGPPN-Vorstandsmitglied, Direktor Zentralinstitut
für Seelische Gesundheit, Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie, Universität Heidelberg, Mannheim*

LITERATUR

1. United Nations DoEaSA, Population Division (2014) *World Urbanization Prospects: The 2014 Revision, Highlights (ST/ESA/SER.A/352)*. In: <http://esa.un.org/unpd/wup/>
2. Institute MG (2011) *Urban World: Mapping the Economic Power of Cities*. In: http://www.mckinsey.com/insights/urbanization/urban_world
3. Dye C (2008) *Health and urban living*. *Science* 319:766-769
4. Peen J, Schoevers RA, Beekman AT et al. (2010) *The current status of urban-rural differences in psychiatric disorders*. *Acta Psychiatr Scand* 121:84-93
5. Kelly BD, O'Callaghan E, Waddington JL et al. (2010) *Schizophrenia and the city: A review of literature and prospective study of psychosis and urbanicity in Ireland*. *Schizophr Res* 116:75-89
6. Faris REL, Dunham HW (1938) *Mental Disorders in Urban Areas*. The University of Chicago Press, Chicago, Illinois
7. Marcelis M, Takei N, van Os J (1999) *Urbanization and risk for schizophrenia: does the effect operate before or around the time of illness onset?* *Psychol Med* 29:1197-1203
8. Pedersen CB, Mortensen PB (2001) *Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk*. *Arch Gen Psychiatry* 58:1039-1046
9. van Os J, Kenis G, Rutten BP (2010) *The environment and schizophrenia*. *Nature* 468:203-212
10. Zammit S, Lewis G, Rasbash J, Dalman C, Gustafsson JE, Allebeck P (2010) *Individuals, schools, and neighborhood: a multilevel longitudinal study of variation in incidence of psychotic disorders*. *Arch Gen Psychiatry* 67:914-922

Das vollständige Literaturverzeichnis finden Sie auf www.dgppn.de > Publikationen > Psyche im Fokus

STRESS IN THE CITY

Hektik, Lärm und Enge: DGPPN-Vorstandsmitglied Professor Andreas Meyer-Lindenberg erklärt, welchen Einfluss Großstadtstress auf unsere psychische Gesundheit hat.

Sollten wir Stadtmenschen empfehlen, schleunigst aufs Land zu ziehen?

Nein, das Leben in der Großstadt hat viele Vorteile: Die kulturelle und gesellschaftliche Vielfalt bietet besonders viele Möglichkeiten, sich frei zu entfalten. Gleichzeitig haben Großstädter leichteren Zugang zu Gesundheitsversorgung, Bildung und Sport. Außerdem lebt schon mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung in Städten, es würde bei einem Massenumzug auf dem Land ziemlich eng werden.

Gleichzeitig setzten wir uns in der Großstadt aber auch Stressfaktoren aus.

Stimmt. Dass das Leben in der Stadt auch Stress verursacht, leuchtet uns allen ein. Denken Sie bloß an das tägliche Verkehrschaos. Doch solange ich entscheiden kann, wann und wie sehr ich mich diesem Stress aussetze, macht er eigentlich nicht krank. Ausschlaggebender sind Isolation und Ausgrenzung, wenn ich mich also trotz der sozialen Dichte einsam fühle.



Professor Andreas Meyer-Lindenberg

Welche Folgen hat diese Form von Großstadtstress auf unsere psychische Gesundheit?

Wir konnten nachweisen, dass das Gehirn von Großstädtern bei negativem Stress deutlich empfindlicher reagiert als das von Landbewohnern. Die künstliche Stresssituation führte vor allem zu einer Aktivierung der Amygdala. Dieser sogenannte „Mandelkern“ im limbischen System ist als „Gefahrensensor“ bekannt und löst Reaktionen wie Furcht oder Angst auf eine wahrgenommene Bedrohung aus. Die Aktivität der Amygdala während einer Stresssituation steigt mit der Einwohnerzahl der Umgebung der Personen stufenweise an. Je größer die Stadt in der ich lebe, desto höher ist die Aktivierung meiner Amygdala in sozialen Stresssituationen. Eine Überaktivierung ist auf Dauer mit der Entstehung von Depressionen und Angsterkrankungen verknüpft.

STIGMATISIERUNG

WAHN UND WIRKLICHKEIT

In Paris erschießen zwei Männer zwölf Menschen. Kaltblütig. Gnadenlos. Wie so oft ist die erste Reaktion: Das müssen Verrückte sein. Erstens stimmt das nicht. Zweitens steht das für ein fatales Bild vom psychisch kranken Menschen.

Autorin: Christina Berndt

Als der Techniker ihnen den Weg gewiesen hatte, knallten sie ihn ab. Dann machten sich die beiden jungen Männer auf in die Redaktion des Pariser Satiremagazins Charlie Hebdo, wo sie zehn Menschen hinrichteten und viele weitere verletzten. Manche ihrer Mordopfer riefen sie noch beim Namen: Sie wollten sichergehen, die Richtigen zu treffen. Die Tat vom 7. Januar war monströs. Und bei der Mehrheit der Beobachter ließ sie nur einen Schluss zu: Wer so etwas tut, der ist nicht einfach nur brutal. Der muss krank sein, irre, psycho, wahnsinnig, verrückt im Sinne des Wortes. Aus der Welt der Normalen in eine andere Welt verrückt.

Auch unter den Klugen in diesem Land ist dies ein weit verbreiteter Reflex, der nach dem 7. Januar überall zu hören war. „Wir weichen vor euch irren Schlächtern nicht zurück!“, schleuderte die Chefredakteurin des WDR, Sonia Seymour Mikich, den Charlie-Hebdo-Terroristen am Tag des Attentats in ihrem Kommentar in den „Tagesthemen“ entgegen. Und ihr Kollege Sigmund Gottlieb, Chefredakteur beim Bayerischen Fernsehen, sprach „von den Taten der kranken Hirne“.

FALSCHER VORSTELLUNG VON PSYCHISCH KRANKEN

Doch die These vom gestörten Gewalttäter ist nicht nur zu einfach. Sie ist meist schlichtweg falsch. Nur in den seltensten Fällen trifft die Diagnose zu. Sie liefert aber denen, die die These verbreiten, die ersehnte Erklärung – und schafft Beruhigung: Wenn der Täter psychisch krank ist, wird er aus der normalen Welt aussortiert, als hätte er nie dazugehört. Als hätte seine Umwelt in letzter Konsequenz keinen Einfluss auf sein Handeln gehabt. Er ist ja krank. Was haben also wir, was haben die Anderen überhaupt mit ihm zu tun?

So nimmt, wer Verbrecher als Kranke bezeichnet, die Gesellschaft aus der Verantwortung. Er verkennt die Ursachen der schrecklichen Taten und mindert dadurch den Druck, jene Bedingungen zu ändern, die Nährboden von Gewalt sind – die Haltlosigkeit arbeitsloser Jugendlicher in ghettoartigen Vorstädten z.B. oder die Orientierungslosigkeit allein gelassener Migranten in einer beängstigend fremden, undurchschaubaren Welt. Noch dazu steckt hinter der Schreibtisch-Diagnose vom gestörten Gewalttäter eine erschreckend falsche und antiquier-

te Vorstellung von psychisch Kranken, die kriminalisiert und abqualifiziert werden.

Es ist allerhöchste Zeit, einen offenen, liebevollen Blick auf Menschen mit seelischen Störungen zu entwickeln. Und einen kundigeren dazu: 330 verschiedene psychopathologische Symptome gibt es – sie sind nicht pauschal ein Kennzeichen für „Verrücktsein“, sondern sollten dazu anhalten, seelische Leiden in ihrer großen Bandbreite differenziert zu betrachten. Nicht zuletzt gilt es, psychische Krankheiten gleichberechtigt mit körperlichen Leiden zu behandeln. Das ist nicht nur deshalb dringend nötig, weil zunehmend organische und genetische Ursachen der Seelenleiden bekannt werden, sondern auch, weil die Patienten es verdient haben, genauso ernst genommen und in die Gesellschaft integriert zu werden wie körperlich Kranke.

Zweifelsohne ist das Verhalten mancher psychisch Kranker genauso unbegreiflich wie so mancher Akt des Terrors. Unheimlich kann es wirken, wenn ein Mensch mit Tourette-Syndrom auf offener Straße Beleidigungen herausschreit oder ein psychotischer Patient mit einer Axt in der Hand durch die Stadt läuft, weil er meint, sich gegen dunkle Mächte verteidigen zu müssen. Es ist wohl diese simple Koinzidenz des Unbegreiflichen, die im Denken vieler Menschen Terror und Krankheit gleichsetzt und den Kurzschluss vom irren Gewalttäter auslöst.

VERRÜCKT ODER BÖSE?

Die größten Gräueltaten der jüngeren Geschichte aber haben Personen verübt, die in Seele und Geist gesund waren. Das gilt nicht nur für Adolf Hitler, dessen Taten immer wieder posthum psychiatrisiert worden sind, der aber wohl ebenso wenig an einer Krankheit der Seele litt wie Josef Stalin. Auch dem früheren bosnischen Serbenführer Radovan Karadžić, der in Den Haag des Völkermords angeklagt ist, wurde Normalität attestiert. Karadžić, ist sogar Psychiater, der seine Patienten gerne in Gruppentherapie behandelte. Sein Spezialgebiet: Depressionen und Neurosen.

„Es ist eine irri-ge Annahme, dass Menschen krank sein müssen, um Grausames tun zu können“, sagt Nahlah Saimeh, Ärztliche Direktorin am LWL-Zentrum für Forensische Psychiatrie in Lippstadt. „Für gemeinschaftlich begangene Terroran-

schläge sind sogar Fähigkeiten nötig, über die Menschen mit schweren psychischen Störungen oftmals gar nicht verfügen. Auch für ein Trainingscamp, in dem Terroristen ausgebildet werden, braucht man eine psychische Robustheit.“

Mad or bad? Verrückt oder böse? Der Seelenzustand eines Menschen lässt sich jedenfalls nicht daran ablesen, was er tut. Es spielt keine Rolle, ob ein Täter zielstrebig und völlig rational seinen Nebenbuhler aus dem Weg räumt – oder ob er in Tränen aufgelöst den Nächsten ersticht, der ihm nach einer schweren Kränkung begegnet. Aus der Beobachtung einer Tat lässt sich kein Rückschluss auf den psychischen Gesundheitszustand des Mörders ziehen.

Viel mehr als die Handlungen des Täters spielt es eine Rolle, was er denkt und fühlt; was in seinem Inneren vor sich geht. Ob er die Welt so wahrnimmt, wie sie ist. Oder ob sich sein Bild von der Welt nicht mit der Wirklichkeit in Einklang bringen lässt. Wenn sich seine eigene Realität aus Halluzinationen, Wahnvorstellungen, fremden Stimmen oder Aufträgen dunkler Wesen ergibt, ist er offensichtlich krank. Auch wenn er über einen langen Zeitraum in seinen Denkmustern und Beziehungen starr ist und seine Emotionen nicht regulieren kann. Das lässt sich jedoch nur in Gesprächen herausfinden.

WAS IST NORMAL?

Wie weit aber kann man von der Norm abweichen und trotzdem noch normal sein? Ob das Verhalten eines Menschen als krank angesehen wird, hängt immer auch vom kulturellen Kontext ab. Es ist sogar kulturell bedingt, ob ein Verhalten krank ist: In Indien etwa ist es weit verbreitet, sich vor Geistern zu fürchten. Wer das tut, muss also nicht unter Wahnvorstellungen leiden. In Papua-Neuguinea praktizierte das Volk der Fore bis in die 1950er Jahre Kannibalismus, ohne dass jemand auf die Idee gekommen wäre, einen Psychiater zu schicken. „Heute werden auch Marienerscheinungen gemeinhin als krankhafte Phänomene eingestuft“, sagt Thomas Pollmächer, Direktor des Zentrums für psychische Gesundheit am Klinikum Ingolstadt. „Früher in Lourdes hingegen wurden sie sehr ernst genommen. Wenn eine Krankheit in einen gesellschaftlichen Kontext passt,



Es ist eine irrije Annahme, dass Menschen krank sein müssen, um Grausames tun zu können.

gilt sie eben nicht als Krankheit.“

So ist es unter anderem auch die Gesellschaft, die Psychiatern den Weg weist, wo sie die Grenze zwischen krank und nicht krank zu ziehen haben. Und ebenso kann das gesellschaftliche Umfeld ganz normale Menschen zu schrecklichen Taten anleiten. Schon das berühmte Milgram-Experiment von 1961 zeigte, dass Menschen andere auf Befehl quälen, selbst wenn ihr Gewissen zunächst dagegen rebelliert, solange ihre Umgebung das brutale Verhalten richtig findet. „Ideologie ist eine starke Kraft“, sagt der Medizinphilosoph Thomas Schramme von der Universität Hamburg.

VERQUERE SICHT AUF GEWALTÄTÄTER

Die verquere Sicht auf Gewalttäter als psychisch Kranke hat noch eine weitere, geradezu tragische Auswirkung: „Es ist nicht nur so, dass Menschen, die abartige Dinge tun, pauschal als psychisch Kranke angesehen werden. Es wird auch der Umkehrschluss daraus gezogen: Psychisch Kranken werden automatisch abartige Dinge zugetraut“, sagt der Psychiater Pollmächer. Sie gelten damit nicht mehr nur als unberechenbar, sondern auch als gefährlich.

Dabei bilden Seelenleiden ein breites Spektrum, das Depressionen, Halluzinationen und Ich-Störungen genauso umfasst wie narzisstische Persönlichkeitsstörungen, die ebenso wie ein Schuss Paranoia durchaus zum Erfolg im Leben beitragen

können. Die allermeisten Betroffenen werden am ehesten sich selbst gefährlich. Nur im Wahn und bei antisozialen Persönlichkeitsstörungen ist die Gewaltbereitschaft auch Anderen gegenüber mitunter erhöht.

Sicherlich kommen Gewalttaten von psychisch Kranken vor. So litt die Frau, die im Jahr 1990 den damaligen SPD-Spitzenkandidaten Oskar Lafontaine niederstach, offenbar an einer Psychose. Sie erzählte nach der Tat davon, dass unter der Erde Menschen in Fabriken gequält würden und die Politik dafür verantwortlich sei. „Solche Fälle sind aber extrem selten“, betont der emeritierte Basler Psychiatrie-Professor Asmus Finzen. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein psychisch Kranker einen Fremden tötet, beträgt, auf die Bevölkerung bezogen, eins zu 19 Millionen. „Auf Deutschland übertragen, bedeutet das vier solcher Todesfälle pro Jahr“, sagt Finzen. Psychisch Kranke pauschal als gefährlich anzusehen, ist vor diesem Hintergrund, nun ja, fast schon irre. Umso unverständlicher ist es daher, dass die Po-

lizei in München den „Isarmörder“, der im Frühling 2013 ohne erkennbaren Grund zunächst eine Radfahlerin anspuckte und dann ihren Begleiter niederstach, in psychiatrischen Einrichtungen suchte. Die Sonderkommission begründete dies laut einem Pressebericht mit der „Vorgehensweise und der Tatsache, dass kein Motiv erkennbar“ war. Für die Suche nach einem psychisch Kranken spreche auch deren „niedrige Hemmschwelle, einen Menschen zu töten“, so die Staatsanwaltschaft. Als würden psychisch Kranke mordlüstern durch die Gegend laufen und eben mal so einen Menschen abstechen.

PSYCHISCH KRANKE OFT OPFER VON GEWALT

Tatsächlich laufen sie umgekehrt besonders große Gefahr, selbst Opfer zu werden. Im Jahr 2013 kam heraus, dass fast jedes vierte schwedische Mordopfer psychisch krank war. Ein Viertel der Ermordeten, nicht der Täter! Psychisch Kranke hat-

DIE KRANKEN NICHT STIGMATISIEREN

Nur wenige Wochen nach dem Attentat in Paris erschütterte eine weitere Tragödie die Öffentlichkeit: der Absturz der Germanwings-Maschine am 24. März 2015 in Frankreich. In den Medien und in der Öffentlichkeit gerieten psychisch erkrankte Menschen erneut unter Generalverdacht, denn der Copilot, welcher die Maschine absichtlich abstürzen ließ, litt zu einem früheren Zeitpunkt an einer Depression. DGPPN-Präsidentin Dr. Iris Hauth entschloss sich deshalb, sich mit einer viel beachteten Stellungnahme schützend vor die Betroffenen zu stellen.

Warum hat Sie die öffentliche Diskussion nach dem Absturz so schockiert?

Die Auseinandersetzung mit dem Absturz drehte sich fast ausschließlich um den psychischen Gesundheitszustand des Copiloten. Auf der Grundlage völlig unvollständiger Informationen musste nur wenige Tage nach dem Unglück die Diagnose Depression als Erklärung gehalten. Nach und nach rückten auch andere psychische Erkrankungen in den Mittelpunkt. Dabei entstand der Eindruck, dass von psychisch erkrankten Menschen Gefahren für die Allgemeinheit ausgehen, gegen die besondere Schutzmaßnahmen erforderlich sind.

Die Angehörigen, aber auch die gesamte Bevölkerung, wollen eine Erklärung

für dieses unsägliche Unglück.

Natürlich möchten wir wissen, wie es zu dieser Tragödie gekommen ist. Auch, um zu verhindern, dass so etwas wieder passiert. Trotzdem dürfen wir uns nicht Spekulationen hingeben. Ob eine psychische Erkrankung beim Absturz eine Rolle gespielt hat, konnte im März auf der Grundlage der vorhandenen Hintergründe nicht geklärt werden. Wir wussten einfach zu wenig über den Copiloten. Es fehlten zu diesem Zeitpunkt Informationen zur Persönlichkeit, zur Lebenssituation und zu Konflikten. Möglicherweise waren diese Aspekte handlungsrelevanter als eine vor Jahren behandelte depressive Symptomatik. Heute wissen wir, dass der Copilot den Absturz bereits auf dem Hinweg ge-

probt hat und die Tat geplant war. Wir dürfen solch unfassbare Taten nicht vorschnell mit psychischen Störungen erklären und damit alle psychisch erkrankten Menschen unter Generalverdacht stellen. In der DGPPN analysieren wir zurzeit internationale Untersuchungen, aus welchen hervorgeht, dass solche Gewalttaten am ehesten mit bestimmten Persönlichkeitsprofilen und -störungen einhergehen.

Doch ist es nicht so, dass depressive Menschen besonders häufig Suizid begehen oder dies zumindest versuchen?

Das ist leider eine traurige Realität. Rund 90 % der jährlich circa 10.000 Suizide in Deutschland erfolgen vor dem Hintergrund einer oft nicht erkannten

ten damit ein fünfmal so großes Risiko, ermordet zu werden, wie psychisch Gesunde. Ursache sei mitunter wohl das verminderte Gefahrenbewusstsein der Menschen mit Wahnvorstellungen oder Suchtproblemen, folgerten die Wissenschaftler. Vor allem aber würden diese Leute in der Öffentlichkeit als „unberechenbar oder gefährlich“ wahrgenommen und deshalb besonders häufig Opfer von Gewalt.

Das Problem wächst sogar, trotz aller Anti-Stigma-Kampagnen. Im Rahmen einer Langzeitstudie erklärten im Jahr 2011 etwa 30 % der Befragten, sie wollten Menschen, die typische Symptome von Schizophrenie zeigten, nicht als Nachbarn oder Kollegen haben. 1990 waren es nur 20 % gewesen.

Millionen psychisch Kranke leben unter uns. Jeder achte Deutsche erleidet mindestens einmal in seinem Leben eine Depression, jeder hundertste eine Psychose. Diese Menschen leben nicht nur mit ihrer oft schwer zu behandelnden Krankheit, sondern häufig auch in großer Angst, entdeckt zu werden – die

Gefahr von Ausgrenzung ist zu hoch. Psychisch Kranke haben sehr wohl Hemmschwellen – vor allem die, von ihrer Krankheit zu erzählen. Das ist fatal. Denn erst wenn Menschen mehr von solchen Leiden wissen und bewusst mit den Betroffenen zu tun haben, werden die Vorurteile fallen. Dazu müssen Öffentlichkeit und Medien den Kranken eine Tür öffnen: Sie müssen ihnen mit weniger Misstrauen und mit mehr Wohlwollen begegnen – und endlich damit aufhören, Verbrechen mit Krankheit gleichzusetzen.

Der Artikel Wahn und Wirklichkeit erschien am 24.1.2015 in der Süddeutschen Zeitung.

CHRISTINA BERNDT

*Redakteurin bei der Süddeutschen Zeitung,
Ressort Wissen*

oder nicht optimal behandelten psychischen Erkrankung. Sehr oft leiden die Betroffenen dabei an einer Depression. Doch diese Suizide werden fast ausschließlich alleine durchgeführt. Sehr selten kommt es zu einem erweiterten Suizid, bei dem der Selbsttötung die Tötung eines oder mehrerer Anderer vorausgeht. Dabei handelt es sich zu meist um nahe Bezugspersonen, welche der erkrankte Mensch nicht in der von ihm als ausweglos erlebten Situation zurück lassen möchte.

Politiker diskutieren nun ein schnelleres Berufsverbot für sensible Berufe.

Zweifellos können Menschen, die akut an einer schweren psychischen Erkrankung leiden, bestimmte Berufe nicht ausüben. Doch das gilt für viele körperliche Erkrankungen auch, z. B. für gravierende Sehstörungen, schwerwiegende Herz-Kreislaufprobleme oder schwer einstellbare Diabetes. Die Möglichkeit, diese Patienten in begründeten Fällen für berufsuntauglich zu erklären,

gibt es bereits heute. Wenn nun einseitig über ein Berufsverbot für psychisch erkrankte Menschen nachgedacht wird, stigmatisiert dies die Betroffenen und



Dr. Iris Hauth

gefährdet das Arzt-Patienten-Verhältnis. Es besteht das Risiko, dass sich Betroffene nicht mehr in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung begeben, mit deren Hilfe sie ein normales Leben führen könnten.

Wo sollten wir denn ansetzen?

In Deutschland leidet fast jeder Dritte im Laufe eines Jahres ein- oder mehrfach an einer psychischen Erkrankung. In erster Linie müssen die Anstrengungen für das frühzeitige Erkennen und die konsequente professionelle Behandlung intensiviert werden. Hier bestehen nach wie vor große Versorgungsdefizite. Aktuelle Studien zeigen, dass z. B. drei von vier Patienten mit schweren Depressionen keine nach den aktuellen Behandlungsleitlinien angemessene Therapie erhalten, zwischen 2010 und 2012 wurden 18 % der Betroffenen gar nicht behandelt. Dabei gehören Depressionen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Mit einer frühzeitigen und leitliniengerechten Behandlung bestehen gute Heilungschancen. Voraussetzung dafür ist jedoch, dass die Betroffenen die verfügbaren wirksamen Therapiemethoden in Anspruch nehmen. Die aktuelle Debatte trägt aber vielmehr dazu bei, dass die Betroffenen aus Angst und Scham gar nicht erst professionelle Hilfe suchen.



Psychopharmaka: Herausforderung für die Versorgung

DGPPN-Vorstandsmitglied Professor Andreas Heinz im Gespräch mit Sozialpsychiater Dr. Volkmar Aderhold

„NATÜRLICH ÄNDERN MEDIKAMENTE OHNE PSYCHOTHERAPEUTISCHE UND PSYCHOSOZIALE AUFARBEITUNG NICHTS AN DER GESAMTEN SITUATION DER PATIENTEN.“

PROFESSOR ANDREAS HEINZ

Psychopharmaka sind umstritten. In weiten Teilen der Bevölkerung stoßen sie auf große Skepsis. Den Medikamenten werden mangelnde Wirksamkeit und gefährliche Nebenwirkungen vorgeworfen. Für besonderen Zündstoff sorgt dabei die Rolle der Hersteller: Berichte über heruntergespielte Risiken machen immer wieder Schlagzeilen. Auch Ärzte stehen in der Kritik, weil sie zu hohe Medikamentendosen zu verabreichen und die Ängste der Patienten nicht genügend ernst zu nehmen scheinen. Doch Psychopharmaka bilden neben Psychotherapie und psychosozialen Interventionen einen wichtigen Baustein in der Therapie psychischer Erkrankungen. Die wissenschaftlichen Behandlungsleitlinien empfehlen eine Behandlung mit Medikamenten insbesondere bei schweren psychischen Störungen wie Depressionen, Schizophrenie oder bipolaren Störungen – allerdings nach Möglichkeit mit minimaler Dosierung. Viele Betroffene profitieren durch die Therapie mit Medikamenten und können wieder am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Doch was bedeutet dieser Widerstreit zwischen Nutzen und Risiken für die Versorgung? Ein Gespräch zu den Möglichkeiten und Grenzen der Pharmakotherapie von psychischen Erkrankungen zwischen Andreas Heinz und Volkmar Aderhold.

Heinz: Eine Ursache der breiten Skepsis gegenüber Psychopharmaka ist die psychodynamisch geprägte Grundhaltung in unserer Gesellschaft bezüglich psychischer Erkrankungen. Viele denken, dass sich psychische Störungen durch das Lösen der „ursächlichen“ Konflikte beseitigen lassen. Das kann man sehr schön anhand der vielen TV-Produktionen illustrieren, die regelmäßig über die Sender laufen. In einem Tatort gab es z.B. die Figur einer Patientin, die sich – was unrealistisch ist – jahrelang in einer psychiatrischen Klinik befindet. Ihre Diagnose ist unklar, sie wirkt etwas verwirrt, macht aber keinen selbst- oder fremdgefährdenden Eindruck. Im Verlauf der Handlung holt sie der Kommissar gegen den Widerstand einer patriarchalen Klinikdirektorin aus der Klinik heraus und führt sie an den Ort ihrer Kindheit, an dem ihre Mutter ermordet worden ist. Jetzt, da sie wieder dort ist, fällt es ihr wie Schuppen von den Augen, dass ihr Vater ihre Mutter erschlagen hat. Schließlich kann der Vater festgenommen werden und die Patientin ist von diesem Zeitpunkt an geheilt. Dieses Beispiel finde ich paradigmatisch für das Grundverständnis von der Psyche, das in der Bevölke-

rung vorherrscht. Demnach sind Medikamente grundsätzlich falsch, denn sie lösen ja nicht den ursprünglichen Konflikt, sondern überdecken nach dieser Auffassung lediglich die Symptome. Gleichzeitig übertragen die TV-Produktionen auch die grundsätzliche Angst, mit der viele Menschen psychisch Kranken begegnen, auf die Kliniken. Denken Sie an viele Reportagen und Dokumentationen. Sehr oft sind darin folgende Szenen zu beobachten: Die Kamera fährt auf die Tür einer psychiatrischen Abteilung zu, die Musik wird drohend, die Tür geht auf, die Musik wird noch drohender, die Tür geht zu, die Musik nimmt nun schon fast katastrophische Ausmaße an. Die Psychiatrie, die hier gezeigt wird, macht Angst, denn sie findet hinter verschlossenen Türen statt. Deshalb versuchen wir ja, diese zu öffnen. Auch wenn die Dokumentationen danach ein objektives und differenziertes Bild zeichnen, hinterlassen die dramatischen Einstellungen einen größeren Eindruck. Letztlich rührt diese grundsätzliche Skepsis gegenüber den Medikamenten aber auch von Problemen im Umgang mit der Pharmaindustrie her: Zu lange wurde die durchaus berechtigte Kritik an der Art und Weise, wie Medikamentenstudien publiziert und Ergebnisse kommuniziert werden, von der Ärzteschaft nicht ernst genug genommen. Oder denken Sie an die Advisory-Boards, die ja die Funktion haben sollten, alle Ergebnisse auf den Tisch zu legen und die Patienten einzubeziehen, was aber oft nicht richtig funktioniert hat.

Eine Ursache der breiten Skepsis gegenüber Psychopharmaka ist die psychodynamisch geprägte Grundhaltung in unserer Gesellschaft bezüglich psychischer Erkrankungen.

Aderhold: Als Psychiater hat mich ganz zentral die Zeit geprägt, in der die sogenannten atypischen Neuroleptika, also ein neuer Medikamententyp zur Behandlung von Psychosen, auf den Markt gekommen sind. Als Oberarzt einer Akutstation standen mir für die Behandlung von schweren psychischen Erkrankungen plötzlich neue Medikamente mit eher harmlosen Nebenwirkungen zur Verfügung. Doch zehn Jahre später zeigte sich, dass die neue Medikamentengeneration für die Patienten auch unerwünschte Wirkungen hatte wie z. B. Gewichtszunahmen, Typ-II-Diabetes und andere Stoffwechselstörungen. Doch dies wurde von der Pharmaindustrie nicht so offen und trans-

„WIR MÜSSEN DIE BEHANDLUNGSSETTINGS SO GESTALTEN, DASS WIR MIT MINIMALEN DOSEN PHARMAKOTHERAPIE UND MAXIMALEN DOSEN PSYCHOTHERAPIE BEHANDELN KÖNNEN.“

DR. VOLKMAR ADERHOLD

parent kommuniziert, wie ich das erwartet hätte. Ich hatte den Eindruck, dass wir Ärzte einem gewaltigen Marketingprozess unterworfen waren, dem wir uns kaum entziehen konnten. Schließlich kam es zu einer Umwertung und es wurden endlich die richtigen Fragen gestellt: Sind diese Medikamente wirklich besser? Oder haben sie nicht ganz andere Nebenwirkungen? Für mich ist diese Erfahrung auch deshalb so einschneidend,

weil sich die Neuroleptika in unserem Fach innerhalb kürzester Zeit zum umsatzstärksten Medikamententypus entwickelt hatten.

Heinz: In der Tat haben wichtige Bereiche der Industrie in Bezug auf die Neuroleptika viel zu spät damit begonnen, alle Nebenwirkungen transparent und wissenschaftlich fundiert zu kommunizieren. Gleichzeitig muss man aber festhalten, dass dieser Prozess nicht nur durch die Pharmaindustrie vorangetrieben worden

ist. Auch durchaus kritische Ärzte haben Neuroleptika z. B. als Schlafmittel verordnet, weil diese nicht wie andere Medikamente abhängig machen. Schließlich haben auch viele Patienten ihre Hoffnung in die neuen Präparate gesetzt, denn wir dürfen nicht vergessen: Psychopharmaka helfen – richtig dosiert und angewendet – auch heute noch vielen Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Aderhold: Ja, heute gibt es in Bezug auf die Neuroleptika eine ganz andere Studienlage. Wir wissen viel genauer, was die Medikamente bewirken und welchen Einfluss die Dosis hat – so dass wir sie niedrigdosiert deutlich nebenwirkungärmer ver-

abreichen könnten. Trotzdem habe ich den Eindruck, dass uns Ärzten die evidenzbasierten Erkenntnisse zur Pharmakotherapie nicht vollumfänglich geläufig sind. In unserem Fach gibt es immer noch viel „Uninformiertheit“.

Wir wissen heute viel genauer, was die Medikamente bewirken und welchen Einfluss die Dosis hat.

Heinz: Ist das tatsächlich der Fall? Ich denke, dass sich der Großteil unserer Kollegen einem evidenzbasierten und fortschrittlichen Umgang mit Medikamenten verpflichtet. Natürlich besteht noch Nachholbedarf, natürlich gibt es noch immer viel Verbesserungspotenzial. Das zeigt gerade das Beispiel der Neuroleptika, die auch heute immer noch oft zu hoch dosiert werden. Doch insgesamt setzt sich unser Fach doch intensiv mit den Wirkweisen und den Nebenwirkungen der Medikamente auseinander. Die DGPPN veranstaltet im September etwa ein Hauptstadtsymposium zu diesem Thema, auch auf unserem Jahreskongress beschäftigen wir uns intensiv mit dem State of the Art der Pharmakotherapie.

Aderhold: In vielen Belangen hat die Auseinandersetzung aber sehr spät eingesetzt. Der Zusammenhang zwischen Medikament und Übergewicht wurde für uns erst Ende der 1990er Jahre zum Thema. Wir Ärzte müssen uns den Vorwurf gefallen lassen, dass wir zu spät aufgewacht sind. Gleichzeitig wurde das Thema auch lange Zeit verharmlost, gerade von der Pharmaindustrie, die uns früher hätte informieren müssen, schließlich wurde die wissenschaftliche Informationspflicht ja nicht umsonst eingeführt. Auch erlangte das Medikament „Zyprexa“ die Zulassung offensichtlich durch gefälschte Ergebnisse über Hyperglykämien in den Zulassungsstudien. Auch unsere eigenen Ängste und Kontrollbedürfnisse hindern uns daran als Gesellschaft und auch als Ärzte, Pharmakotherapien wissenschaftlich evident in minimalen Dosen durchzuführen. Psychische Erkrankungen lassen sich in ihrem Verlauf nicht vorherhersagen, es kann immer etwas Unvorhergesehenes geschehen, weil jeder Patient anders ist. Medikamente helfen nicht nur dem Patienten, gesund zu werden, sie helfen auch uns und dem Um-



Professor Andreas Heinz

feld, die Symptome besser handhaben zu können. Wenn die Medikamente wegfallen – neben der Psychotherapie, die meist gar nicht angeboten wird oder werden kann, quasi das einzige Mittel, das uns zur Verfügung steht – dann besteht die Angst, dass diese handhabbare Situation zusammenbricht. Gerade vor diesem Hintergrund ist es noch viel wichtiger, dass wir uns massiv für Behandlungskontexte, insbesondere Akutstationen, einsetzen, in denen wir die Patienten wissenschaftlich evident behandeln können. Die Debatte um die Neuroleptika liefert uns ja eigentlich das Argument, dem sich nichts entgegenzusetzen lässt: Um die Patienten nicht zu schädigen, dürfen wir Psychosen nur mit minimalen Dosen behandeln. Dafür brauchen wir wiederum ein psychiatrisch-psychotherapeutisches Umfeld mit genügend Personal, das es uns erlaubt, ganz auf den Patienten einzugehen.

Heinz: Dieser Forderung nach einem Kontext, der eine auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichtete Behandlung vollumfänglich erlaubt, ist ja heute für weite Kreise der Psychiatrie sehr zentral, gerade auch für die DGPPN. Das zeigt sich z. B. an der Debatte um ein neues Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Kliniken.

Es muss eines unser zentralen Ziele sein, Inklusion zu fördern und den Zwang in der Psychiatrie noch stärker zu reduzieren.

Aderhold: Deshalb erstaunt mich, dass das pharmakologische Argument dabei kaum Gewicht erhält – nicht um die Pharmakotherapie zu beschädigen, sondern um sie richtig, wissenschaftlich evident einzusetzen. Wir müssen die Behandlungssettings so gestalten, dass wir mit minimalen Dosen Pharmakotherapie und maximalen Dosen Psychotherapie behandeln können. Dies ist für mich ein zentrales Argument, dem sich auch die Politik nicht entziehen kann.

Heinz: Ich bin ebenfalls der Meinung, dass die Frage der Menschenrechte – Stichwort UN-Behindertenrechtskonvention – in unserem Fach noch mehr Gewicht erhalten muss, auch über die Fragen der Zwangsmedikation hinaus. Es muss eines unser zentralen Ziele sein, Inklusion zu fördern und den Zwang in der Psychiatrie noch stärker zu reduzieren.

Aderhold: Ja, was würde geschehen, wenn die DGPPN als wissenschaftliche Fachgesellschaft erklärt, dass langfristige Behandlungen mit Neuroleptika für bestimmte Patientengruppen eher schlechter sind als eine Behandlung ohne diese Medikamente? Dann müssten Politik und Verwaltung doch aktiv werden.

Heinz: Trotz der Bemühungen um die Umsetzung der UN-BRK in Deutschland wird die menschenrechtliche Argumentationsweise von der Politik noch zu wenig wahrgenommen. Vielmehr kämpfen wir heute dagegen an, dass die Personalzahlen an den Kliniken nicht noch weiter gesenkt werden, um so wenigstens den aktuellen Standard halten zu können. Doch von einem Aufbau von neuen, besser ausgestatteten Strukturen ist heute keine Rede mehr. Eher müssen wir befürchten, dass die psychiatrischen Abteilungen ihre Türen aufgrund von zu wenig Personal wieder verschließen müssen. Im Moment haben wir die politische Konstellation, dass die Krankenhäuser kaputt gespart werden, vor allem wenn die Psychiatrie-Personalverordnung ausläuft. In dieser Konstellation stehen auch die Chefärzte unter großem Druck. Sie wollen den Patienten gerecht werden und müssen gleichzeitig betriebswirtschaftliche Ziele erreichen. Der Druck kommt von allen Seiten, von der Politik, den Kassen und den Krankenhausträgern.



Dr. Volkmar Aderhold

Aderhold: Wir sind an einen Punkt angekommen, wo Gesundheit zur Ware wird. Die Weichen dazu wurden in den 1990er Jahren gestellt. Gesundheit ist ein Geschäftsfeld, in dem sich Geld verdienen lässt. In diesem Umfeld sind die Fürsprecher für die Patienten schwach. Und auch an den Medikamenten wird Geld verdient. Angenommen wir würden die Dosen tatsächlich noch weiter reduzieren, wäre dies auch ein Umsatzverlust. Dementsprechend gibt es viel Gegenwind.

Heinz: Gleichzeitig dürfen wir das System nicht nur schlecht reden. In Deutschland wird Psychotherapie von den Krankenkassen bezahlt, das gibt es fast nirgends auf der Welt. Natürlich müssen wir aber dafür sorgen, dass auch Patientengruppen, die bisher noch unterversorgt waren, besser einbezogen werden.

Aderhold: Aber es gibt immer noch Psychiater, die den Patienten davon abraten, Psychotherapie zu machen.

Heinz: Das hängt vielleicht damit zusammen, dass etwa ein niedergelassener Psychiater seine Gesprächsleistungen kaum vergütet bekommt.

Aderhold: Doch warum schaffen wir es nicht, die Situation rasch und nachhaltig zu verbessern?

Heinz: Ich habe den Eindruck, dass die Kollegen in den Praxen und an den Kliniken das tun, was in ihren Möglichkeiten steht. Doch diese Möglichkeiten sind z. B. in einem gewinnorientierten Unternehmen kleiner als man gemeinhin annimmt. Die Politik hatte ja entschieden, die kommunalen Krankenhäuser zu privatisieren. Natürlich ist der Druck unterschiedlich groß.



Aderhold: Es geht nicht nur um die Frage der optimalen oder suboptimalen Versorgung. Die Fragen, die unser Fach betreffen, greifen viel tiefer. Es geht um Menschen, deren Leben und auch deren Umfeld. Menschen, die mit Neuroleptika behandelt werden, kommen fast nie auf dem ersten Arbeitsmarkt an. Die Teams für sogenanntes „supported employment“, d. h. unterstütztes Arbeiten, haben wir in Deutschland so gut wie nicht, obwohl es dieses im Vergleich zu unseren Formen der Arbeitsrehabilitation deutlich erfolgreichere Modell bereits seit mehr als 25 Jahren gibt – und es ist dazu noch sehr gut evaluiert. Würde sich die Therapie stärker an den Patienten ausrichten, hätten mehr Betroffene die Chance, Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt zu finden.

Heinz: Deshalb wollten wir ja, dass ein Finanzierungssystem entwickelt wird, das die Behandlungskontinuität sicherstellt und über die Sektorengrenzen hinweg funktioniert. Aber bis heute ist nichts davon passiert. Wir haben immer noch keinen Personenbezug. Jeder Bereich arbeitet für sich und wird für sich kalkuliert.

Aderhold: Ja, leider sind multiprofessionelle Teams in der Psychiatrie immer noch nicht flächendeckend umgesetzt, höchstens in Modellprojekten.

Heinz: In der Psychiatrie, die ich mal gelernt habe, und die beißt sich ja mit der Psychiatrie, die wir heute leitliniengerecht betreiben, war der entscheidende Punkt ein pädagogischer: Der schizophrene Patient akzeptiert seine Krankheit, ist krankheitseinsichtig, nimmt seine Medikamente regelmäßig. Damit kommt Ordnung in das Chaos – im klinischen Alltag heißt dies Struktur, im Medikamentenbereich Compliance. Doch wenn der Patient seine Medikamente nicht mehr einnehmen will, dann löst dies Unsicherheit und Ängste in seinem Umfeld aus. Denn ohne Medikamente kann der Patient wieder krank und unberechenbar werden. In der Klinik erhalten wir in dieser Situation oftmals Anrufe von Freunden oder Verwandten: Jetzt hat er endlich einen Arbeitsplatz und nun geht er nicht mehr regelmäßig hin, er hockt die ganze Zeit daheim und kiff. Können Sie nicht die Medikation erhöhen? Können Sie ihn nicht zwingen, seine Medikamente einzunehmen? Zu ertragen, wenn die Patienten auch ihren eigenen Willen haben und Medikamente nicht einnehmen wollen oder absetzen, das fällt schwer. Der Druck auf uns Psychiater, in diesen Situationen Ordnung zu schaffen, ist groß. Und das zeigt, vor welchem Dilemma wir bei der Behandlung oftmals stehen. Es gibt kein absolut richtig, aber auch kein absolut falsch. Es kann einzelnen Patienten unglaublich helfen, behandelt zu werden und Neuroleptika einzunehmen, auch regelmäßig, und andere empfinden es nur als Zumutung.

Aderhold: Letztlich geht es um die Frage, wie viel Sicherheit können wir geben und wie viel Unsicherheit kann dem Umfeld zugemutet werden. Patienten sollen Spielräume haben und wir lassen sie gleichzeitig nicht alleine, so dass möglichst wenige Risiken entstehen, aber wir Ärzte uns nicht ständig in der Rolle der Kontrolleure befinden. Und in diesem Bereich gibt es ja überzeugende Modelle.

Heinz: Wir dürfen aber auch nicht den Eindruck erwecken, dass durch die richtige Haltung der Ärzte alles gut wird. Patienten haben ihren eigenen Kopf, sie dürfen auch selbst entscheiden – und das kann auch richtig schief gehen. Dies müssen wir als Gesellschaft akzeptieren. So hat sich die DGPPN z. B. gegen die ambulante Zwangstherapie ausgesprochen, auch wenn es einzelne Patienten gibt, denen damit vielleicht geholfen werden kann. Es kann auch dann noch etwas schief gehen, wenn das System besser wird. Natürlich ändern Medikamente ohne psychotherapeutische und psychosoziale Aufarbeitung nichts an der gesamten Situation der Patienten. Ich kann mir gar nicht vorstellen, dass es Kollegen gibt, die nur Medikamente verordnen und sich sonst um nichts kümmern.

Aderhold: Aber wie sieht denn die Realität aus? Wie viele Patienten erhalten eine Psychotherapie, wenn sie aus der Klinik entlassen werden? Wer findet denn einen Psychotherapieplatz? Bisher erhalten nur 1% der Menschen mit der Diagnose Schizophrenie eine Psychotherapie. Gleichzeitig können die niedergelassenen Kollegen der großen Nachfrage nach Psychotherapie gar nicht gerecht werden und wir verfügen bundesweit über zu wenig mobile, multiprofessionelle Teams.

Heinz: Stimmt. Eigentlich könnte man ja im Krankenhausstrukturgesetz oder dem Versorgungsstärkungsgesetz Modellprojekte flächendeckend auflegen. Das hieße, dass die Gelder, die zurzeit im stationären Bereich stecken, für aufsuchende Hilfen zur Verfügung stehen – natürlich unter Einbindung der niedergelassenen Fachärzte. Ein Stichwort wäre hier der im Rahmen des Versorgungsstärkungsgesetzes geplante Innovationsfonds. Durch dieses „Nach-Hause-Gehen“ könnte man, zumindest nach den vorliegenden Daten, die Zwangsbehandlungen reduzieren. Wir benötigen in der Versorgung psychotherapeutische Interventionen, aber nicht immer Richtlinien-Psychotherapie.

Wir benötigen eine wissenschaftliche Information über Psychopharmaka, die nicht über die Industrie gesteuert wird.

Aderhold: Ja, das Versorgungssystem muss es uns ermöglichen, dass wir Menschen mit psychischen Erkrankungen früh im Lebensfeld begleiten, dass wir niederschwellig in mobilen Teams arbeiten können, damit Patienten nicht erst so akute Symptome entwickeln, um dann letztlich im Krankenhaus behandelt zu werden. Wir benötigen ein Versorgungssystem, in dem Gemeindepsychiatrie und Akutbehandlungsteams, in denen auch Erfahrungsexperten arbeiten, noch stärker zum Alltag gehören, wie im Modell des „Offenen Dialoges“. In den Krankenhäusern brauchen wir Stationen mit vernünftigen Größen – 21 Betten sind zu viel, um Patienten mit Psychosen zu behandeln. Hier steht uns z. B. das Soteria-Modell schon lange zur Verfügung. Dies alles ist nötig, wenn wir den Einsatz von Medikamenten auf das richtige Maß reduzieren möchten. Für mich ist an dieser Stelle auch das Thema „Desinformation“ durch die Pharmaindustrie wichtig. Wir benötigen eine wissenschaftliche Information über Psychopharmaka, die nicht über die Industrie gesteuert wird. Jeder Psychiater muss Zugang zu einer unabhängigen, kritischen Information haben, auf die er sich verlassen kann. Dann hätten wir vielleicht auch mehr Kompetenz in der Frage der Dosierung und in der Anwendung von Neuroleptika.



Heinz: Umso mehr Sorgen bereiten mir die aktuellen Entwicklungen. In drei Jahren läuft die Psychiatrie-Personalverordnung aus. Ich befürchte, dass dann ein schleichender Prozess einsetzt, der dazu führen kann, dass die Kliniken ihren Deckungsbeitrag erhöhen müssen – jedes Jahr ein bisschen. Was bedeutet dies? Die Kliniken steuern dann auf die Patientengruppen um, die nicht oder anders chronisch krank sind. Z. B. Patienten in der Rehabilitation, die psychosozial gut zurechtkommen, nicht gewaschen werden müssen, nichts anzünden oder kaputt machen – also vielleicht Patienten mit einer chronischen Angsterkrankung. Für diese Patientengruppen werden dann Spezialstationen mit einem geordneten Reha-Programm eingerichtet, mit einer guten Personalausstattung, mit regulierten Standardprogrammen. Das ist grundsätzlich zwar in Ordnung, aber meine Sorge ist, dass für die anderen Patienten die Versorgung schlechter und die Zwangsmedikation zunehmen wird, um sie in der vorgeschriebenen Zeit entlassungsfähig zu machen. Wir brauchen also eine echte Psychiatriereform und das geht nur über Personalgarantien und Modellprojekte.

PROF. DR. DR. ANDREAS HEINZ

Andreas Heinz ist seit 2002 Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charité – Universitätsmedizin Berlin und seit 2009 Mitglied im Vorstand der DGPPN. Seit 2012 ist er stellvertretender Vorsitzender der Aktion Psychisch Kranke.

DR. VOLKMAR ADERHOLD

Volkmar Aderhold ist Mitarbeiter des Instituts für Sozialpsychiatrie an der Universität Greifswald und freiberuflich tätig mit Qualifizierungsmaßnahmen und Beratung von ambulanten Trägern und Kliniken bei der Strukturentwicklung.



Frühbucherrabatt sichern

Melden Sie sich jetzt auf www.dgppn.de bis zum 31. August 2015 für den DGPPN Kongress 2015 an und profitieren Sie von der vergünstigten Teilnahmegebühr.

25.–28. NOVEMBER 2015 | CITYCUBE BERLIN

DGPPN KONGRESS 2015

Von Angststörung bis Zwangserkrankung: Im kommenden November findet in Berlin erneut Europas größte Fachtagung auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit statt. Über 650 Einzelveranstaltungen stehen auf dem Programm des DGPPN Kongresses 2015, mehr als 9000 Ärzte, Wissenschaftler und Therapeuten werden erwartet.

Mit dem Motto „Der Mensch im Mittelpunkt: Versorgung neu denken“ rückt der DGPPN Kongress 2015 ein zukunftsweisendes Leitthema ins Zentrum. 40 Jahre nach der Veröffentlichung des Berichts der Enquetekommission der Bundesregierung im November 1975 sind in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen enorme Fortschritte erzielt worden. Die Grundlagenforschung hat zu einem verbesserten Verständnis psychischer Störungen beigetragen und dafür gesorgt, dass das Fachgebiet in den Neurowissenschaften angekommen ist. Psychotherapie, psychosoziale Interventionen und weiterentwickelte Medikamente bilden heute die Behandlungsgrundlage einer Vielzahl von Störungsbildern.

Trotzdem stellen psychische Erkrankungen eine der größten Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung dar: Der Hilfebedarf ist über alle Sektoren hinweg gewachsen. Mit rund 40 Millionen Arbeitsunfähigkeitstagen stehen psychische Erkrankungen nicht nur auf Platz zwei bei den Krankenschreibungen, sie sind aktuell auch der häufigste Grund für Frühverrentungen.

FORSCHUNG UND PRAXIS

Damit psychisch erkrankte Menschen auch in Zukunft qualitativ hochwertige, wissenschaftlich fundierte und individualisierte Versorgung erhalten, ist es ein zentrales Ziel des Kongresses, die Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis zu stärken.



sierte medizinische, therapeutische und soziale Hilfe erhalten, müssen heute die richtigen Weichen gestellt werden. Nationale und internationale Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Versorgung, Praxis und Politik werden auf dem DGPPN Kongress 2015 neue Versorgungskonzepte vorstellen und das Potenzial von gestuften, bedarfsgerechten, personenzentrierten und sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen diskutieren. Im Fokus stehen Fragen, die ganz direkt die Patienten und die an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen betreffen. Wie lassen sich die Empfehlungen der evidenzbasierten Leitlinien im Behandlungsalltag noch umfangreicher umsetzen? Wie können die neuesten Erkenntnisse aus Wissenschaft und Forschung in die Praxis übersetzt werden? Wie stellen wir die Beziehungskontinuität in der Behandlung und die Gerechtigkeit bei der Verteilung der Ressourcen sicher? Besonderes Augenmerk wird dabei auch auf aktuellen gesundheitspolitischen Themen liegen – z. B. auf der UN-Behindertenrechtskonvention oder dem Teilhabegesetz. Darüber hinaus kommen auch wichtige gesellschaftliche Fragestellungen zur Sprache.

Der DGPPN Kongress spricht aber nicht nur das Fachpublikum an, sondern richtet sich mit einer Reihe speziell konzipierter Veranstaltung auch an die breite Öffentlichkeit. Die beiden Infotage für Schüler, Eltern und Lehrer drehen sich um die Themen „Sexuelle Orientierung“ und „Cannabis-Konsum“. Eine weitere öffentliche Veranstaltung geht der Frage der psychischen Widerstandsfähigkeit nach.

DER MENSCH IM MITTELPUNKT: VERSORGUNG NEU DENKEN

- Neue Wege in der Behandlung: Überwindung der Sektorengrenzen
- Psychotherapie: Bedarfsorientierung und Flexibilisierung
- Wissenschaft und Praxis: von der Forschung zum Patienten
- Dialog neu gedacht: Empowerment, Recovery, Teilhabe
- Qualität und Transparenz in der Psychiatrie

Fort- und Weiterbildung: über 30 CME-Punkte möglich

Das Wissen über Ursachen, Prävention und Therapie von psychischen Erkrankungen entwickelt sich rasant. Mit der renommierten Akademie für Fort- und Weiterbildung bietet der DGPPN Kongress Gelegenheit, die eigenen Fachkenntnisse auf den neuesten Stand zu bringen. Das Programm beinhaltet über 80 Workshops – von höchster wissenschaftlicher Qualität. Deshalb ist der DGPPN Kongress nicht nur für Assistenzärzte zum festen Bestandteil ihrer fachärztlichen Weiterbildung geworden. Auch Fachärzte nutzen die vielfältigen Angebote der Akademie für Fort- und Weiterbildung für den Erhalt ihres Fortbildungszertifikats. Angehörige anderer Berufsgruppen vertiefen ihre Sachkompetenz im Bereich der psychischen Gesundheit. Alle Teilnehmer können aus einer großen Anzahl Themen wählen und neben der Wissensvermittlung vor allem praktische Fertigkeiten für die eigene Berufspraxis erwerben. Insgesamt sind die Veranstaltungen des DGPPN Kongresses mit über 30 CME-Punkten zertifiziert.

JETZT WORKSHOP BUCHEN

Sichern Sie sich jetzt auf www.dgppn.de Ihre Fort- und Weiterbildungsworkshops und profitieren Sie zusätzlich vom Frühbucherrabatt für den DGPPN Kongress 2015.

Auszug aus dem Workshop-Programm 2015

1-Tages-Workshops

Demenzdiagnostik | Hoarding, Messie-Syndrom und Organisationsdefizit | Intensivkurs Pharmakotherapie | Notfall- und Akutpsychiatrie | Pathologische Trauer | Psychiatrische Kurz-Psychotherapie der Depression | Psychokardiologie: eine Einführung | Psychoonkologie | Psychotherapie bei beruflichen Belastungen | Update Suchttherapie

2-Tage-Workshops

Einblick ins Gehirn: aktuelles aus den Neurowissenschaften | Internet- und Computerspielabhängigkeit | Konsiliar- und Liaisonspsychiatrie | Methoden und Techniken der kognitiven Umstrukturierung | Praxis verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie | Psychiatrische Kurzzeittherapie bei Alkoholabhängigkeit | Psychologische Diagnostik und Behandlung von chronischen Schmerzstörungen | PTSD – Hintergrund, Diagnostik und Therapie | Risiken der Psychopharmakotherapie | Störungen der Sexualität

Wissenschaftliches Programm

Das Wissenschafts-, Fortbildungs- und Diskussionsprogramm des DGPPN Kongresses 2015 umfasst über 650 Einzelveranstaltungen aus allen Bereichen der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Dabei greift der Kongress alle relevanten psychischen Störungen auf und beschäftigt sich intensiv mit den aktuellen Entwicklungen in Forschung, Diagnostik, Therapie und Versorgung.



Einzigtages Themenspektrum

- Aktuelle Aspekte des Cannabiskonsums
*Vorsitz: Heribert Fleischmann (Störnstein),
 Ursula Havemann-Reinecke (Göttingen)*
*Referenten: Heribert Fleischmann (Störnstein),
 Ursula Havemann-Reinecke (Göttingen),
 Eva Hoch (Mannheim), Ulrich Preuss (Perleberg)*
- Biomarker in der Psychiatrie
*Vorsitz: Oliver Gruber (Göttingen),
 Andreas Meyer-Lindenberg (Mannheim)*
*Referenten: Elisabeth Binder (München),
 Oliver Gruber (Göttingen), Nikolaos Koutsouleris
 (München), Emanuel Schwarz (Mannheim)*
- Cognitive Enhancement: Ein Phänomen zwischen kognitiver Leistungssteigerung, Stigmatisierung und Sucht.
*Vorsitz: Andreas Franke (Neubrandenburg),
 Klaus Lieb (Mainz)*
*Referenten: Andreas Franke (Neubrandenburg),
 Andreas Heinz (Berlin), Claus Normann (Freiburg im
 Breisgau), Perikles Simon (Mainz)*
- Die Wirkung der Antipsychotika auf das Gehirn
*Vorsitz: Peter Falkai (München),
 Andreas Meyer-Lindenberg (Mannheim)*
*Referenten: Gerhard Gründer (Aachen),
 Nikolaos Koutsouleris (München),
 Johann Steiner (Magdeburg), Heike Tost (Mannheim)*

- E-Mental Health in der Versorgung von Menschen mit depressiven Erkrankungen
Vorsitz: Thomas Becker (Günzburg), Steffi G. Riedel-Heller (Leipzig)
Referenten: Marie-Christine Dekoj (Günzburg), Susanne Kraft (Günzburg), Margrit Löbner (Leipzig), Markus Wolf (Heidelberg)
- Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression
Vorsitz: Martin Härter (Hamburg), Frank Schneider (Aachen)
Referenten: Tom Bschor (Berlin), Martin Härter (Hamburg), Christine Kühner (Mannheim), Frank Schneider (Aachen)
- Prävention von Depression und Suizid – verbesserte neue Chancen durch das neue Präventionsgesetz?
Vorsitz: Joachim Klosterkötter (Köln), Wolfgang Maier (Bonn)
Referenten: Martin Härter (Hamburg), Monika Kücking (Berlin), Armin Schmidtke (Würzburg), Danuta Wasserman (Stockholm, SE)
- Psychiatrie in der DDR – ein wissenschaftshistorischer Diskurs
Vorsitz: Paul Hoff (Zürich, CH), Ekkehardt Kumbier (Rostock)
Referenten: Stefanie Coché (Köln), Kathleen Haack (Rostock), Matthias Lammel (Berlin), Stefan Orlob (Stralsund)
- Refugees and asylum seekers in Europe
Vorsitz: Marianne C. Kastrup (Frederiksberg, DK), Meryam Schouler-Ocak (Berlin)
Referenten: Marianne C. Kastrup (Frederiksberg, DK), Levent Küey (Istanbul, TR), Kees Laban (AK Ruinen, NL), Meryam Schouler-Ocak (Berlin)
- Sexualität und Gewalt
Vorsitz: Peer Briken (Hamburg), Henning Saß (Aachen)
Referenten: Peer Briken (Hamburg), Elmar Habermeyer (Zürich, CH), Hans-Ludwig Kröber (Berlin), Andreas Mokros (Zürich, CH)
- Sexueller Missbrauch in Institutionen
Vorsitz: Harald Dreßing (Mannheim), Jörg M. Fegert (Ulm)
Referenten: Dieter Dölling (Heidelberg), Jörg M. Fegert (Ulm), Martin Wazlawik (Münster), Mechthild Wolff (Landshut)
- Soziale Teilhabe – gleichrangig und auf Augenhöhe: Neues aus Forschung und Versorgung
Vorsitz: Iris Hauth (Berlin), Katarina Stengler (Leipzig)
Referenten: Ruth Fricke (Herford), Iris Hauth (Berlin), Matthias Jäger (Zürich, CH), Ingmar Steinhart (Dortmund), Katarina Stengler (Leipzig)



Hochkarätige Keynote-Speaker

In den vergangenen Jahren hat sich der DGPPN Kongress als zentrales Forum für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie etabliert. Auch für diese Jahr haben zahlreiche hochkarätige Keynote Speaker zugesagt.

- Jeffrey Lieberman (New York, USA)
- Helen Herrman (Parkville, Australia)
- Jacques P. Barber (Garden City, USA)
- Manfred Lütz (Köln)
- Giovanni Maio (Freiburg im Breisgau)
- Hans-Walter Schmuhl (Bielefeld)
- Martin Teicher (Belmont, USA)
- Mogens Vestergaard (Aarhus, Dänemark)
- Sir Simon Wessely (London, England)
- Xudong Zhao (Shanghai, China)



Herzlich willkommen im CityCube Berlin

Der DGPPN Kongress findet 2015 wieder in der neuen Kongress- und Messearena CityCube Berlin statt. Das Gebäude liegt in unmittelbarer Nähe des ehemaligen Kongresszentrums (ICC). Es hat direkte Anbindung an das Berliner S-Bahn-Netz (Station Messe Süd) und lässt sich so bequem vom Hauptbahnhof und vom Flughafen Schönefeld erreichen. Eine schnelle und direkte Verbindung zum Flughafen Tegel bietet ein Expressbus.



Betroffene, Angehörige und professionelle Helfer im Gespräch

Wie lässt sich die psychiatrische Versorgung weiterentwickeln, damit sie den Menschen mit psychischen Erkrankungen noch besser gerecht wird? Der aktive Austausch mit Betroffenen und Angehörigen ist der DGPPN als medizinischer Fachgesellschaft sehr wichtig. Das Dialog-Forum ist deshalb fester Bestandteil des jährlichen Kongressprogramms. Es wird von der DGPPN gemeinsam mit Betroffenen- und Angehörigenverbänden veranstaltet. Die Veranstaltung setzt den Schwerpunkt auf Themen, die auch in der Öffentlichkeit immer wieder im Fokus stehen.



Kongresseröffnung mit dem Bayerischen Ärzteorchester

Musikinstrument statt Stethoskop: Seit mehr als 45 Jahren sorgt das Bayerische Ärzteorchester in ganz Deutschland für volle Konzertsäle. Das Symphonieorchester zählt zurzeit rund 200 Musiker, die meisten unter ihnen sind Mediziner. Auf dem DGPPN Kongress 2015 wird ein Teil des Ensembles unter der Leitung von Dirigent Reinhard Steinberg die Pariser

Sinfonie KV 297 von Wolfgang Amadeus Mozart spielen. Mozart hatte diese 1778 für das Pariser Publikum komponiert, das es zu dieser Zeit lebhaft und effektiv liebte. Der Komponist setzte deshalb mehr Instrumente denn je ein. Erstmals brachte er in einer Symphonie Klarinetten zum Einsatz und ließ Pauken, Trompeten, Flöten, Oboen, Fagotte und Hörner erklingen.



Filme und Literatur

Was bedeutet es, psychisch krank zu sein? Auf dem DGPPN Kongress 2015 werden eine Reihe von Filmen und Büchern vorgestellt, die einen eindrucksvollen Einblick in das Leben mit psychischen Erkrankungen geben. Die Filmvorführungen gehören zu den vielen Highlights des Kongressprogramms 2015. Gezeigt werden Reportagen und Dokumentationen. Das aktuelle Programm ist auf www.dgppn.de aufrufbar. Daneben erhalten die Kongressteilnehmer die Gelegenheit, sich an Büchertischen mit Betroffenen und Angehörigen über deren neueste Werke auszutauschen.



Berlin, ständig im Wandel

Kaum eine Stadt hat eine so bewegende Geschichte durchlebt, kaum eine Stadt hat sich so schnell verändert – und erfindet sich immer wieder neu. Gut 25 Jahre nach dem Mauerfall ist Berlin vielfältiger denn je. Die Metropole fasziniert mit authentischer Geschichte, aufregenden Trends, Hoch- und Subkultur und einem einzigartigen Lebensgefühl. Berlins Kultur- und Kunstszene setzt immer wieder Maßstäbe und bildet mit ihren Museen, Sammlungen, Opernhäusern, Symphonieorchestern und Bühnen eine der reichsten Kulturlandschaften Europas. In der letzten Novemberwoche strahlt Berlin mit seinen Weihnachtsmärkten und dem festlich beleuchteten Ku'damm schon in vorweihnachtlichem Glanz.

AKTUELL INFORMIERT

Auf www.dgppn.de finden Sie laufend die neuesten Entwicklungen des DGPPN Kongresses 2015. Hier erfahren Sie, welche Keynote-Speaker im November in Berlin sprechen werden, welche Themen in den Symposien berücksichtigt werden und was das Rahmenprogramm zu bieten hat.

DGPPN KONGRESS 2015

DEN NACHWUCHS IM BLICK

Der jährliche DGPPN Kongress ist auch ein Treffpunkt für Nachwuchskräfte: Mehr als 2000 Medizinstudierende und Assistenzärzte reisen dafür nach Berlin. Sie profitieren von 500 Kongressstipendien und ermäßigten Teilnahmegebühren. Das speziell für sie konzipierte Nachwuchsprogramm mit renommierten Referenten macht den Kongress für sie besonders attraktiv.

Auch in diesem Jahr hat die Junge Akademie der DGPPN für den Jahreskongress der Fachgesellschaft ein Nachwuchsprogramm mit spannenden Inhalten zusammengestellt. Dieses bietet jungen Kongressbesuchern die Möglichkeit, Einblicke in das Fachgebiet zu gewinnen, sich frühzeitig über Karrierewege zu informieren und ein eigenes professionelles Netzwerk aufzubauen. Bei der Auswahl der Themen liegt ein besonderes Augenmerk auf der inhaltlichen Ausgewogenheit.

In wissenschaftlichen Symposien, Meet-the-Expert-Runden, Lectures sowie Veranstaltungen zu aktuellen

Entwicklungen rund um das Fach und praxisnahen Workshops beleuchten angesehene Referenten psychiatrisch-psychotherapeutische Schwerpunktbereiche. Die jungen Teilnehmer erfahren z. B., wie interdisziplinär die Psychiatrie ist und lernen mögliche Wege in die Wissenschaft kennen. Sie diskutieren mit Experten über eine fortschrittliche Psychiatrie-Ausbildung oder über innovative Arbeitszeitmodelle; auch ethische und forensisch-psychiatrische Fragen werden im Nachwuchsprogramm abgebildet. Durch interaktive Formate kann sich das Publikum mit Ideen und Anregungen einbringen und somit bei

der Gestaltung des Nachwuchsprogramms mitwirken. An allen vier Kongresstagen stehen die Mitglieder der Jungen Akademie den jungen Kongressbesuchern mit Rat und Tat zur Seite. Sie beantworten Fragen zum Kongress, zu Facharztweiterbildung, Organisation des Studiums oder wissenschaftlicher Laufbahn.

Die Junge Akademie gibt in der DGPPN dem Nachwuchs eine Stimme. Sie widmet sich der Zukunft des Faches Psychiatrie und Psychotherapie und engagiert sich u. a. im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung.

HIGHLIGHTS AUS DEM NACHWUCHSPROGRAMM 2015

Symposien

- Verschiedene Wege in der psychiatrischen Wissenschaft
- Ethik in der Psychiatrie
- Fälle zum Knobeln: Kasuistiken aus dem Spektrum psychiatrischer Erkrankungen
- Einblick in die Tätigkeit eines forensischen Psychiaters – Begutachtung und Behandlung typischer Krankheitsbilder

Meet-the-Expert

- Narzissmus: Ist Eigenliebe eine Krankheit? (S. Röpke, Berlin)
- Intimidid: Die Tötung des Intimpartners (A. Marneros, Halle)
- ADHS im Erwachsenenalter (M. Rösler, Homburg)

Lectures

- Ärztliche Psychotherapie (M. Bohus, Mannheim)
- Psychiatrische Genetik (M. Rietschel, Mannheim)
- Translationale Forschung in der Psychiatrie (E. Binder, München)

Workshops

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

Das vollständige Nachwuchsprogramm finden Sie in Kürze auf www.dgppn.de > Kongress



Der DGPPN Kongress ist auch ein Treffpunkt für psychiatrische Nachwuchskräfte.

KONGRESSSTIPENDIEN

Jetzt beantragen!

Für Medizinstudierende stehen 500 Kongressstipendien bereit. Jetzt anmelden und Stipendium sichern!

www.dgppn.de > Kongress

TASK-FORCES 2015

AM PULS VON GESELLSCHAFT UND POLITIK

Das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie befindet sich permanent im Wandel. Wie kaum eine andere medizinische Disziplin ist es verwoben mit gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen. Tagesaktuelle Ereignisse, Gesetzes- und Reformvorhaben und damit verbunden auch die mediale Berichterstattung erfordern von der DGPPN oftmals eine schnelle und fundierte Reaktion.

Um rasch auf die aktuellen Fragestellungen reagieren zu können, richtet die Fachgesellschaft anlassbezogen Task-Forces ein. Dabei handelt es sich um multidisziplinäre Gremien, die vom Vorstand der DGPPN zeitlich begrenzt einberufen werden und denen renommierte Experten angehören. Die Task-Forces sind aktuell in vielen verschiedenen Themengebieten aktiv. Trotz unterschiedlicher Schwerpunkte verfolgen sie jedoch ein gemeinsames Ziel: Menschen mit psychischen Erkrankungen sollen in Deutschland frei von Vorurteilen leben können und die notwendigen medizinischen, psychologischen und sozialen Hilfen erhalten. *Psyche im Fokus* stellt die zurzeit aktiven Task-Forces der DGPPN vor.

INDIVIDUALPRÄVENTION PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN IM BETRIEBLICHEN KONTEXT

Arbeit und psychische Erkrankungen greifen eng ineinander. Zum einen können schlechte Arbeitsbedingungen krank machen, zum anderen kann Arbeit auch vor psychischer Erkrankung schützen und die Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen verbessern. Für die Task-Force „Individualprävention psychischer Erkrankungen im betrieblichen Kontext“ ergeben sich daraus drei zentrale Handlungsfelder: I. Psychosoziale Risikofaktoren für psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz reduzieren, II. Wiedereingliederung am Arbeitsplatz nach psychischer Erkrankung erfolgreich gestalten, III. Arbeit für Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen auch am ersten Arbeitsmarkt ermöglichen.

Leitung: Prof. Dr. Wolfgang Maier (Bonn), Prof. Dr. Mathias Berger (Freiburg)

QUALITÄTSINDIKATOREN

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft setzt sich die DGPPN seit Jahrzehnten für die Qualitätssicherung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie ein. Die neu gegründete Task-Force „Qualitätsindikatoren“ hat nun insbesondere die Förderung und Weiterentwicklung von sektorenübergreifenden Qualitätsindikatoren psychischer Erkrankungen zum Ziel. Sie knüpft damit an frühere Aktivitäten der Fachgesellschaft an und reagiert auf den Auftrag an den Gemeinsamen Bundes-

ausschuss (G-BA) durch den Gesetzgeber, sektorenübergreifende Qualitätsindikatoren zu entwickeln. Daneben kommt der Identifizierung von relevanten Ergebnisindikatoren und Erhebungsinstrumenten zur Ergebnismessung eine wichtige Rolle zu.

Leitung: Prof. Dr. Wolfgang Gaebel (Düsseldorf), Prof. Dr. Peter Falkai (München)

STRUKTURQUALITÄT

Der G-BA hat vom Gesetzgeber den Auftrag erhalten, Maßstäbe für eine angemessene Personalausstattung in den Kliniken der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik zu entwickeln. Aus diesem Grund beschäftigt sich die Task-Force „Strukturqualität“ mit der stationären Personalausstattung. Ziel der Arbeitsgruppe sind mehrere Veröffentlichungen, die vor dem Hintergrund der Ablösung der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) normative Vorgaben zur Personalstruktur zum Thema haben.

Leitung: Dr. Iris Hauth (Berlin), Dr. Frank Godemann (Berlin)

BEHANDLUNGSSTANDARDS IN DER FORENSISCHEN PSYCHIATRIE

Die Psychiatrie und Psychotherapie hat unter den medizinischen Disziplinen eine Sonderstellung: Sie übernimmt neben ihrem Heilauftrag als genuin ärztliche Aufgabe zusätzlich für die Gesellschaft ordnungspolitische Aufgaben. Dazu gehört auch die „Besserung und Sicherung“ im psychiatrischen Maßregelvollzug. Ziel der Task-Force „Behandlungsstandards in der Forensischen Psychiatrie“ ist es, Empfehlungen für die Behandlung im Maßregelvollzug zu formulieren, die als Referenzpunkte für Fachärzte, Justiz, Rechtsanwälte, Presse, Laien oder aber die Untergebrachten selbst zur Verfügung stehen.

Leitung: Prof. Dr. Jürgen L. Müller (Göttingen)

PATIENTENAUTONOMIE

In den letzten beiden Jahren seit der Neuregelung des Betreuungsrechts hat sich viel bewegt. Die strengen rechtlichen Vorgaben für ärztliche Zwangsmaßnahmen und die intensive

Diskussion zwischen dem behandelnden Fachpersonal und den Betroffenen und Angehörigen sowie den zuständigen Ministerien und Bundestagsausschüssen führten zu einer Reduzierung von Zwang und einer Fokussierung auf mögliche Alternativen. Die Task-Force „Patientenautonomie“ hat zur Umsetzung des neuen rechtlichen Rahmens in den Psychisch-Kranken-Gesetzen und Unterbringungsgesetzen 2015 Eckpunkte veröffentlicht. Außerdem setzt sie sich in einem Pilotprojekt verstärkt für die lückenlose Dokumentation von Zwangsmaßnahmen in den Krankenhäusern und die Prüfung der Daten in einem Bundesregister ein. Übergeordnetes Ziel ist es, die Förderung der Selbstbestimmungsrechte der Patienten in der klinischen Praxis zu stärken.

Leitung: Prof. Dr. Thomas Pollmächer (Ingolstadt), Prof. Dr. Peter Falkai (München), Prof. Dr. Arno Deister (Itzehoe)

E-HEALTH

Das Thema E-Health gewinnt auch in der Psychiatrie und Psychotherapie in Form von E-Mental-Health zunehmend an Bedeutung. Mittlerweile existieren national und international eine Vielzahl von Angeboten. Ziel der neu gegründeten Task-Force „E-Health“ soll daher sein, die bestehenden Angebote zu sichten und Empfehlungen für sach- und leitliniengerechte E-Mental-Health-Angebote zu formulieren oder entsprechende Projekte zu begleiten.

Leitung: Dr. Iris Hauth (Berlin)

SCHNITTSTELLE AMBULANTE UND STATIONÄRE VERSORGUNG

Mit Gründung der Verbändeplattform „Schnittstelle ambulante und stationäre Versorgung“ bearbeitet die DGPPN die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Die Task-Force soll Eckpunkte eines sektorenübergreifenden Versorgungskonzeptes unter Einbezug des NPV-Konzeptes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erarbeiten. Insbesondere sollen weitere Leistungsanbieter im ambulanten Bereich, z. B. die psychiatrischen Institutsambulanzen, und die Schnittstelle der klinischen Behandlung beschrieben und daraus ein strukturierter Versorgungspfad entwickelt werden.

Leitung: Dr. Frank Bergmann (Aachen)

INNOVATIVE VERSORGUNGSFORMEN

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist in Deutschland auf Seiten der Leistungsanbieter durch mangelnde Koordination und Rationierung gekennzeichnet. Die Betroffenen finden sich in der Vielfalt der Angebote oftmals nicht zurecht und leiden unter den Diskontinuitäten in der Behandlung. Der Gesetzgeber hat bereits einige Instrumente geschaffen, um Diagnostik und Therapie integrativer zu gestalten. Die Task-Force „Innovative Versorgungsformen“ wird sich zunächst mit den Best Practice Modellen der integrierten Versorgung, der Ärztenetze und der Modellprojekte



Aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen erfordern oftmals eine schnelle Reaktion der DGPPN.

im klinischen Bereich beschäftigen und diese auf verschiedenen Ebenen fördern. Besonderes Augenmerk liegt dabei auf den Schnittstellen zu den Leistungsangeboten der Eingliederungshilfe.

Leitung: Dr. Iris Hauth (Berlin)

ENTGELT

Die Arbeitsgruppe „Entgelt“ ist keine Task-Force im eigentlichen Sinn, sondern vielmehr eine Plattform, auf der sich alle wesentlichen Verbände und Gruppierungen multidisziplinär mit den zentralen Fragen um die Entwicklung des neuen Krankenhausentgeltsystems für Psychiatrie und Psychotherapie beschäftigen. Die Plattform prüft auf der operativen Ebene systemimmanente Fragen der Entwicklung des neuen Entgeltsystems kritisch und stimmt Vorschläge für Stellungnahmen ab. Gleichzeitig diskutieren die beteiligten Partner mögliche Modifikationen und Alternativen zum neuen Entgeltsystem und koordinieren gesundheitspolitische Aktivitäten.

Leitung: Dr. Iris Hauth (Berlin), Dr. Frank Godemann (Berlin)

REFERATE AKTUELL

TEILHABE DURCH REHABILITATION

Bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen steht oft die Akutversorgung im Vordergrund. Doch großer Handlungsbedarf zeigt sich auch bei der langfristigen Versorgung – insbesondere im Bemühen um die chancengleiche Teilhabe Betroffener am Leben in der sozialen Gemeinschaft. Das Fachreferat „Rehabilitation und Teilhabe“ der DGPPN engagiert sich seit vielen Jahren auf diesem Gebiet.

Autorin: Katarina Stengler

In der Langzeitperspektive psychisch erkrankter Menschen hat sich in den letzten Jahren ein Paradigmenwechsel vollzogen: Das sogenannte Empowerment-Modell hat das Behinderungsmodell abgelöst – gesunde Ressourcen stehen heute im Mittelpunkt der Betrachtung des Patienten. Mit der Einrichtung des Fachreferates „Rehabilitation und Teilhabe“ reagierte die DGPPN nicht nur auf diese Entwicklung, sie rückte damit auch die strukturellen und fachlichen Defizite Deutschlands in diesem Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungslandschaft in den Fokus. Ganz zuvorderst steht dabei der Gedanke, dass Rehabilitation für Menschen mit psychischen Erkrankungen vor allem der chancengleichen Teilhabe am Leben in der sozialen Gemeinschaft dienen sollte.

STARKE ZERGLIEDERUNG IN DEUTSCHLAND

Maßnahmen zur Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen sind vor al-

lem dann wirksam, wenn sie als Komplexeleistungen zur Teilhabe in allen Lebensbereichen ohne zeitlich oder konzeptionell voneinander getrennten Segmenten – d. h. beruflich, medizinisch oder sozial – erfolgen. Doch der Blick auf die Versorgungslandschaft zeigt, dass Deutschland im internationalen Vergleich einen Sonderweg geht: Die einzelnen Rehabilitationsanteile sind auch heute noch stark zergliedert und es wird strikt zwischen kurativer Behandlung und Rehabilitation unterschieden. Dabei belegen Studien, dass es auch anders geht: In vielen vergleichbaren Ländern existieren Versorgungssysteme, die dem Anspruch eines psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungskontinuums von Prävention über Akutversorgung bis hin zu Rehabilitation, mit dem Ziel der langfristigen Integration chronisch psychisch kranker Menschen in regionale Systeme, durchaus gerecht werden.

Unter den heutigen sozialrechtlichen Bedingungen ist es in Deutschland eine große Herausforderung, Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bei der gleichberechtigten Partizipation erfolgreich zu unterstützen. Dies gilt insbesondere für die Bereiche Wohnen und Arbeiten. Mit dem geplanten Bundessteuergesetz setzt die Bundesregierung nun ein Zeichen für die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe in ein modernes Teilhaberecht und eine verbesserte Koordinierung der Rehabilitationsträger. Das Fachreferat „Rehabili-

tation und Teilhabe“ hat für die DGPPN eine Stellungnahme erarbeitet und auf die zentralen Positionen aufmerksam gemacht, die es bei der Neuorganisation der Teilhabe zugunsten von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu beachten gilt (siehe Seiten 2 und 3 in diesem Heft).

ENTWICKLUNG DER BEHANDLUNGSLEITLINIE

Gleichzeitig arbeitet das Fachreferat auf vielen Ebenen daran, den Grundsatz der psychiatrischen Rehabilitation noch stärker im Versorgungsalltag zu etablieren. So waren Vertreter des Referats an der Entwicklung der Behandlungsleitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ beteiligt, die 2013 veröffentlicht wurde. Die darin vorgelegte wissenschaftliche Evidenz, u. a. im Bereich beruflicher Rehabilitation und komplexer gemeindebasierter Versorgungsangebote, hat in Deutschland zu einem intensiven fachlichen Austausch geführt, der bis heute anhält. Gleichzeitig setzt sich das Referat dafür ein, die psychiatrische Rehabilitation in der Forschung, der studentischen Lehre und der fachärztlich-psychiatrischen Weiterbildung zu stärken.

PROF. DR. MED. KATARINA STENGLER

Leiterin des DGPPN-Referates „Rehabilitation und Teilhabe“

Leiterin Psychiatrische Institutsambulanz, Universitätsklinikum Leipzig

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.

Weitere Informationen auf www.dgppn.de

FILMBESPRECHUNG

EIN LEBEN OHNE GESTERN

Auch jüngere Menschen können an Alzheimer erkranken. In Deutschland sind etwa 20.000 Menschen von der früh beginnenden Form der Krankheit betroffen. Wie schwerwiegend sich diese auf das Leben der Betroffenen und das ihrer Angehörigen auswirkt, zeigt der mehrfach ausgezeichnete US-amerikanische Film Still Alice.

Autorin: Vjera Holthoff-Detto

Alice führt ein in jeder Hinsicht privilegiertes Leben. Der Film erzählt von ihr, der Hochschullehrerin einer erstklassigen amerikanischen Universität an der Ostküste, die gefragte Referentin an anderen Universitäten ist, eine Sprachwissenschaftlerin, die das Standardwerk ihres Fachs verfasst hat. Sie ist mit einem Naturwissenschaftler und Forscher verheiratet, Mutter von zwei Töchtern und einem Sohn. Die Familie pflegt einen intensiven Austausch, die jüngere Tochter versucht im Unterschied zu ihren Geschwistern mit eher wenig Erfolg und ständiger finanzieller Abhängigkeit einen Beruf zu ergreifen und wohnt an der Westküste. Alice besucht sie zu Beginn der Erzählung und bemängelt ihre fehlende berufliche Perspektive und ihre Abhängigkeit. Diese Tochter wird sich als eine selbstbestimmte junge Frau beweisen, die am meisten Zeit mit ihrer Mutter in der Krankheit verbringen und sich von ihr erklären lassen wird, wie die Demenz sich anfühlt. Ihre Antwort auf diese Schilderung der Mutter ist ein authentisch berührender Moment des Films, sie sagt: „Das ist schrecklich“.

DIE GANZE FAMILIE IST BETROFFEN

Der Film zeigt einen kurzen Lebensabschnitt dieser Fünfzigjährigen, die Zeit zwischen dem Erleben früher Symptome einer Alzheimerdemenz bis zum mittleren Stadium. Der Film ist wichtig, da ihm eine einfühlsame und unaufgeregte Begleitung einer Frau gelingt, der es existenziell wichtig ist, ihre Selbstbestimmung und Würde zu erhalten und in Kenntnis des Erkrankungsverlaufes für diese Vorsorge zu leisten. Deswegen lautet der Titel *Still Alice*. Im leichten Stadium versucht Alice mit Intelligenz und Trainingsstrategien zielstrebig und voller Bestimmtheit die Gedächtnisinhalte zu behalten, um weiter zu leben wie sie es möchte. Je weniger ihr das gelingt, desto mehr Energie steckt sie in die Vorsorge, nämlich in eine Anleitung zum selbstbestimmten Tod durch Tablettenintoxikation – mit Videobotschaft und Handlungsanleitung an die spätere Alice. Als Alice in jenem Stadium die Botschaft findet, folgt sie ihr mit großer Anstrengung, vermasselt es, ahnungslos und ohne noch zu erfassen, um was es Alice von früher dabei gegangen war. Fassungslos steht sie in ihrem Leben,



Alice ist es existenziell wichtig, ihre Selbstbestimmung zu erhalten.

als sie im vertrauten Umfeld ihres Ferienhauses die Toilette sucht und nicht erwartet, dass sie sie nicht mehr finden kann. Da ist sie mit nasser Hose und muss fügsam ihrem Ehemann folgen, der ihr liebevoll hilft. Wie tragisch es für ihre Familie ist, zeigt der Film nach der Geburt ihres ersten Enkels, als Alice ihre Tochter fragt, ob sie, die Mutter dreier Kinder, das Neugeborene halten darf. Die Familie versichert sich per Blickkontakt untereinander.

Alice „gefriert“ in diesem Film zu Beginn der Erkrankung, als sie beim Jogging plötzlich die Orientierung verliert und nicht erkennt, wo sie ist, und später, als ihr Ehemann mit den älteren Kindern am Tisch bespricht, wie es für die demenzerkrankte Alice weitergehen wird, wenn er eine neue Stelle in einer anderen Stadt annimmt, denn das Leben geht weiter. Alice sitzt währenddessen am anderen Ende des Raums auf dem Sofa und sagt: „Es ist so kalt hier.“ Und wir spüren es auch.

PROF. DR. MED. HABIL. VJERA HOLTHOFF-DETTO

Leiterin des DGPPN-Referates „Gerontopsychiatrie“

Chefärztin der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Alexianer Krankenhaus Berlin Hedwigshöhe,

Mitglied der Medizinischen Fakultät, TU Dresden

FILM: Still Alice – Mein Leben ohne Gestern, USA 2014, 101 Min

NEUE STUDIEN

AKTUELLE ERKENNTNISSE AUS DER FORSCHUNG

Die Erforschung der Ursachen psychischer Erkrankungen hat in den letzten Jahrzehnten einen enormen 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 in jeder Ausgabe ausgewählte Studien kurz vor.

HOCHPOTENTES CANNABIS ERHÖHT DAS RISIKO FÜR PSYCHOSEN

Der Konsum von Cannabis birgt Gefahren – so ist seit langem bekannt, dass der Gebrauch der weichen Droge Psychosen auslösen kann. Ungeklärt war allerdings bislang die Frage, ob der Wirkstoffgehalt oder die Häufigkeit des Konsums entscheidend sind. In einer aktuellen Studie aus England konnte nun ein dreifach erhöhtes Risiko für eine Psychose bei den Nutzern von hochpotentem Cannabis festgestellt werden, bei täglichem Gebrauch erhöht sich das Risiko sogar auf das Fünffache. Gleichzeitig konnten die Forscher bei Probanden, die THC-armes Cannabis konsumierten – selbst bei täglichem Rauchen – keinen Zusammenhang feststellen. Die Autoren der Studie befragten zwischen 2005 und 2011 eine Gruppe von 410 Patienten, die im Süden Londons leben und erstmals wegen einer Psychose behandelt wurden, sowie 370 Menschen ohne Psychose-Diagnose. Wenn die Interpretation dieser Ergebnisse richtig ist, dass bei der Vorhersage von Psychosen die Potenz des Cannabis entscheidender als die Konsumhäufigkeit ist, so hätte dies Implikationen für die Prävention von cannabisinduzierten Psychosen – gerade vor dem Hintergrund, dass der Europäische Drogenbericht 2014 einen Anstieg des Wirkstoffgehalts verzeichnete.



Dank neuen Erkenntnissen aus der Hirnforschung können Wissenschaftler die Ursachen psychischer Erkrankungen besser verstehen.

ZUSAMMENHANG ZWISCHEN MOBBING UND SPÄTEREN PSYCHOTISCHEN SYMPTOMEN FESTGESTELLT

Für Personen, die Mobbingprozessen ausgesetzt sind oder waren, bestehen sowohl kurzfristige als auch längerfristige psychosoziale Risiken. Britische Forscher untermauerten diese Annahme in einer Studie, bei der Daten von über 15.000 Personen aus den Jahren 2000 und 2007, die älter als 16 Jahre waren, verwendet wurden. Im Laufe des Lebens gemachte Mobbing Erfahrungen können demnach in der Zukunft bei Be-

troffenen zu einem vermehrten Auftreten von individuellen psychotischen Symptomen wie Verfolgungsideen oder Halluzinationen führen. Auch die Wahrscheinlichkeit im späteren Verlauf ihres Lebens die Diagnose einer Psychose gestellt zu bekommen, ist bei diesen Menschen erhöht. Die Ergebnisse hatten auch bei der Kontrolle von soziodemografischen Faktoren, Intelligenzquotient oder zusätzlichen anderen Traumata Bestand. Als Konsequenz betont die Forschergruppe die Wichtigkeit von Früherkennung und rechtzeitig eingeleiteter Interventionen gegen Mobbing.

FORSCHERKONSORTIUM LEGT EINZIGARTIGE KARTIERUNG DES GEHIRNS VOR

Das internationale Forscherkonsortium ENIGMA (Enhancing Neuro Imaging Genetics through MetaAnalysis) hat beim Menschen fünf Verdachtsgene entdeckt, welche mit Größe und Ausformung verschiedener Gehirnstrukturen zusammenhängen. Die Wissenschaftler werteten dazu die Hirnscanaufnahmen von insgesamt 30.717 Menschen aus, die aus 50 Kohortenstudien weltweit stammen. Um herauszufinden, welche Gene dazu führen, dass die Größe der Gehirnstrukturen von Mensch zu Mensch variiert, glichen sie die Hirnscanner-Daten mit Erbgutanalysen ab und fanden dabei insgesamt fünf neue genetische Varianten in den Genregionen DLG2 (auf Chromosom 11 gelegen), FAT3 (Chromosom 11), KTN1 (Chromosom 14), DCC (Chromosom 18) und BCL2L1 (Chromosom 20), die mit dem Volumen der Hirnstrukturen „Putamen“ und „Nucleus caudatus“ zusammenhängen. Wie die jetzt entdeckten Gene ihren Einfluss auf die Größe der Gehirnstrukturen auf der biologischen Ebene im Detail entfalten, ist noch nicht bekannt. Es gibt aber Hinweise, dass im wachsenden Gehirn z. B. die Wanderung von Nervenzellen (DCC) oder der programmierte Zelltod unreifer Neuronen (BCL2L1) beeinflusst werden. Die Forscher bezeichnen die Ergebnisse als wichtigen Schritt zu einer einzigartigen Kartierung des menschlichen Gehirns, die dazu beitragen kann, die molekularen Mechanismen psychiatrischer Erkrankungen besser zu verstehen.

TV-FORMATE KÖNNEN ESSSTÖRUNGEN VERSTÄRKEN

Eine Studie des Internationalen Zentralinstituts für das Jugend- und Bildungsfernsehen (IZI) untersuchte die Rolle von Fernsehsendungen im Kontext von Essstörungen wie Magersucht und Bulimie aus Sicht der Betroffenen. Befragt wurden 241 Menschen, die sich wegen einer Essstörung in thera-

peutischer Behandlung befanden. Die Stichprobe setzt sich zu 96 % aus Mädchen und jungen Frauen zusammen, hinzu kamen 10 junge Männer. Dabei stach die Sendung Germany's Next Topmodel besonders negativ heraus. Für fast ein Drittel der Betroffenen war die Sendung entscheidend für die eigene Krankheitsentwicklung. Besonders problematisch ist dabei die Vermittlung eines vermeintlich „normalen“ Körperideals, welches für die meisten Heranwachsenden nicht zu erreichen ist. Dadurch entstehende Minderwertigkeitsgefühle verbunden mit dem Druck, dem durch die Sendung transportierten Schönheitsideal entsprechen zu wollen, verstärkten bei vielen jungen Menschen die Problematik einer Essstörung. Als

Konsequenzen fordern die Studienautoren dringend eine Erweiterung der medialen Bildwelten und mehr Achtsamkeit beim Umgang mit jungen Frauen vor der Kamera.

QUELLEN

1. Di Forti M et al. (2015) Proportion of patients in south London with first-episode psychosis attributable to use of high potency cannabis: a case-control study. *The Lancet Psychiatry* 2;3:233–238
2. Catone G et al. (2015) Bullying victimisation and risk of psychotic phenomena: analyses of British national survey data. *The Lancet Psychiatry* Published Online: 20. Mai 2015
3. Hibar DP et al. (2015) Common genetic variants influence human subcortical brain structures. *Nature* 520:224–229
4. Götz M, Mendel C, Malewski S (2015) „Dafür muss ich nur noch abnehmen“ Die Rolle von Germany's Next Topmodel und anderen Fernsehsendungen bei psychosomatischen Essstörungen. *Television* 28:61–67

ZWANGSSTÖRUNGEN: NEUE LEITLINIE ERÖFFNET CHANCEN IN DER BEHANDLUNG

Zwangsstörungen sind mit großem Leidensdruck verbunden: Die Betroffenen wenden oftmals mehrere Stunden am Tag dafür auf, ihren Zwängen nachzukommen. Dadurch können sie einen normalen Tagesablauf nicht mehr bewältigen. Aus Scham verheimlichen Betroffene jedoch ihre Erkrankung. Durchschnittlich dauert es zehn bis fünfzehn Jahre, bis Patienten mit einer Zwangsstörung professionelle Hilfe aufsuchen. Zwischen 1 und 3 % der Bevölkerung sind im Laufe ihres Lebens betroffen. Trotzdem finden Zwangsstörungen im Versorgungssystem heute nur wenig Beachtung. Häufig werden sie falsch, spät oder gar nicht diagnostiziert.

Eine unter der Schirmherrschaft der DGPPN neu entwickelte Leitlinie bietet nun eine klare und verständliche Orientierung für die Behandlung von Zwangsstörungen. Diese liegt nun erstmals in gedruckter Form vor und soll die an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen im ambulanten, teilstationären und stationären Bereich erreichen. Die Leitlinie bündelt das aktuell vorhandene Forschungswissen und stellt eine klare, verständliche Entscheidungsgrundlage zur Behandlung und Betreuung von Personen mit Zwangsstörungen dar.

Weitere Informationen auf www.dgppn.de > Publikationen > Leitlinien



F. Hohagen, A. Wahl-Kordon,
W. Lotz-Rambaldi,
C. Mücke-Borowski (Hrsg.):
S3-Leitlinie Zwangsstörungen.
DGPPN, Springer-Verlag,
Berlin, 2015

VORMODERNE KONZEPTE DER PSYCHE

TEMPERAMENTUM, KOMPLEXION UND CHARAKTER

„Temperament“ und konkurrierende Begriffe wurzeln im Denken der Antike, entwickelten sich aber im Lauf der Psychiatriehistorie. Um ihre Wirkungsgeschichte zu verstehen, ist ein Blick auf die Wort- und Konzeptgeschichte notwendig: Was meinte ein Ausdruck in einer bestimmten Epoche? Welche Konzepte lagen dahinter? Und welche Vorformen des heutigen Verständnisses lassen sich historisch fassen? Die Zukunft des Temperamentsbegriffs hängt wesentlich davon ab, ob und inwieweit er sich an zeitgenössisches psychiatrisches Denken anpassen können.

Autor: Axel Karenberg

„Quattuor humores in corpore nostro regnant – Vier Säfte regieren in unserem Körper“: Dieser Satz aus einem medizinischen Lehrgedicht des 13. Jahrhunderts führt unmittelbar ins Zentrum des historischen Temperamentsbegriffs, der die Psychiatriegeschichte wie kaum ein zweiter begleitet. Iwan Petrowitsch Pawlow, der medizinische Nobelpreisträger des Jahres 1904, resümierte, das Denkmodell sei „in puncto Typologie und Menschenkenntnis schlichtweg nicht zu übertreffen“ [1]. Bei einer Analyse, die den Wandel des Begriffs „Temperament“ unter die Lupe nimmt, sind zwei Dinge säuberlich zu trennen:

- Zum einen die Wortgeschichte: Was meinten in bestimmten Epochen der Ausdruck „temperamentum“, sein griechischer Vorläufer „krisis“ und sein lateinischer Verwandter „complexio“?
- Zum anderen die Konzeptgeschichte: Welche Vorformen des heutigen Verständnisses von Temperament lassen sich historisch fassen, subsumiert unter anderen Etiketten wie Charakter und Persönlichkeit?

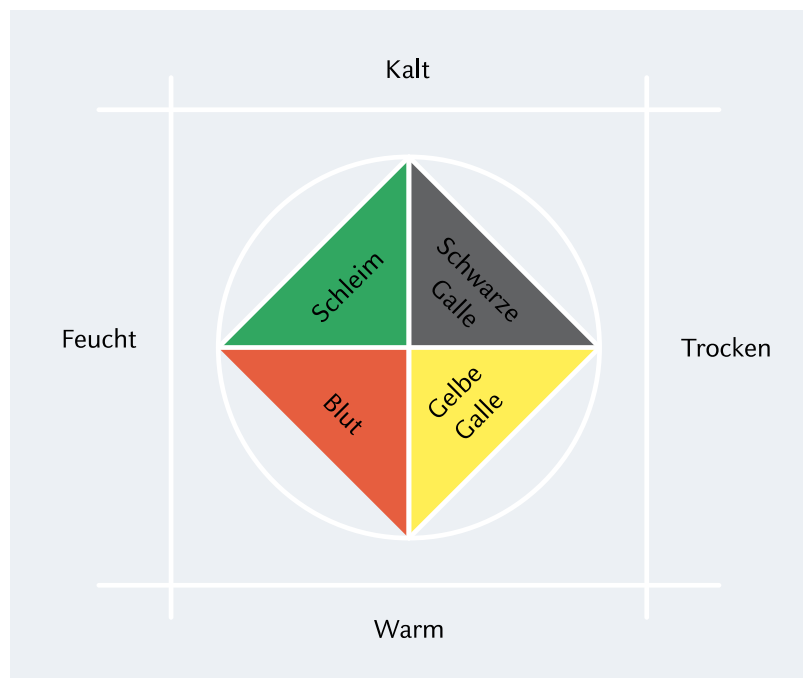
So verstanden bietet ein Studium des Temperaments – weit entfernt von antiquarischer Geschichtsdeutung im Sinne

Nietzsches – die seltene Chance, zweieinhalb Jahrtausende Psychiatriegeschichte fast „live“ mitzerleben.

TEMPERAMENTUM UND CHARAKTER IN DER ANTIKE

Auf die klassisch-griechische Ur-Konzeption des Temperamentsbegriffs haben mindestens drei Einflussgrößen eingewirkt.

- Erstens die vorsokratische Naturphilosophie, die über die vier Elemente des Empedokles (Feuer, Wasser, Luft und Erde) bereits um 410 v. Chr. zu den vier Körpersäften Blut, Schleim, Gelbe Galle und Schwarze Galle gekommen war. Diese vier Kardinalsäfte waren, etwa in der wirkungsmächtigen hippokratischen Medizinschrift *Über die Natur des Menschen*, in



Kardinalsäfte und ihre Qualitäten

ein doppelt-dichotomes Paar von Elementarqualitäten eingespannt (Abb. links): Schleim war immer feucht und kalt, die Gelbe Galle immer warm und trocken usw.

- Zweitens hatte die attische Staatslehre auch dem Wissen von der körperlich-seelischen Gesundheit ihren Stempel aufgeprägt. Nur wenn die Säfte und ihre Eigenschaften im gleichen ausgewogenen Verhältnis zueinander standen wie die einzelnen Staatsbürger in der griechischen Polis, herrschte „die Gleichheit der Vielen“ (gr. *isonomia*), und nur dann war auch die Voraussetzung zu körperlicher wie seelischer Ausgeglichenheit gegeben [2]. Das Gegenteil, die Alleinherrschaft eines Menschen oder Körpersaftes (gr. *monarchia*), musste im wahren Sinne des Wortes in die Verderbnis (lat. *corruptio*) führen.
- Nicht zuletzt sorgte eine aus Küche und Keller abgeleitete Terminologie für die allgemeine Verständlichkeit eines solchen Modells. Der „krater“ war im alten Griechenland nämlich der Krug zum Mischen von Wein und Wasser, die „krisis“ dann die entstandene Mischung, bei der es ebenfalls aufs haargenaue richtige Verhältnis ankam. So wie also im Weinkrug die Flüssigkeiten, im Körper die Säfte, in der Bürgerschaft die sozialen Kräfte und im Kosmos die Elemente in einem angemessenen Verhältnis zueinander standen, so sollte auch im Soma-tisch-Psychischen am besten der Ausgleich des Unterschiedlichen dominieren.

„Nec plus, nec minus – nicht zuviel, nicht zu wenig“: Das dem griechischen „krisis“ äquivalente lateinische „*temperamentum*“ bedeutete ursprünglich also nicht nur „das Gemischte“, sondern mehr noch „das Gemäßigte“; sein Synonym „*complexio*“ mehr „Verbindung, die Gegensätzliches neutralisiert“, als

einfache Verknüpfung. Vom kleinsten Teil bis zum Weltganzen sollte alles in Harmonie seinen goldenen Mittelweg (lat. *mediocritas aurea*) gehen. Diese Entsprechungslehre der Griechen, ähnlich die der Inder und Chinesen, gehört zum ideengeschichtlich Beeindruckendsten, das uns die alten Hochkulturen hinterlassen haben.

DIMENSIONALES KONZEPT ZUR ERKLÄRUNG VON VERHALTENS-DISPOSITIONEN

Spätestens ab dem frühen 3. Jahrhundert nach Christus unterscheidet man zwei Traditionen. Einmal die Linie, welche die wesenbestimmende Kraft der Körpersäfte zum Kern der mittelalterlichen Populärmedizin und der medizinischen Scholastik machte. Diese Temperamentenlehre im engeren Sinn schaffte – nun explizit ins Seelische ausgreifend – den zur Erschlaffung neigenden Phlegmatiker wie den gelbgalligen, zur Erregtheit disponierten Choliker (Abb. rechts).

Einen zweiten Traditionsweg stellte die mehr an den Qualitäten orientierte Lehre der Komplexion dar, die nur mittelbare Beziehungen zu den Säften hatte und weniger stark typisierte [3]. Um die Auswirkungen auf die Moderne hervorzuheben, kann man das antik-mittelalterliche Modell des Temperaments stark verkürzt wie folgt zusammenfassen: Es war ein dimensionales Konzept zur Erklärung von Verhaltensdispositionen – das erste und für fast 2000 Jahre das einzige; es war eindeutig somatisch fundiert, ätiologisch

orientiert und bot in engen Grenzen Ansätze zu therapeutischem Eingreifen (Stichwörter Diätetik, Kräuterheilkunde, ableitende Maßnahmen zur Reinigung des Körpers); es war spekulativ, bei Akzeptanz der Axiome gleichzeitig rational; und es war empirisch zwar wenig abgesichert, dafür glänzend in das fundamentale Verständnis von Mensch und Welt eingepasst.

Die Antike hat noch die Protoform eines zweiten Konzeptes hervorgebracht: den Charakter. Diesen beschrieb Aristoteles in der Nikomachischen Ethik als die einem Menschen aufgeprägte Eigentümlichkeit. Er bezog sich dabei auf die Ursprungsbedeutung „das Einge-



Theophrast typologisierte den menschlichen Charakter in 30 Skizzen.

schnittene, Eingegrabene“ (von gr. *charassein* für einkerben, furchen). Sein Schüler Theophrast erweiterte ein Gedankengebäude, das bis ins 17. Jahrhundert neben dem Temperamentenkonzept, quasi Rücken an Rücken mit diesem, existierte. Neben wenigen Gemeinsamkeiten – etwa der Idee, dass Typenbegriffe zur Kennzeichnung von Menschen mit ähnlichen Verhaltensweisen hilfreich sind – fallen vor allem deutliche Unterschiede ins Auge: Der Charakter war über den Lebens-

lauf stabil, ja fixiert, während sich das Temperament mit dem Lebensalter ändern konnte; der Charakter war individueller Motor von Handlungen und beruhte auch auf bedeutsamen Erfahrungen; eine somatische Fundierung gab es nicht, daher bestand auch keine therapeutische Beeinflussbarkeit. Und ein letzter wichtiger Punkt: Dem Erfahrenen half die Physiognomie bei der Charakterdiagnose [4]. Allerdings blieb ein solcher Charakterbegriff vornehmlich auf Ethik und wissenschaftliche Poetik beschränkt, während das Temperament in Naturphilosophie, Natur- und Seelenkunde vorherrschte.

DER AUFSTIEG DER PERSÖNLICHKEIT

Spannend wurde es zu Beginn des 16. Jahrhunderts, als ein neuer Begriff im

semantischen Feld auftauchte und es langsam, aber sicher eroberte: die Persönlichkeit. Wortgeschichtlich stammt dieser Begriff vom etruskischen Wort „phersu“ für einen Totengott und die ihn repräsentierende „Maske“ ab [5]. Maske bzw. „Rolle“ war auch die Bedeutung von „persona“ im Lateinischen, zunächst beschränkt auf das triadische Vorbild in der Grammatik, später erweitert auf die drei Instanzen der christlichen Dreifaltigkeit. Erst mit dem Erwachen eines neuen Interesses an menschlicher Individualität zu Beginn der Neuzeit kam es zu einer Säkularisierung des primär theologisch genutzten Begriffs „personalitas“ in Richtung einer ich-haften Subjektivität. Nun löste die Philosophie die Theologie beim Nachdenken darüber ab, was eine Person sei. Descartes, Hobbes, Spinoza und Leibniz lieferten je eigene Entwürfe, Locke,

Hume und Mill setzten erstmals Selbstbewusstsein mit personaler Identität gleich. Dieser Säkularisierungsschub führte zu einer Aufwertung des Persönlichkeitsbegriffs: Kant formulierte, dass das, was den Menschen über sich selbst erhebe, nichts anderes als die Persönlichkeit sei. Und die gewaltige Steigerung des begrifflichen Kurswertes bringt am besten das bekannte Goethe-Zitat auf den Punkt: „Höchstes Glück der Erdenkinder sei nur die Persönlichkeit ...“ [6].

Allerdings war dieser innovative Bedeutungswandel zur Kennzeichnung singulärer psychischer Individualität auf Philosophie und Literatur begrenzt. Die praktisch ausgerichtete Medizin blieb ihrem antiken Erbe und dem Temperament weiter treu. Humanistische Ärzte des 16. Jahrhunderts wie der Franzose Jean Fernel führten die Lehre zu einem



Die vier Temperamente: Zeichnung aus dem 17. Jahrhundert von Charles Le Brun
(von links nach rechts: Choleriker, Sanguiniker, Melancholiker, Phlegmatiker)

letzten Höhepunkt: Arabische Einflüsse aufnehmend beschrieb er, je nach Überwiegen von einer oder zwei Qualitäten, vier einfache und vier kombinierte Temperamente sowie eine vollkommen ausgewogene, ideale Mischung [3]. Interessanterweise hielt die akademische Medizin das überkommene Schema von den vier menschlichen Grundtypen und die Verquickung von geistig-seelischen Merkmalen und physischer Konstitution bis ins späte 18. Jahrhundert aufrecht, was nichts anderes als ein Ignorieren des cartesischen Dualismus in der praxisorientierten Heilkunde bedeutete. Und doch ließen die neuzeitlichen Entdeckungen in Anatomie, Physiologie und Pathologie das Lehrgebäude vom Temperament bis 1800 allmählich verblasen. Aus der rund 2000 Jahre gültigen Bedeutung „Mischungsverhältnis der Körpersäfte/Qualitäten“ wurden moderne, auch heute noch gebräuchliche Reduktionen wie „Gemütsart“ und „Temperament der Seele“.

DOMINANZ DES CHARAKTERBEGRIFFS IN DEUTSCHLAND

Spätestens ab dem 19. Jahrhundert sollte man psychiatriehistorisch in Sprachgebieten und in wissenschaftlichen Teilfeldern denken. In Frankreich blühte schon vorher mit La Bruyères Erweiterung theophrastischer Typen eine regelrechte Charakterkunde, in Deutschland hatte das Wort neben der rein deskriptiven Funktion zunehmend eine moralische Konnotation angenommen: „guter“ versus „schlechter“ Charakter. Diese ethisch-empirische Doppelnatur förderte zwar seinen Gebrauch in der deutschen Psychologie und Psychopathologie, verhinderte damit aber gleichzeitig die Verwendung im angelsächsischen Sprachgebiet, wo seit jeher der wissenschaftliche Terminus „personality“ konkurrenzlos dominierte. Zusammen mit der Anglophilie der heutigen Psychiatrie und Psychologie erklärt dieser Startvorteil einen Gutteil seiner Dominanz.

In der deutschen Fachliteratur hingegen herrschte der Ausdruck „Charakter“ während des gesamten 19. Jahrhunderts und bis in die 1930er Jahre vor. Weininger sprach von *Geschlecht und Charakter* (1903), Klages von *Prinzipien der Charakterologie* (1910), Kretschmer in seinem berühmten Buch von *Körperbau und Charakter* (1913). 1925 erschien ein *Jahrbuch der Charakterkunde*, 1936 die *Zeitschrift für angewandte Psychologie und Charakterkunde*. Gemeint war damit immer noch ein bestimmter psychologischer Typus à la Theophrast und La Bruyère oder aber das mentale Skelett, das einem Individuum Konsistenz und Kontinuität verlieh. Charakter wurde somit mehr für innere und statisch-unveränderliche, Persönlichkeit mehr für dynamisch-veränderliche und äußerliche Merkmale benutzt – auch dies erwies sich als Bürde des Charakterbegriffs nach dem Zweiten Weltkrieg. Übrigens hat selbst Sigmund Freud in seinen Schriften 76 Mal „Charakter“, nur 14 Mal „Persönlichkeit“ und nie „Temperament“ gebraucht. Freilich war nicht überall Charakter drin, wo Charakter draufstand. Die berühmte Typologie von Ernst Kretschmer war einer der letzten Versuche, eine in einer ganzheitlichen, leiblich-seelischen Konstitution wurzelnde Typisierung zu kreieren und damit eine zumindest teilweise Reformulierung des ursprünglichen Temperamentsbegriffs zu erreichen.

HISTORISCHES FAZIT

Was lässt sich als historisches Fazit mit Blick auf die Zukunft festhalten? Am Beispiel des Begriffes „temperamentum“ und seiner Konkurrenten „Charakter“ und „Persönlichkeit“ kann gezeigt werden, dass über die Jahrhunderte hinweg in allen drei Fällen eine inkonstante Relation zwischen dem bezeichnenden Wort und dem bezeichneten Sachverhalt festzustellen ist. Und es ist nachzuweisen, dass die Bedeutungszuschreibungen (wie oft in der Psych-

iatriegeschichte) in hohem Maße abhängig vom jeweiligen Welt- und Menschenbild waren und sind: „Krisis“ und „temperamentum“ als Spiegelbild einer antiken Weltharmonie; „Charakter“ als manchmal von Tugend und Moral angehauchter Begriff von Aristoteles und Theophrast bis La Bruyère und der „moralischen“ Psychiatrie des 19. Jahrhunderts; „personality“ als Schlüsselbegriff der modernen anglo-amerikanischen Psychologie, in dem sich der englische Empirismus von Locke und Hume, das Messbarkeitsideal des 19. Jahrhunderts und die Erträge psychologisch-psychiatrischer Forschungen des 20. Jahrhunderts wiederfinden. Für den Psychiatriehistoriker ist gerade der Begriff „Persönlichkeit“ in den heutigen Diagnose-Manualen nichts anderes als eine Überschreibung, die nach Tilgung der historischen Urtexte neu formuliert wurde. Dennoch scheint es schwierig, dieses Wort durch einen anderen Kandidaten angemessen zu ersetzen, denn wenn wir ehrlich sind: Für das, was früher Seele hieß, ist heute Persönlichkeit der beste, wenn nicht einzige Ersatz.

DR. MED. AXEL KARENBERG

Professor für Geschichte der Medizin
Institut für Geschichte und Ethik der
Medizin, Universität zu Köln

LITERATUR

1. Allport GW (1970) *Gestalt und Wachstum in der Persönlichkeit*. Hain, Meisenheim am Glan
2. Unschuld PU (2003) *Was ist Medizin?* CH Beck, München
3. Kutzer M (1998) *Temperament*. In: Ritter J, Gründer K (Hrsg) *Historisches Wörterbuch der Philosophie*, Bd. 10. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, Sp 981–986
4. Pekrum R (1996) *Geschichte von Differenzieller Psychologie und Persönlichkeitspsychologie*. In: Pawlik K (Hrsg) *Grundlagen und Methoden der Differentiellen Psychologie*. Hogrefe, Göttingen, 85–123
5. Arnold W (1969) *Person, Charakter, Persönlichkeit*. Hogrefe, Göttingen
6. Karenberg A (2009) *Zur Geschichte des Persönlichkeitsbegriffs*. *Die Psychiatrie* 6:16–22

MORALFÄHIGKEIT

AMORALITÄT UND PSYCHOPATHOLOGIE

Die psychiatrische Kategorie der Psychopathie verspricht, philosophische Debatten zur Grundlage der menschlichen Moralität zu befeuern. Allerdings ist der Begriff alles andere als eindeutig. Doch gerade in der Auseinandersetzung um die eingeschränkte Moralfähigkeit könnte sowohl die psychiatrische als auch die philosophische Perspektive von einer genuinen Zusammenarbeit zwischen den Disziplinen profitieren.

Autor: Thomas Schramme

Wenn Menschen schwerwiegende Verbrechen begehen, existiert neben dem damit einhergehenden Leid auch immer eine gewisse Ratlosigkeit. Wie ist es möglich, dass vernunftbegabte Wesen zu solchen Taten in der Lage sind? Mitunter werden Verbrechen auf eine Art und Weise oder so kaltblütig wirkend begangen, dass sie weiteres Unverständnis erzeugen; nicht nur über die Taten allein, sondern über die Täter. Dann scheint es so, als gäbe es tatsächlich Menschen, denen jegliche Menschlichkeit abgeht.

Die Sprache, mit der wir auf nicht nachvollziehbare Verbrechen reagieren, etwa in Zeitungsartikeln, aber auch in kulturellen Produkten wie Filmen oder Romanen, ist oft entsprechend exkludierend. Tätern wird der Status eines Menschen entzogen. Zwar ist dies wenig hilfreich, doch tatsächlich fehlt uns das Vokabular, das Unbegreifliche in Worte zu fassen, mit denen wir üblicherweise Menschen und ihre Handlungsweisen beschreiben. Der Schritt zur psychiatrischen Sichtweise ist daher angelegt und findet sich bis in die Alltagssprache hinein, wenn beispielsweise von „Psychos“ gesprochen wird.

Doch bei einer solchen, alltagspsychologischen Herangehensweise sollten wir nicht stehenbleiben. Alleine schon, weil es moralisch höchst problematisch ist, Menschen aus der Menschheit auszuschließen und entsprechend zu behandeln, egal wie schlimm ihre Taten sind. Das heißt nicht, Zuweisungen von Schuld und entsprechende Sanktionen zu unterdrücken. Vielmehr gälte es, wissenschaftlich valide Erklärungsmodelle schwerwiegender Störungen der Moralfähigkeit zu finden. Ziel wäre es dabei unter anderem, eine Unterscheidung zwischen Personen zu erlauben, die aufgrund einer psychischen Störung unmoralisch handeln und solchen, die dies ganz bewusst, überlegt und freiwillig tun. Nur so wären wir in der Lage, die juristisch, aber auch moralisch gesehen wesentliche Frage zu beantworten, wen wir verurteilen können und wer nicht für seine Taten verantwortlich gemacht werden sollte. Der Ausschluss eines Täters aus der Menschheit lässt von vornherein diese wichtige Unterscheidung nicht mehr zu, da

man „Monster“ eben nicht nach menschlichen Maßstäben bewerten kann.

DIE PSYCHIATRISCHE PERSPEKTIVE

Die Psychiatrie besitzt eine offizielle Kategorie, mit der potentiell die gewünschte Unterscheidung zwischen „mad“ und „bad“ erleichtert werden könnte. Dabei handelt es sich um die sogenannte Dissoziale Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.2). Sie wird beschrieben als „[e]ine Persönlichkeitsstörung, die durch eine Missachtung sozialer Verpflichtungen und herzloses Unbeteiligtsein an Gefühlen für andere gekennzeichnet ist.“ Natürlich ist Schuldfähigkeit letztlich eine rechtliche Kategorie, von der in Gerichtsverhandlungen bestimmt wird, ob sie zutrifft. Die psychiatrische Perspektive bringt hierbei relevante Indizien hervor. Letztlich bleibt jedoch zweifelhaft, ob eine Diagnose der Dissozialen Persönlichkeitsstörung diesen relativ bescheidenen Beitrag leisten kann. Denn selbst gemessen an der Tatsache, dass psychiatrische diagnostische Einheiten notgedrungen häufig eine interpretationsbedürftige und normativ aufgeladene Terminologie verwenden müssen, ist diese Kategorie auffällig. Die Rede von „herzlosem Unbeteiligtsein an Gefühlen für andere“ scheint schon in der begrifflichen Unbeholfenheit das genannte Problem widerzuspiegeln, dem scheinbar Unerklärlichen Herr zu werden.

Die psychiatrische Zunft verfügt auch über eine weniger offizielle, aber durchaus wichtige Kategorie, nämlich die der Psychopathie bzw. der psychopathischen Persönlichkeit. In ihrer neueren Verwendungsweise wurde sie in erster Linie von dem klinischen Psychologen Robert Hare geprägt und folgt einer anderen Logik – und einem anderen Zweck – als die diagnostischen Einheiten, wie wir sie aus dem ICD und dem DSM kennen. Hares Konstrukt ist nicht das einzige Modell der Psychopathie [1], allerdings das gegenwärtig einflussreichste. Der Zweck besteht in erster Linie darin, für juristische und Forschungskontexte eine eigenständige Kategorie von – verein-

facht gesagt – schwerwiegenden Fällen der Antisozialen Persönlichkeitsstörung zu schaffen. Die Logik ist anders, da die Frage, wer als Psychopath gilt, auf der Grundlage eines strukturierten Interviews anhand einer Checkliste beantwortet wird. Die Befragung in Zusammenarbeit mit anamnetischen Erkenntnissen führt über ein festgelegtes Punktesystem zu einem numerischen Ergebnis (*score*). Wer über einem bestimmten Schwellenwert liegt, gilt als Psychopath. Hares Checkliste enthält Elemente (*items*) wie „oberflächlicher Charme“, „übersteigertes Selbstwertgefühl“ oder „parasitärer Lebensstil“ [2]. An diesen Beispielen wird deutlich, warum die Kategorie der



Mad or bad? Wie lassen sich schwere Einschränkungen der Moralfähigkeit angemessen erklären?

Psychopathie inzwischen nicht nur für Straftäter benutzt, sondern in populärwissenschaftlichen Veröffentlichungen auch ruchlosen Managern, den „Psychopathen in Nadelstreifen“, zugeschrieben wird. In der psychiatrischen Zunft wird von „erfolgreichen Psychopathen“ gesprochen. Doch aus Sicht der Philosophie, einer Disziplin, die auf Genauigkeit der Sprache

geeicht ist und auf wertende Konnotationen achtet, muss die Psychopathy Checklist Hares als der Inbegriff der verbreiteten (pseudo-)wissenschaftlichen Hybris gelten, komplexe Phänomene durch oberflächliche Sprachkonstruktionen einfangen zu wollen. Alleine die Frage, worin ein übersteigertes Selbstwertgefühl besteht, kann Philosophen ihr ganzes Leben lang beschäftigen! Insofern überrascht es auch nicht, dass ein aktueller Literaturbericht bekennt, dass es keineswegs einen Konsens darüber gibt, was Psychopathie überhaupt ist [3].

Diese kritischen Worte sollen keineswegs die hohe Übereinstimmung gut geschulter Beurteiler anzweifeln, die nicht zuletzt aufgrund der recht genauen operationalen Definitionen einzelner Elemente entsteht. Auch soll noch einmal die eingeschränkte Zwecksetzung der Psychopathy Checklist erwähnt werden, die ja nicht erfunden wurde, um die philosophische Begriffsanalyse voranzubringen. Gleichwohl muss gerade in einem so sensiblen Bereich der Psychiatrie durchaus grundlegende Kritik angesetzt werden, um wissenschaftlich möglichst valide Ergebnisse zu erzielen.

DIE PHILOSOPHISCHE PERSPEKTIVE

Aus der philosophischen Perspektive gesprochen, ist es durchaus schade, dass die Psychiatrie nicht über ein angemessenes Instrumentarium verfügt, schwere Einschränkungen der Moralfähigkeit angemessen zu erklären. Schließlich gibt es in der Philosophie seit langer Zeit verschiedene wichtige Fragestellungen, die von einer empirisch orientierten Herangehensweise profitieren könnten. Eines der grundlegendsten Probleme der Moralphilosophie richtet sich beispielsweise auf die Grundlage der Moralität des Menschen. Grob gesagt haben sich zwei mögliche Faktoren herauskristallisiert: Entweder Vernunft oder Gefühl. Gehört zur Moralität eine affektive Komponente, wie etwa das Mitgefühl, oder bringt uns die Einsicht in Gründe, warum etwas geboten ist, also ein kognitiver Prozess, zum moralischen Handeln?

Philosophinnen und Philosophen bedienen sich auch hier empirischen Materials und weisen etwa darauf hin, dass die Forschung gezeigt habe, dass Psychopathen einen Mangel an Empathie aufweisen – tatsächlich ist dies ein Element auf Hares Checkliste und kommt auch in der ICD-Klassifikation vor. Empathie wiederum, so nehmen diese Philosophen an, sei ein affektives Phänomen. Demnach gäbe es entsprechend eine mögliche Erklärung der Moralfähigkeit des Menschen über den Weg des negativen „Testfalls“ Psychopathie. Sollte mangelnde Empathie die beste Erklärung der Psychopathie sein, so hätte man dieser Argumentation zufolge Grund anzunehmen, die Moralität des Menschen sei in erster Linie eine Sache des Affekts oder der Emotion, nicht der Vernunft.

Nun ist diese philosophische Herangehensweise wiederum naiv. Alleine schon aus dem genannten Grund, dass das psychiatrische Verständnis der Psychopathie nicht hinreichend

deutlich ist; darüber hinaus aber auch, weil so einfache Zuordnungen wie Vernunft versus Gefühl der Komplexität moralischen Handelns und der zugrunde liegenden Fähigkeiten nicht gerecht werden können. Konkret in Bezug auf die Fähigkeit zur Empathie – der sicherlich bei der Erklärung der menschlichen Moralität eine nicht unerhebliche Bedeutung zukommt – zeigt sich inzwischen, dass sie keineswegs als rein affektives Phänomen gelten kann [4; vgl. 5].

Eine weitere wichtige moralphilosophische Problemstellung fragt, warum man überhaupt moralisch sein soll. Dies wird bisweilen auch so umschrieben, dass man gegenüber der Figur eines radikalen Skeptikers zeigen müsse, wieso man den moralischen Standpunkt einnehmen sollte. Woher kann die spezifische, verpflichtende Kraft der Moral stammen? Hier geht es radikaler noch als bei der Frage nach der moralischen Motivation – etwa sich in konkreten Handlungssituationen an die „Spielregeln“ zu halten –, um das Problem, warum man beim „Spiel der Moral“ überhaupt mitspielen soll. Die Rolle des radikalen Zweiflers in der moralphilosophischen Debatte nimmt der sogenannte Amoralist ein [6]. Dies ist eine hypothetische Figur, die allerdings insofern Bedeutung gewinnt, als die normative Kraft der Moral auch ganz real nur dann als gültig angesehen werden kann, wenn es hinreichende Gründe für den Amoralisten gibt, den Standpunkt der Moral einzunehmen. Sonst wäre die Moral einfach nur ein durch Machtausübung und Sanktionen gestütztes Regelwerk, das nicht aus sich heraus begründet wäre.

Nun scheint es so, als seien Psychopathen „wandelnde Exemple“ von Amoralisten und damit hervorragend geeignet, die hypothetische Figur aus der Philosophie mit empirischem Leben zu füllen. Daher existiert auch in dieser Diskussion einiges Interesse der philosophischen Zunft an der psychiatrischen Kategorie. Interessant ist dabei, dass hier die empirischen Ergebnisse insofern tatsächlich die theoretische Debatte befeuern können, als deutlich wird, dass Psychopathen anscheinend gar nicht identisch mit den Amoralisten sind. Schließlich sind Amoralisten der philosophischen Idee nach Wesen, welche grundsätzlich voll moralfähig sind, aber diese Fähigkeit nicht einsetzen wollen, weil sie die verpflichtende Kraft der Moral bezweifeln. Psychopathen hingegen scheinen eher in ihren Fä-

higkeiten eingeschränkt zu sein und im Extremfall wohl unfähig zur Moral. Selbst wenn Psychopathen die philosophische Figur des Amoralisten tatsächlich verkörpern – wenn also Unwillen, nicht Unfähigkeit zur Moral vorliegt –, kann die psychiatrische Perspektive zeigen, dass der philosophische Amoralist wohl ein pathologischer Fall ist. Damit wäre die theoretische Herausforderung bezüglich der Moralbegründung weniger dramatisch als üblicherweise angenommen.

EINE INTERDISZIPLINÄRE PERSPEKTIVE?

Letztlich zeigt sich ein gemischtes Ergebnis. Philosophie und Psychiatrie teilen in Bezug auf das Phänomen der eingeschränkten Moralfähigkeit ein wichtiges Interessengebiet. Eine einfache, unkritische Übernahme von Forschungsergebnissen verbietet sich aber für die Philosophie und wird auch der diffizilen und pluralistischen Debatte in der Psychiatrie nicht gerecht. Vielmehr wäre es hilfreich, die begrifflichen Instrumente der philosophischen Analyse auf die psychiatrischen Kategorien anzuwenden und umgekehrt die psychiatrischen Erkenntnisse bei der philosophischen Theoriebildung in ihrer Komplexität zu beachten. Daher muss zwingend eine genuine Perspektive geschaffen werden, die beide Disziplinen verbindet. Hierzu gibt es inzwischen erste Ansätze [7, 8, 9, 10] und es scheint nicht verwegen, weitere Fortschritte in der gemeinsamen Diskussion zu erwarten.

PROF. DR. THOMAS SCHRAMME

Universität Hamburg, Philosophisches Seminar

LITERATUR

1. Blackburn R (2006) *Other theoretical models of psychopathy*. In: Patrick CJ (Hrsg) *Handbook of Psychopathy*. Guilford Press, New York, S 35–57
2. Hare RD (2003) *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Multi-Health Systems, Inc., North Tonawanda, New York
3. Skeem JL, Polaschek DLL, Patrick CJ, Lilienfeld SO (2011) *Psychopathic personality: Bridging the gap between scientific evidence and public policy*. *Psychol Sci* 12 (3):95–162
4. Maibom H (2014) *Introduction: (Almost) Everything you ever wanted to know about empathy*. In: Maibom H (Hrsg) *Empathy and Morality*. Oxford University Press, New York, S 1–40
5. Hertz SC, Sass H (2000) *Emotional Deficiency and Psychopathy*. *Behavioral Sciences & the Law* 18:567–580
6. Williams BAO (1976) *Morality: An Introduction To Ethics*. Cambridge University Press, Cambridge
7. Decety J, Ickes WJ (2009) (Hrsg) *The social neuroscience of empathy*. MIT Press, Cambridge, Mass
8. Narvaez D, Lapsley DK (2009) (Hrsg) *Personality, Identity, and Character: Explorations in Moral Psychology*. Cambridge University Press, New York
9. Sinnott-Armstrong W (2008) (Hrsg) *Moral Psychology*. 3 Bände. MIT Press, Cambridge, Mass
10. Schramme T (2014) (Hrsg) *Being Amoral: Psychopathy and Moral Incapacity*. MIT Press, Cambridge, Mass

Danksagung: Für kritische Rückfragen und wertvolle Hinweise danke ich Peer Briken.

NEU ERSCHIENEN



Ethik der Psyche
Normative Fragen im Umgang mit
psychischer Abweichung

Von Günter Feuerstein (Hrsg.) und
Thomas Schramme (Hrsg.).
Campus Verlag, Frankfurt am
Main, 2015, 519 Seiten



ECHTE VORTEILE FÜR MITGLIEDER

Die DGPPN ist Deutschlands größte wissenschaftliche Vereinigung von Ärzten und Wissenschaftlern, die auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde arbeiten. Sie gibt der psychischen Gesundheit eine Stimme und setzt sich dafür ein, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen frei von Vorurteilen leben können und die notwendigen Hilfen erhalten.

MITGLIEDSCHAFT IN DER DGPPN

Als Mitglied der DGPPN profitieren Sie von vielen Vorteilen:

- Ermäßigte Teilnahmegebühr für den DGPPN Kongress
- Kostenloses E-Learning-Kursprogramm (CME-zertifiziert)
- Regelmäßige Fachinformationen, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- Günstigere Teilnahmegebühr für DGPPN-Workshops und Facharztrepertorien
- Kostenlose Abonnements von *Der Nervenarzt* und *Psyche im Fokus*
- Kostengünstige Abonnements von weiteren Fachzeitschriften
- Interessenvertretung gegenüber Gesundheits- und Wissenschaftspolitik

Sie möchten mehr über die DGPPN erfahren? Auf www.dgppn.de finden Sie ausführliche Informationen zu unseren Aktivitäten und Dienstleistungen.

***Noch kein Mitglied?
Dann vernetzen Sie sich noch heute mit
Ihren Kolleginnen und Kollegen und
beantragen Sie Ihre Mitgliedschaft.***

www.dgppn.de
mitgliederservice@dgppn.de
030.2404 772-20

DGPPN KONGRESS 2015

25.–28.11.2015 | CITYCUBE BERLIN

Melden Sie sich jetzt für den DGPPN Kongress 2015 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