

PSYCHE IM FOKUS



Das Magazin der DGPPN

Unter vier Augen

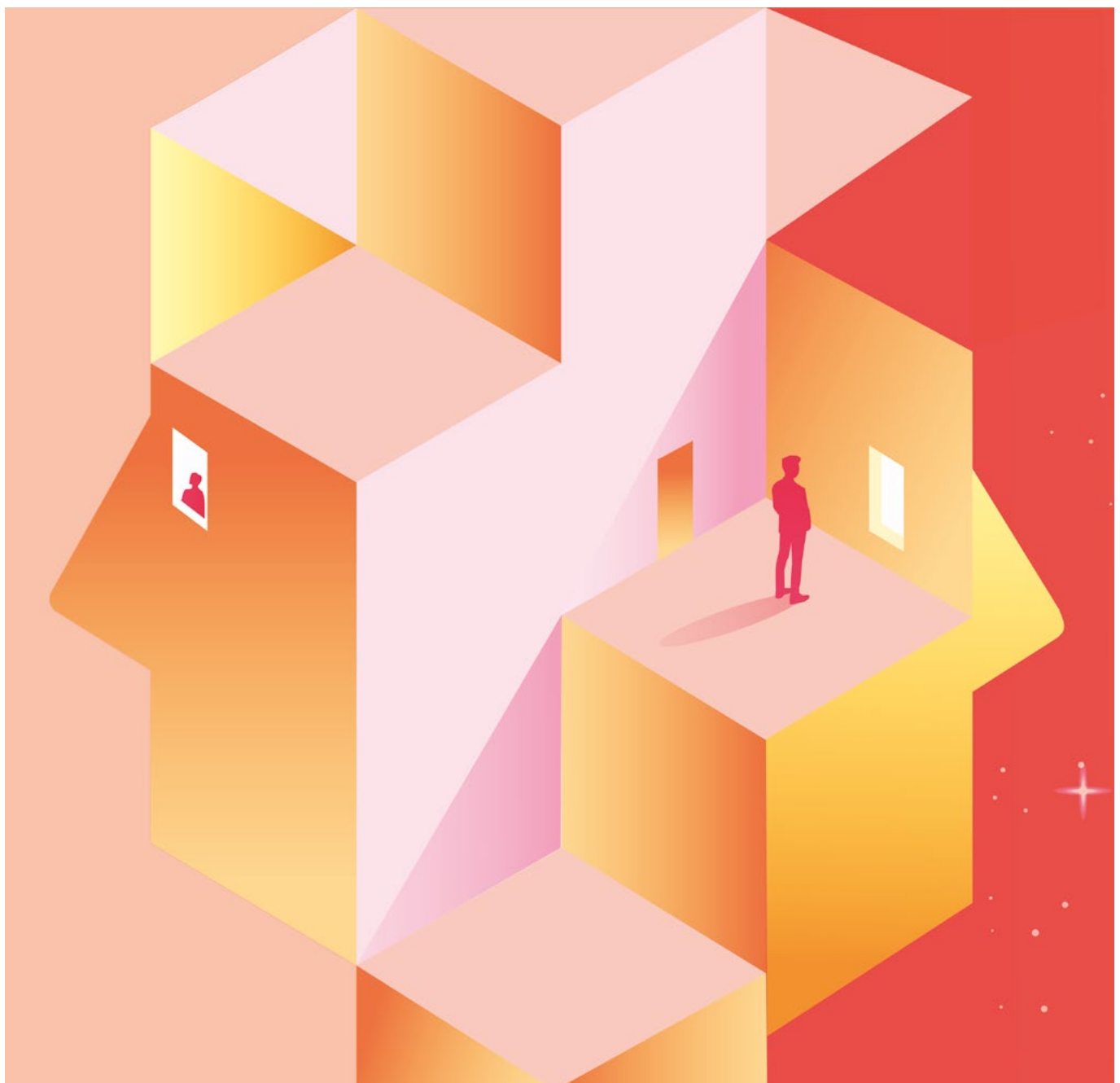
Andreas Voßkuhle im
Interview → **S. 16**

Aus zehn wird elf

Das Klassifikationssystem
wurde überarbeitet → **S. 28**

An vier Tagen

Der DGPPN Kongress lädt
nach Berlin → **S. 22**



DGPPN Kongress 2022

Vom 23.–26.11. steht Berlin ganz im Zeichen der psychischen Gesundheit.
→ S. 22



Von gestern für heute: Wer hat die Deutungshoheit über die Geschichte der Psychiatrie?
→ S. 42

INHALT

- 2** EDITORIAL
- 4** GESUNDHEITSPOLITIK
- 10** PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT
Gefühle brauchen Raum
- 15** MEDIATHEK
- 16** UNTER VIER AUGEN
Die Seele des Grundgesetzes
- 22** DGPPN KONGRESS 2022
Ein Kaleidoskop der Psychiatrie
- 28** WISSENSCHAFT
ICD-11: ein neues Kapitel
- 32** WISSENSCHAFT
Zwei neue S3-Leitlinien



Andreas Voßkuhle und Thomas Pollmächer
im Gespräch über Selbstbestimmungsrechte
→ S. 16

- 34** WISSENSCHAFT
Merk-würdige Studienergebnisse
- 36** PSYCHIATRIE UND PHILOSOPHIE
Abhängigkeitsstörung: eine Definitionssache?
- 40** NACHWUCHS
Das Über-Event: Vorschau aufs Nachwuchsprogramm
- 42** VON GESTERN FÜR HEUTE
Wozu Psychiatriegeschichte?
- 46** INSIDE DGPPN
Kurzmeldungen
- 48** IMPRESSUM



Merk-würdige Studienergebnisse:
Wirkt Lachtherapie?
→ S. 34

Liebe Leserinnen und Leser,



nun sind es nur noch wenige Wochen bis zum DGPPN Kongress in Berlin, der in diesem Jahr unter dem Leitmotto „Ethik, Recht und psychische Gesundheit“ steht. Das gesamte wissenschaftliche Programm, das wir im Laufe des Jahres ausgearbeitet haben, ist bereits über die Kongresswebsite einsehbar. Ich freue mich, dass wir für die feierliche Eröffnung am 23. November neben dem Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach die führende Medizinethikerin und Vorsitzende des Deutschen Ethikrats Alena Buyx gewinnen konnten.

Der ehemalige Präsident des Bundesverfassungsgerichts Andreas Voßkuhle ist ein großer Verfechter der individuellen Freiheit. Er hat an einer Vielzahl von Entscheidungen mitgewirkt, die von grundlegender Bedeutung für die Psychiatrie sind. Dabei stand im Fokus häufig das Spannungsfeld zwischen der Freiheit des Einzelnen und den Schutzpflichten des Staats, sei es hinsichtlich der Unterbringung oder Zwangsbehandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen oder bezüglich des assistierten Suizids. Es war mir daher eine besondere Ehre, mit Andreas Voßkuhle ein Interview über diese Themen führen zu dürfen, in dem auch die Frage tangiert wurde, was für den Erhalt von Demokratie und Rechtsstaatlichkeit notwendig ist. Das Interview ist ab Seite 16 nachzulesen.

Die Antwort auf die Frage „Wozu Psychiatriegeschichte?“ ist in der Rubrik „Von gestern für heute“ zu finden. Die Leitung des DGPPN-Referats „Geschichte der Psychiatrie“ zeigt, warum sich die Auseinandersetzung mit den historischen Kapiteln unseres Fachs immer wieder aufs Neue lohnt. Außerdem hat das Referat für „Hirnstimulationverfahren“ unsere Empfehlungen zur Elektrokonvulsions-therapie aktualisiert. Mehr dazu in der Rubrik „Inside DGPPN“.

Ganz neue Kapitel hingegen erwarten uns mit der elften Revision des internationalen Klassifikationssystems zur Diagnosestellung – besser bekannt als ICD-11. Was sich ändern wird und wann die ICD-11 in Deutschland zur Anwendung kommen wird, haben wir für Sie ab Seite 28 zusammengestellt.

Die Themen dieser Ausgabe finden auf dem Kongress ihre Entsprechung – sollten Sie sich noch nicht angemeldet haben, besteht noch kurzfristig die Gelegenheit. Ich würde mich auch freuen, Sie zahlreich bei der diesjährigen Mitgliederversammlung am Kongressdonnerstag im CityCube Berlin begrüßen zu dürfen!

Ihr Thomas Pollmächer – für den Vorstand der DGPPN

Präsident

„Wer die Vergangenheit
nicht kennt, kann die
Gegenwart nicht verstehen
und die Zukunft nicht
gestalten.“

August Bebel

Bessere Versorgung weltweit



In einem neuen Bericht betont die WHO die dringende Notwendigkeit, die psychische Gesundheit weltweit in den Mittelpunkt zu rücken. Sie ruft Entscheidungsträger und Stakeholder dazu auf, jetzt alles zu tun, um die Versorgung von psychisch erkrankten Menschen und deren rechtliche und soziale Bedingungen zum Besseren zu verändern.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat im Sommer ihre seit der Jahrhundertwende umfangreichste Untersuchung der psychischen Lage der Weltbevölkerung veröffentlicht. Der *World Mental Health Report* sieht sich als Leitfaden für Regierungen, Wissenschaftler, Gesundheitsfachkräfte, die Zivilgesellschaft und andere, die die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen verbessern wollen.

Dem Bericht zufolge lebten 2019 weltweit fast eine Milliarde Menschen – darunter 14 % der Jugendlichen – mit einer psychischen Erkrankung. Mehr als einer von 100 Todesfällen ist auf einen Suizid zurückzuführen und 58 % der Suizide ereignen sich vor dem erreichten Alter von 50 Jahren. Psychische Erkrankungen sind die Hauptursache für Behinderungen und verursachen eines von sechs Lebensjahren

mit Behinderungen. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sterben im Durchschnitt 10–20 Jahre früher als die Allgemeinbevölkerung, meist aufgrund vermeidbarer körperlicher Erkrankungen.

Zu den globalen, strukturellen Bedrohungen für die psychische Gesundheit gehören soziale und wirtschaftliche Ungleichheiten, Notlagen im Gesundheitswesen, Krieg und die Klimakrise. Depressionen und Angstzustände haben allein im ersten Jahr der Pandemie um mehr als 25 % zugenommen.

Stigmatisierung, Diskriminierung und Menschenrechtsverletzungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen sind weit verbreitet. So werden Suizidversuche in 20 Ländern immer noch kriminalisiert. In allen Ländern sind es die Ärmsten und die am stärksten Benachteiligten in der Gesellschaft, die am stärksten von psychischen Erkrankungen bedroht sind und die auch am seltensten eine angemessene Versorgung erhalten.

Schon vor der COVID-19-Pandemie hatte nur ein kleiner Teil der Bedürftigen Zugang zu einer wirksamen, erschwinglichen und hochwertigen psychosozialen Versorgung. So er-

halten beispielsweise weltweit nur 29 % der Menschen mit Psychosen eine psychiatrische oder psychosoziale Behandlung. Während 70 % der Menschen mit Psychosen in Ländern mit hohem Einkommen behandelt werden, erhalten nur 12 % der Menschen mit Psychosen in Ländern mit niedrigem Einkommen eine psychosoziale Versorgung. Auch bei Depressionen sind die Versorgungslücken in allen Ländern groß: Selbst in Ländern mit hohem Einkommen erhält nur ein Drittel der Menschen mit Depressionen eine psychosoziale Versorgung, in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen liegt die Rate sogar nur bei 3 %.

Vor diesem Hintergrund fordert die WHO alle Länder auf, die Umsetzung des *Mental Health Action Plan 2013–2030* zu beschleunigen. Der Aktionsplan enthält eine Reihe von Handlungsempfehlungen, die sich insbesondere auf Aufklärung, Prävention und Versorgung konzentrieren:

Stellenwert von psychischer Gesundheit erhöhen

Die WHO fordert verstärkte Investitionen in die psychische Gesundheit. So sollen die Gesundheitsversorgung angemessen finanziert, Behandlung evidenzbasiert umgesetzt und effektive Informations- und Monitoringsysteme eingeführt werden. Menschen mit psychischen Erkrankungen sollen an allen gesellschaftlichen Bereichen und Entscheidungsprozessen teilhaben, um Stigmatisierung und Diskriminierung zu überwinden, Ungleichheiten zu verringern und soziale Gerechtigkeit zu fördern.

Soziales Umfeld resilienzfördernd umgestalten

Hierfür ist laut WHO eine Intensivierung der sektorenübergreifenden Hilfen notwendig, u. a. um die sozialen und strukturellen Determinanten psychischer Gesundheit so umzugestalten, dass Risiken und Barrieren verringert werden und Resilienz gefördert wird. Konkrete Schritte zielen auf das soziale Umfeld, z. B. indem Maßnahmen gegen Gewalt in Partnerschaften sowie gegen Missbrauch und Vernachlässigung von Kindern und älteren Menschen verstärkt werden. Auch die Unterstützung der frühkindlichen Entwicklung, die Garantie sozialer Sicherungssysteme für Menschen mit psychischen Erkrankungen und die Einführung von Awareness-Programmen in Schulen gehören dazu. Schließlich sollen die Rechte der Betroffenen gestärkt, der Zugang zu Grünflächen verbessert und hochgefährliche Pestizide, die mit einem Fünftel aller Suizide weltweit in Verbindung gebracht werden, verboten werden.

Psychosoziale Versorgung stärken

Die WHO plädiert für den Aufbau gemeindenaher Netze miteinander verbundener Dienste. Eine Kombination aus medizinischen Hilfen, die in die allgemeine Gesundheitsversorgung integriert sind, gemeindenahen psychosozialen Diensten und Angeboten außerhalb des Gesundheitssektors soll ein breites Spektrum an Versorgung und Unterstützung sicherstellen. Dazu gehören laut der Organisation auch der Einsatz digitaler Technologien und die Bereitstellung von telemedizinischen Angeboten.

Novellierung des § 64 StGB

Kontinuierlich steigt seit Jahren die Anzahl der Personen, die in einer Entziehungsanstalt gemäß § 64 StGB untergebracht sind. Darunter befinden sich vielfach Personen, die dort nicht richtig aufgehoben sind und die Versorgung von behandlungsbedürftigen Personen erschweren. Das Justizministerium hat daher im Sommer 2022 konkrete Reformvorschläge vorgelegt. Die DGPPN begrüßt das Vorhaben grundsätzlich, fordert jedoch eine konsequente Stärkung der Patientenrechte.

Auf Bitten der Gesundheits- und der Justizministerkonferenz wurde im Oktober 2020 durch das Bundesministerium der Justiz (BMJ) unter dem Co-Vorsitz der Länder Hamburg und Nordrhein-Westfalen eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Prüfung eines Novellierungsbedarfs bei den Regelungen zur Unterbringung nach § 64 StGB eingerichtet. Nach gut einem Jahr und sechs Sitzungen hat die Arbeitsgruppe im November 2021 ihre Arbeiten abgeschlossen. Der Bericht stellte fest, dass in den letzten Jahren die Zahl der in einer Entziehungsanstalt nach

§ 64 StGB untergebrachten Straftäter ganz erheblich gestiegen ist. Waren 1995 noch knapp 1400 Personen dort untergebracht, so hatte sich die Anzahl im Jahr 2019 mit 4300 Personen schon mehr als verdreifacht, mit weiter steigender Tendenz. Darunter waren zunehmend auch Personen, die in einer Entziehungsanstalt nicht richtig aufgehoben waren, weil sie weder Behandlungsbedarf noch -motivation aufwiesen. Darunter litt vielerorts der Therapieverlauf der wirklich behandlungsbedürftigen und -motivierten Patienten.

Daher waren die Kernanliegen der Arbeitsgruppe eine stärkere Fokussierung der Unterbringung auf wirklich behandlungsbedürftige und -fähige Straftäter und damit eine Entlastung der Entziehungsanstalten – auch um den langjährigen Anstieg der Unterbringungszahlen abzubremsen. Erreicht werden soll dies u. a., indem die Anordnungsvoraussetzungen nach § 64 StGB in mehrfacher Hinsicht enger gefasst und die Voraussetzungen der Strafrestaussetzung an den bei der reinen Strafvollstreckung üblichen Zeitpunkt angepasst werden.

Im Sommer 2022 hat das BMJ einen Referentenentwurf vorgelegt, in den die Vorschläge der Bund-Länder-Arbeitsgruppe eingeflossen sind. Konkrete Vorschläge aus besagtem Entwurf sind:

- Der sehr umstrittene Hangbegriff wird ersetzt durch das Merkmal der Substanzmittelkonsumstörung.
- Die sehr weit gedehnte Kausalität zwischen Tat und Substanzwirkung wird geschärft.
- Die kaum bestimmbare „hinreichend konkrete Erfolgsaussicht“ wird operationalisiert.
- Die Strafrestaussetzung wird zum Zweidrittelzeitpunkt verankert.

Die DGPPN begrüßt grundsätzlich die Vorschläge zur Novellierung des Rechts der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt, schlägt jedoch eine Stärkung der Patientenrechte vor. Konkret sollte der Gesetzestext dahingehend ergänzt werden, dass die betreffende Person der Anordnung der Maßregel zustimmt oder dass zu erwarten ist, dass sie nach Wiederherstellung der Fähigkeit zur freien Selbstbestimmung ihre Zustimmung erteilen wird. Die ärztliche Behandlung wird somit durch das informierte Einverständnis des selbstbestimmungsfähigen Betroffenen und seine Bereitschaft, an der Behandlung mitzuwirken, legitimiert. Eine Behandlung gegen den freien Willen eines Betroffenen ist nicht zulässig. Nur unter eng definierten rechtlichen

Bedingungen kann bei nicht selbstbestimmungsfähigen Menschen der Versuch unternommen werden, mit einer befristeten Behandlung gegen ihren natürlichen Willen die Selbstbestimmungsfähigkeit wiederherzustellen. Vor der Anordnung der Behandlung einer Substanzmittelabhängigkeit muss der Betroffene deshalb zustimmen. Zustände, die zum Tatzeitpunkt Schuldunfähigkeit bedingt haben können, sind in der Hauptverhandlung in der Regel abgeklungen, so dass die meisten Betroffenen sich zu diesem oder einem späteren Zeitpunkt selbstbestimmt für oder gegen eine Behandlung entscheiden können. Besteht in seltenen Fällen die Selbstbestimmungsfähigkeit noch nicht, so kann allenfalls im vermuteten Interesse des nicht selbstbestimmungsfähigen Betroffenen eine Unterbringung angeordnet werden. Stimmt der Betroffene bei der nächsten Entscheidung über die Fortdauer der Unterbringung der Behandlung nicht zu, sollte diese abgebrochen und der Betroffene aus der Unterbringung entlassen werden. Dies gilt auch, wenn es nicht gelungen ist und keine Aussicht besteht, seine Selbstbestimmungsfähigkeit wiederherzustellen.

Neben den Reformvorschlägen zum § 64 StGB wird im Gesetzentwurf eine rechtliche Verankerung und Ausweitung der Weisungsregelung hinsichtlich der psychiatrischen, psycho- oder sozialtherapeutischen Behandlung (Therapieweisung) vorgenommen. Hierzu hat sich die DGPPN kritisch geäußert, da mit der Neuregelung die Patientenrechte der Verurteilten nicht ausreichend gewahrt werden. Es handelt sich bei den Haftentlassenen in aller Regel um selbstbestimmungsfähige Menschen, denen eine Behandlung gegen ihren Willen nicht auferlegt werden darf.

Von dieser Kritik abgesehen, begrüßt die Fachgesellschaft die durch den Entwurf antizipierte Beschränkung der Maßregel auf Patienten mit einer tatsächlich behandlungsbedürftigen Störung, auf die die Taten überwiegend zurückzuführen sein müssen, und die Betonung des therapeutischen Charakters der Unterbringung.

Die Behandlung der Straftäter in den Entziehungsanstalten sollte sich wieder stärker auf jene Personen konzentrieren, die tatsächlich eine Therapie benötigen und behandlungsmotiviert sind. Um gute Behandlungserfolge erreichen zu können und eine weitere Überlastung der forensischen Kliniken zu vermeiden, ist dies von herausragender Bedeutung.

Nicht verschwiegen werden darf allerdings, dass die Reform des Paragraphen zu einer Verschiebung von Straftätern mit Substanzkonsumstörungen aus den Entziehungsanstalten in die Justizvollzugsanstalten führen wird. Es ist eine dringende politische Aufgabe, dort entsprechend das Behandlungsangebot zu verbessern, sonst werden die Probleme lediglich von einer in die andere Institution verschoben.

Die DGPPN hat kürzlich eine Task-Force gegründet, die Lösungsvorschläge zur Versorgung psychisch erkrankter Straftäter in den Justizvollzugsanstalten erarbeiten wird.

DGPPN Kongress 2022 | Symposium | § 64 StGB – Alltag, Novellierung und zu erwartende Auswirkungen
25.11.2022 | 15:30–17:00 Uhr

Eckpunkte für ein Selbstbestimmungsgesetz

Künftig soll es jedem Menschen in Deutschland möglich sein, Geschlecht und Vornamen selbst festzulegen und in einem einfachen Verfahren beim Standesamt zu ändern. Geregelt werden soll dies in einem so genannten *Selbstbestimmungsgesetz*, für welches die Bundesministerien für Justiz und Familie Eckpunkte vorgestellt haben. Wie im Koalitionsvertrag vereinbart, wird damit das *Transsexuellengesetz von 1980* ersetzt.

Transgeschlechtliche, nicht-binäre und intergeschlechtliche Menschen sollen künftig die Möglichkeit haben, ihren Geschlechtseintrag im Personenstandsregister durch eine einfache Erklärung beim Standesamt ändern zu lassen. Die bisherige Praxis, welche zwei psychiatrische Gutachten vorsah, soll abgeschafft werden. Transgeschlechtliche oder transsexuelle Menschen identifizieren sich nicht, oder nicht nur, mit dem Geschlecht, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde. Intergeschlechtliche beziehungsweise intersexuelle Menschen haben körperliche Geschlechtsmerkmale, die sich nicht als nur männlich oder nur weiblich einordnen lassen. „Nicht-binär“ ist eine Selbstbezeichnung für eine Geschlechtsidentität, die sich nicht in der Gegenüberstellung von Mann oder Frau beschreiben möchte.

Die Änderung des Geschlechtseintrags und der Vornamen soll für transgeschlechtliche sowie nicht-binäre und intergeschlechtliche Personen einheitlich geregelt werden, also nicht mehr wie bisher in zwei verschiedenen Gesetzen mit



unterschiedlichen Voraussetzungen. Nicht thematisiert wird die Frage etwaiger geschlechtsangleichender Maßnahmen. Hier sollen weiterhin fachmedizinische Regelungen die Grundlage bilden. Die DGPPN ist an der Überarbeitung bzw. Erstellung zweier S3-Leitlinien beteiligt, die sich mit diesen Themen befassen. Dies ist zum einen die Leitlinie *Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung* und zum anderen die Leitlinie *Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter: Diagnostik und Behandlung*.

Für Kinder unter 14 Jahren soll eine Änderungserklärung beim Standesamt durch die Sorgeberechtigten beantragt werden können. Jugendliche über 14 Jahre sollen dies mit Zustimmung der Eltern selbst tun können. Von zentraler Bedeutung ist dabei eine sachkundige, ergebnisoffene und kostenlose Beratung. Diese Beratung soll gestärkt und es soll sichergestellt werden, dass Eltern und Minderjährige vor der Entscheidung auf sie aktiv hingewiesen werden. Sollten die Sorgeberechtigten der Änderungserklärung nicht zustimmen, können sich die Jugendlichen an ein Gericht wenden, welches die Sorgeberechtigten gegebenenfalls überstimmen kann.

Nachdem eine Person eine Änderung des Geschlechtstrags und der Vornamen vorgenommen hat, ist eine erneute

Änderung erst nach einer Sperrfrist von einem Jahr möglich. Damit soll übereilten Entscheidungen vorgebeugt und die Ernsthaftigkeit des Änderungswunsches sichergestellt werden. Mit dem in den Eckpunkten festgehaltenen bußgeldbewehrten Offenbarungsverbot sollen die Betroffenen vor Diskriminierung geschützt werden. Die vorgelegten Eckpunkte dienen als Grundlage für Gespräche mit betroffenen Verbänden und Organisationen. Die Verabschiedung durch das Bundeskabinett ist für Ende dieses Jahres vorgesehen. Inkrafttreten soll das Gesetz dann in der zweiten Jahreshälfte 2023.

DGPPN Kongress 2022 | Symposium | Geschlechtervielfalt jenseits von medizinischer (körperlicher) Transition
25.11.2022 | 10:15–11:45 Uhr

Spezialisiert behandeln

Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung benötigen neben spezialisierter somatischer Versorgung häufig auch spezialisierte psychiatrische und psychotherapeutische Unterstützung. Darauf sind die Versorgungsstrukturen vielerorts nicht ausreichend eingestellt. Die Regierungsparteien haben sich im Koalitionsvertrag auf einen bundesweiten Ausbau der Medizinischen Behandlungszentren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen geeinigt. Die DGPPN fordert, jene ausdrücklich in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung der Zielgruppe einzubeziehen.

Menschen mit geistiger Behinderung haben ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten. Dabei können Symptomatik und Verlauf deutlich von den üblichen Erscheinungsformen abweichen. Für Betroffene ist es besonders schwierig, sich an die Anforderungen des alltäglichen Lebens anzupassen. Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung dieser Personengruppe stellt dementsprechend besondere fachliche und organisatorische Herausforderungen an Behandelnde. Diagnostik und Therapie erfordern bei emotionalen und intellektuellen Entwicklungsstörungen überdurchschnittlichen Zeitaufwand und eine multiprofessionelle Heran-

gehensweise. So sind unter anderem spezielle differentialdiagnostische Kenntnisse gefragt, da beispielsweise Verhaltensauffälligkeiten, die sich durch Veränderungen der Umgebungsbedingungen mildern lassen, von psychischen Störungen im engeren Sinne abgegrenzt werden müssen. Sensorische und sprachliche Beeinträchtigungen der Betroffenen stellen dabei besondere kommunikative Anforderungen an die Behandelnden. An der Versorgung sind häufig zahlreiche Berufsgruppen wie Ärzte verschiedener Fachrichtungen, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Ergotherapeuten, Heilpädagogen, Heilziehungspfleger sowie Gesundheits- und Krankenpfleger beteiligt. Für eine erfolgreiche Behandlung müssen die Leistungen der verschiedenen Berufsgruppen aufeinander abgestimmt werden. Diese hohen Anforderungen können im Rahmen der Regelversorgung häufig nicht ausreichend erfüllt werden. Die DGPPN setzt sich deswegen schon seit Jahren dafür ein, dass das psychiatrische und psychotherapeutische Regelversorgungssystem besser auf eine bedarfsgerechte Versorgung dieser bislang häufig unterversorgten Zielgruppe ausgerichtet wird.

Für die spezialisierte somatische Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung hat der Gesetzgeber 2015 die Möglichkeit zur Gründung *Medizinischer Behandlungszent-*



ren für Erwachsene mit geistiger Behinderung oder schweren Mehrfachbehinderungen, kurz MZEB, geschaffen. MZEB arbeiten als ärztlich geleitete ambulante Einrichtungen interdisziplinär, multiprofessionell und in enger Kooperation mit den Akteuren der Regelversorgung. Sie bilden in der Regel fachliche Schwerpunkte, die eine umfassende diagnostische Abklärung und spezialisierte Versorgung ermöglichen. Im Koalitionsvertrag haben sich die Ampelparteien auf einen bundesweiten Ausbau dieser Zentren geeinigt. Aus Sicht der DGPPN sollte das große Potenzial der MZEB unbedingt auch für eine bessere psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung der Zielgruppe genutzt werden. In einem Positionspapier, das vom DGPPN-Referat „Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung“ erarbeitet wurde, fordert die DGPPN deswegen, dass die MZEB neben somatischen auch psychiatrisch-psychotherapeutische Schwerpunkte ausbilden sollten.

Für den Erfolg von MZEB mit entsprechendem Schwerpunkt müssten fachgerechte Leistungsvereinbarungen und aufwandsgerechte Vergütungsvereinbarungen ermöglicht werden. Unentbehrlich ist dabei die aufsuchende Arbeitsweise. Denn in vielen Fällen können Verhaltensauffälligkeiten und psychische Störungen nur im konkreten Lebensumfeld der Betroffenen sachgerecht interpretiert und wirksame

Interventionen abgeleitet werden. Zentral sind zudem die Anleitung und Supervision der Bezugspersonen wie Angehörige, Zugehörige oder professionelle Assistenten.

Neu geschaffene MZEB mit entsprechendem Schwerpunkt würden auch über die Grenzen des Zentrums hinaus die Versorgungssituation in der Region verbessern. Denn gemäß der gesetzlichen Bestimmung arbeiten MZEB eng mit den Akteuren der Regelversorgung zusammen. Zudem könnten sie als fachliches Kompetenzzentrum für Versorgung sowie Fort- und Weiterbildung in der Region fungieren.

Der Ausbau der MZEB wird im Koalitionsvertrag im Zusammenhang mit einem Aktionsplan für ein diverses, barrierefreies und inklusives Gesundheitswesen angekündigt, der bis Ende 2022 vorliegen soll. Aus Sicht der DGPPN muss die bedarfsgerechte psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung ausdrücklich in den Aktionsplan einbezogen werden.

DGPPN Kongress 2022 | State-of-the-Art-Symposium | Psychische Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung
24.11.2022 | 15:30–17:00 Uhr



Gefühle brauchen Raum

Barbara Vorsamer weiß, wie es sich anfühlt, wenn morgens ein Elefant auf ihrer Brust sitzt. In ihrem Buch berichtet sie eindrücklich von ihren Therapien und Klinikaufenthalten und dem schmerzhaften Prozess, Gefühle zulassen zu können. *Psyche im Fokus* hat daraus einen Auszug* zusammengestellt.

Ich wollte schon immer gerne einen Ratgeber darüber schreiben, wie man Migräne und Depressionen loswird. Oder wenigstens einen lesen. Das Problem bei Ersterem ist, dass ich es nicht weiß. Und das Problem bei Letzterem ist, dass es die anderen auch nicht wissen. Ich habe unzählige Bücher über Schmerzen, Migräne und Depressionen gelesen und nirgends den einen Rat gefunden, mit dem endlich alles gut wurde.

Ich kämpfe seit Jahrzehnten mit Migräneanfällen, die mich mehrmals im Monat für einige Tage lahmlegen, und mit schweren Depressionen, die mich immer mal wieder heimsuchen, weswegen ich Medikamente nehme, die mal besser und mal schlechter helfen. Mal mache ich mehr und mal weniger Therapie. Die Depression ist trotzdem – zumindest als grüblerisches Grundrauschen unter der Oberfläche des Alltags – immer da. Ständiger Selbsthass, häufige Suizidgedanken und monatelange tiefe, grundlose Traurigkeit waren für mich normal. Dass andere Menschen derlei Gedanken und Gefühle nicht oder nur sehr selten kennen, war mir lange nicht klar, mit Psychotherapie oder gar Psychiatrie wollte ich nichts zu tun haben.

Doch die Depression fragt nicht nach Erlaubnis, genauso wenig wie andere Krankheiten. Stattdessen wird sie immer schlimmer, wenn sie nicht behandelt wird. 2008 war ich deswegen zum ersten Mal in einer psychiatrischen Klinik, 2011 zum zweiten Mal. Ich habe inzwischen mehr als 15 Jahre Psychotherapie mit Therapeutinnen und The-

rapeuten unterschiedlichster Denkschulen hinter mir und bestimmt ein Dutzend verschiedene Psychopharmaka ausprobiert. [...]

Ich ging mit dem Ziel in die Klinik, mich von den ganzen P-Menschen dort (Psychotherapeutinnen, Psychiater) zügig reparieren zu lassen. Von großen Gefühlen verstand ich überhaupt nichts, ich fand das Auf und Ab und Hin und Her meiner Psyche äußerst lästig. Nun ausgerechnet als Gefühlsblinde ein Buch über psychische Krankheiten und Gefühle zu schreiben, mag daher im ersten Moment anmaßend wirken. Vielleicht bin ich aber gerade deswegen genau die Richtige. Wer Dinge auf natürliche Weise immer schon richtig gemacht hat, kann oft anderen nicht beschreiben, wie es geht. [...]

Ich habe Freundinnen, mag meine Nachbarn, liebe meinen Mann und meine Kinder, und ich werde zurückgeliebt und -gemocht. Das trägt mich durchs Leben, meistens. Doch selbst gehen kann ich nicht. Ich bin abhängig vom Urteil der anderen und nicht nur ein bisschen irritiert, wenn ich kritisiert oder abgelehnt werde. Es trifft mich im Innersten, und ich bin mir sofort sicher: Ich kann das nicht, ich habe alles falsch gemacht, ich bin nichts. [...] Warum ich das hier schreibe? Weil ich vermute, dass dieser Mangel an Selbstwertgefühl unter allem liegt, die Wurzel der Depression ist, ja, vielleicht ist das die Depression. [...] Ich hatte schon in der Karibik Migräne, in Rom und in Valencia, auf Sardinien, auf Rhodos und in Südtirol, im Bayerischen Wald

und an der Nordsee. Ich habe in unzähligen Hotelzimmern nach Rollläden, Vorhängen oder Fensterläden gesucht, um Sonnenschein und Geräusche so weit wie möglich auszusperren und dann in durchgelegenen Hotelbetten auf Besserung zu hoffen. Ich habe zu weiche, zu harte, zu große, zu kleine, zu steife und zu schlappe Kissen irgendwie in eine erträgliche Form zu klopfen versucht, damit sie meinen schmerzenden Nacken bestmöglich stützten, immer auf der Suche nach der einen Liegeposition, in der der Schmerz ein klein wenig erträglicher war. [...]

Natürlich können körperliche Symptome von seelischen Problemen herrühren. Auch die These, dass meine Migräne manchmal ein Zeichen unterdrückter Wut ist, ist nicht völlig falsch. Doch erstens bringt ein solches Wissen darum auch nicht direkt weiter. Zweitens gibt es auch körperliche Symptome, die einfach nur körperliche Symptome sind. Und drittens hat der Körper mitsamt seinen Schmerzen und Symptomen wiederum eine Wirkung auf die Seele. Wie so oft ist alles miteinander verknüpft. Wer nur schwungvoll an einem Ende zerrt, anstatt alles vorsichtig aufzudröseln, zieht unter Umständen den Knoten noch fester. [...]

Wir sollten lernen,
Depressionen und andere
psychische Krankheiten genauso
anzunehmen wie Diabetes
oder Asthma.

Meine beiden Krankheiten, die Depressionen und die Migräne, zeigen mir immer wieder, dass die Trennung zwischen Psyche und Körper künstlich ist – und mein Einfluss auf beides begrenzt. Das einzusehen und zu akzeptieren ist einer der wichtigsten Schritte im Kampf gegen die Schmerzen. Noch besser wäre es, den Kampf erst gar nicht aufzunehmen, schließlich wäre es ein Feldzug gegen sich selbst und einen, den man nicht gewinnen kann. Ich habe mir lange gewünscht, die Depressionen und die Migräne „in

den Griff“ zu bekommen. Das ist genauso utopisch wie der Wunsch, sein Leben in den Griff zu bekommen. Niemandem gelingt das, allen kann jederzeit etwas passieren, was sie aus der Balance bringt. Das Gleichgewicht lässt sich am besten halten, indem man selbst flexibel bleibt und statt nach hinten oder unten nach vorne blickt. Wir sollten daher lernen, Depressionen und andere psychische Krankheiten genauso anzunehmen wie Diabetes oder Asthma. Viel wichtiger als die Frage „Was hat das ausgelöst?“ ist dann: „Was hilft mir jetzt?“ und „Wie kann ich damit umgehen?“.

[...] Meine erste Therapeutin, nennen wir sie Frau Böll, war eigentlich noch gar keine. Sie befand sich in ihrer Ausbildung und arbeitete in der psychologischen Studienberatung der Universität Mainz. Zu ihr ging ich erstmals nach der Entlassung aus der Schmerzklinik. Es wurde ein Jahr daraus. [...] Doch trotz all der harten Arbeit fühlte ich mich auch nach einem Jahr noch kein bisschen besser, und Frau Böll riet mir, mich um eine ambulante Psychotherapie zu kümmern. Das tat ich, hatte nach langer Wartezeit ein paar probatorische Sitzungen hier und ein paar dort. Ob ich die Therapeutinnen mochte, kann ich heute nicht mehr sagen. Therapieplätze sind eine knappe Ressource, die meisten Praxen haben lange Wartelisten. Deswegen hatte ich das Gefühl, keine kritischen Gedanken zu den Therapeutinnen haben zu dürfen. Begeistert hat mich aber keine. [...] Ich ging in die Therapie, wie man ein Auto in die Werkstatt bringt, und wollte so schnell wie möglich repariert werden, um danach auf denselben Straßen wie vorher herumzufahren. [...]

Auch nach mehr als zehn Jahren Psychoanalyse habe ich in meiner Vergangenheit noch immer keinen eindeutigen Grund für chronische Schmerzen und Depressionen gefunden und bin der Meinung: Es gibt keinen. Ich habe das halt – genauso wie andere Menschen Allergien haben, Diabetes oder eine schiefe Hüfte. Ja, Krieg, Gewalt, Missbrauch und andere traumatische Erlebnisse können psychische Störungen auslösen. Ereignisse wie eine Trennung der Eltern oder der Tod einer nahestehenden Person können dazu beitragen, dass eine Krankheit ausbricht. Doch allein die Tatsache, dass es auch Menschen gibt, die Derartiges überstehen, ohne zu erkranken, zeigt, dass jeder und jede unterschiedlich veranlagt ist. Warum bin ich so, wie ich bin? Warum ist das alles so gekommen? Wer ist schuld? [...]

Waren die 15 Jahre Psychotherapie also umsonst, sollte ich meine Depressionen einfach mit allem behandeln, was die Chemie hergibt, und mir den ganzen „Psychobammel-Kram“ sparen? Natürlich nicht. [...] Jeder braucht jemanden, der ihm oder ihr zuhört, der spiegelt, auf unsere Ideen, Gefühle und Gedanken reagiert und beim Sortieren hilft. Eine gute Psychotherapeutin macht das. Freundinnen, Partner, Nachbarn, Kolleginnen machen das aber auch. [...] Von Forderungen nach „Therapie für alle“, wie sie vor allem in sozialen Netzwerken häufig ertönen, halte ich dennoch gar nichts. Ich glaube, manche von denen, die zur Therapie gehen, bräuchten viel eher einen Freund (und vielleicht psychologische oder pädagogische Hilfe dabei, neue Kontakte zu knüpfen, falls ihnen das schwerfällt). Und andererseits finden viele psychisch schwer kranke Menschen niemanden, der sie behandelt. [...]

Ich selbst habe es immer irgendwann geschafft, bei einer Therapeutin unterzukommen. [...] Das Gefühl, dass die Therapeutinnen und Ärztinnen mich ganz gerne behandeln, habe ich häufig. Selbst wenn ich gerade schwer krank bin, bin ich noch eine nette Patientin, komme in der Regel pünktlich und habe meinen Überweisungsschein oder die Krankenkassenkarte spätestens in der Woche darauf wirklich dabei. Genehmigt die Krankenkasse keine Sitzungen mehr, kann ich es mir leisten, privat weiter zu zahlen. Ich beschimpfe mein Gegenüber nicht, schreie nicht herum, stinke nicht, schlage niemanden, zünde nichts an. Ich bin eine sprachgewandte Akademikerin – meistens genau wie die Therapeutin, die mir gegenüber sitzt. Wir leben in derselben Welt, wir verstehen uns. Bei meinen beiden Aufenthalten in der Psychiatrie traf ich andere Leute. Menschen ohne Wohnung, ohne Freunde, ohne Geld, ohne Manieren. Dafür mit bipolarer Störung, dem Borderline-Syndrom oder einer Psychose. Sie hätten dringend eine Anschlusstherapie gebraucht. [...] Am anderen Ende des Spektrums hilft vielleicht auch ein etwas kritischerer Blick auf die Psychotherapie. Denn sie kann sehr vieles – aber bei Weitem nicht alles. Vor allem die analytisch geschulten Therapeutinnen, mit denen ich gearbeitet habe, taten manchmal so, als könne man mit genügend Willenskraft einfach alles lösen. 2008 in der Klinik analysierten wir zwei Monate lang meine Herkunftsfamilie, erst als es damit einfach nicht besser werden wollte, bekam ich Antidepressiva. Noch heute macht meine Therapeutin ein saures Gesicht, wenn ich ihr erzähle, dass meine Psychiaterin die Dosis er-

höht hat, und sagt: „Ich würde Ihnen wünschen, dass Sie es irgendwann schaffen, diese Gefühle zuzulassen, anstatt sie immer wegzudrücken.“ Diese Therapiegläubigkeit suggeriert eine Kontrolle über den eigenen Geist, die eigenen Gedanken und Gefühle, die komplett unrealistisch ist. Wie soll man sich denn bitte Selbstvertrauen, Liebe, Kraft und Zuversicht in Kopf und Herz hexen? [...]

Sehr viele Menschen
brauchen immer wieder
wegen desselben Problems
dieselbe Behandlung.

Inzwischen glaube ich, dass man Psychotherapie eigentlich ganz gut mit Physiotherapie vergleichen kann, Kinder verwechseln das eh immer und können beides nicht aussprechen. Zur Physiotherapie geht man wegen Rückenschmerzen oder wegen Knieproblemen, oft bekommt man dann etwas, was guttut und lindert (Rotlicht, Fango, eine Massage), danach trainiert man gemeinsam mit der Therapeutin, sie zeigt einem, welche Fehlhaltungen man einnimmt und welche Übungen helfen, um kräftiger zu werden. Nach einer bestimmten Anzahl an Terminen hört man mit der Physiotherapie wieder auf. Eine Garantie, nie wieder Knie- oder Rückenprobleme zu haben, ist das nicht. Sehr viele Menschen brauchen immer wieder wegen desselben Problems dieselbe Behandlung. Bei der Seele ist das nicht anders. Man spricht mit einem – idealerweise klugen, sympathischen und zugewandten – Menschen über alles, was einen gerade belastet, nervt oder traurig macht, das tut dann schon mal gut. Dann versucht man, herauszufinden, warum einen das belastet/nervt/traurig macht, ob man vielleicht ungünstige Denkmuster oder Glaubenssätze hat und wo die herkommen. Und dann arbeitet man daran, diese Denkmuster aufzulösen und durch günstigere Glaubenssätze zu ersetzen. Klingt einfacher, als es ist. Und vor allem: Der Prozess ist nie komplett abgeschlossen. Heißt natürlich nicht, dass man lebenslang Therapie machen

muss. Aber möglicherweise hat man immer mal wieder Probleme, wenn die Seele Belastungen ausgesetzt ist, und man braucht immer mal wieder Unterstützung. [...]

Es heißt oft, dass psychisch Kranke erst mal Tabletten nehmen müssten, um überhaupt von Psychotherapie profitieren zu können. Dieser Satz stimmt sicher nicht für alle Menschen, für mich aber schon. Die Medikamente haben meine Persönlichkeit nicht verändert, nicht aus Trauer Freude oder aus Wut Gelassenheit gemacht. Sie verschaffen mir aber genug Stabilität und innere Ruhe, um Gefühle wahrnehmen zu können. Seit neun Jahren dreht sich meine therapeutische Arbeit kaum mehr darum, es endlich mal wieder ohne Medikamente und Therapie „zu schaffen“. Stattdessen versuchte ich, einen gesunden Umgang mit meinen Gefühlen zu erlernen [...].

All die Therapien, all die Reflexion über Trauer, Depressionen und andere emotionale Zustände führten dazu, dass ich 2020 dachte, ich hätte mich mittlerweile wirklich verstanden. Mal wieder war ich der Ansicht, ich bräuhete vielleicht nicht mehr ganz so viele Tabletten, könnte vielleicht mit etwas weniger chemischer Unterstützung mit dem umgehen, was ich so empfand und wie es mir so ging. Ich meinte, stabil zu sein und hatte die Nebenwirkungen satt. Ich wollte reduzieren. Meine Psychiaterin war einverstanden. Dann kam Corona. [...] Bundeskanzlerin Angela Merkel sagte: „Es ist ernst.“ Während ich das aufschreibe, spüre ich wieder, wie viel Angst ich damals hatte. Ja, vielleicht spüre ich sie jetzt erst so richtig, damals war ich wie so viele andere nonstop damit beschäftigt, mich und meine Familie durch die Krise zu managen. Wir wissen heute, dass Deutschland relativ glimpflich durch die erste Welle gekommen ist. Damals war das nicht abzusehen. Inzwischen sind alle Erwachsenen, die wollen, längst geimpft. Im Frühjahr 2020 war damit nicht zu rechnen. [...]

Ich habe Depressionen. Ich bin psychisch krank. Mir geht es nicht gut. Vor 15 Jahren konnte ich keinen dieser Sätze sagen. Es ging mir nicht gut, ich wollte aber nicht psychisch krank sein, also auf keinen Fall in dieser Absolutheit. Ich hatte vielleicht depressive Phasen, machte Therapie – aber ich sah das alles als vorübergehend an. Irgendwann und bestimmt ganz bald würde es mir wieder besser gehen, und bis dahin machte ich vorsichtshalber ein Geheimnis draus [...], in das ich nur ganz wenige Menschen mit klopfendem Herzen einweihte.

[...] Immer mehr Leute antworten mir auf den Satz „Ich habe Depressionen“ inzwischen mit „Ich auch“. Und wenn ich heute mit Freundinnen beim Wein sitze, kann es sein, dass jede von uns eine Story von ihrer Therapeutin erzählen kann. [...] Es ist nicht möglich, irgendwelche allgemeingültigen Aussagen über depressive Menschen zu treffen. Dafür sind wir eine zu große und zu diverse Gruppe. Wir sind nicht sensibler als gesunde Personen, nicht stärker, nicht schwächer, nicht leistungsfähiger, nicht fauler, nicht klüger, nicht dümmer, nicht kreativer, egozentrischer oder begabter. Ich wünsche mir, dass Menschen die Krankheit als eine Facette meiner Persönlichkeit begreifen – eine wichtige zwar, aber trotzdem nur eine, und sie erklärt mich nicht.

[...] Ich dachte immer, ich müsste ultimative Lösungen haben, bevor ich über Depressionen schreiben kann. Ich müsste wissen, wie man diese Krankheit besiegt, mit welchen Mitteln man sie in den Griff bekommt, und könnte meinen Leserinnen und Lesern dann erzählen, wie schön das Leben mit Depressionen ist. Doch ich habe noch immer Depressionen und inzwischen eine andere Botschaft: Es ist gar kein Kampf. Ich habe die Krankheit nicht im Griff – aber sie mich auch nicht. Stattdessen habe ich das Vertrauen, damit umgehen zu können, wenn das nächste Mal Symptome auftreten. Mir, meiner Therapeutin und meiner Ärztin wird dann schon etwas einfallen, was hilft und irgendwann werden die Symptome wieder weggehen. Und dazwischen ist das Leben schön. Trotzdem.

*gekürzter Auszug aus *Mein schmerzhaft schönes Trotzdem*.
dtv-Verlag, 2022



Autorin

Barbara Vorsamer ist Redakteurin im Gesellschaftsteil der Süddeutschen Zeitung. Ihre Texte wurden mehrfach für Preise nominiert und ausgezeichnet. Sie lebt mit ihrer Familie in München.

Mental Entertainment

Ob humoristisch, emotional oder sachlich: Psychische Erkrankungen spielen in Filmen, Serien und Podcasts immer öfter die Hauptrolle. *Psyche im Fokus* gibt einen kleinen Überblick.

Der Therapeut von nebenan



Inspiziert von wahren Begebenheiten erzählt die Serie von der Beziehung zwischen Star-Psychiater Dr. Isaac Herschkopf und seinem langjährigen Patienten Marty. Zunehmend geraten beide in ein Missverhältnis.

→ Serie | Apple TV plus

#AMiNORMAL



Mika Orr, Regisseurin und Tochter eines Psychiaters, hinterfragt in ihrem Podcast auf humorvolle Weise unser Konzept von Normalität. Dafür vergleicht sie die Geständnisse anonymen Personen mit den Beschreibungen verschiedener psychischer Störungen aus dem DSM-5.

→ Reportage | Arte

Psychoaktiv – Der Drogen- und Alkohol-Podcast



Informationen zu den verschiedenen Substanzen, zu Suchthilfesystem, Abhängigkeitserkrankung, Geschichte, Drogenpolitik und was Host Stefanie Bötsch sonst noch so einfällt. In den Podcastfolgen kommen unter anderem auch verschiedene Akteure der Forschung und Praxis zu Wort, um die verschiedenen Themen differenziert zu erarbeiten.

→ Podcast | alle Plattformen

Outsider Art – Prinzhorn in Heidelberg



Die „Sammlung Prinzhorn“, die im Laufe der Jahre weltweit zu einem Begriff und einer Inspiration für die Kunst von Außenseitern, also für „Art Brut“ und „Outsider Art“, geworden ist, feiert jetzt 100-jähriges Jubiläum. Die Doku erzählt die wechselvolle, spannende Geschichte.

→ Reportage | ARD-Mediathek

Alles in bester Ordnung



Im Laufe ihres Lebens ist die 54-jährige Marlen zu einer Einsiedlerin geworden. Sie hortet in ihrer Wohnung Dinge, die für sie eine große Bedeutung haben. Fynn dagegen reist mit einem kleinen Rollkoffer durch die Welt. Er ist der Meinung, dabei nicht mehr als hundert Dinge zu brauchen.

→ Film | ab 17.11. auf DVD/im Streaming

Argentinien: Ein Radiosender von Verrückten



Es sind Patientinnen und Patienten eines psychiatrischen Krankenhauses, die einen einzigartigen Radiosender betreiben. Die ergreifenden Zeugnisse über ihren Alltag, ihr Humor und ihre Lektionen in Sachen Menschlichkeit hören bis zu 7 Millionen Argentinier.

→ Reportage | Arte

Ich bin jetzt anders – Neustart nach der forensischen Psychiatrie



Durch Marcells Leben ziehen sich Straftaten wie Hausfriedensbruch, Körperverletzung, häusliche Gewalt, Sachbeschädigung – alle begangen unter Alkoholeinfluss. 30 Monate hat er in der forensischen Psychiatrie verbracht; nun beginnt sein Neuanfang.

→ Film | DGPPN Kongress 2022

→ 24.11. | 15:30–16:45 Uhr Saal New York 3

Die Seele des Grund- gesetzes



Im Namen des Volkes, der Demokratie und der freiheitlichen Verfassung hat Andreas Voßkuhle in den letzten zwölf Jahren als oberster Richter in Deutschland von Karlsruhe aus an richtungsweisenden Urteilen mitgewirkt. Mit DGPPN-Präsident Thomas Pollmächer sprach er über Selbstbestimmungsrechte, Wirklichkeitskonstruktion und Rechtsstaatlichkeit.

Thomas Pollmächer: Lieber Herr Voßkuhle, während Ihrer Amtszeit hat das Bundesverfassungsgericht viele beachtenswerte Entscheidungen getroffen. Eine ganze Reihe davon haben sich mit der Freiheit und der Autonomie der Bürger befasst, und einige sind von elementarer Bedeutung für die Medizin und insbesondere für die Psychiatrie. Natürlich entscheidet immer ein Senat gemeinsam. Aber man hat in den Anhörungen und Begründungen immer wieder den Eindruck gewonnen, dass Ihre ganz persönliche Position eine sehr freiheitlich-libertäre ist. Stimmt das?

Andreas Voßkuhle: Libertär hört sich ein bisschen pejorativ an. Aber ich bin ein Freund der Freiheit, das ist richtig. Wir denken unsere Verfassungsordnung von der Freiheit her. Richtig entfaltet wurde die Freiheitsordnung erst durch das Grundgesetz nach dem Zweiten Weltkrieg; noch in der Weimarer Verfassung war die Freiheit nicht so stark verankert. Erst nach dem Völkermord im Nationalsozialismus haben wir den Schutz der Würde des Menschen an den Anfang gesetzt und ihn als Subjekt verankert, das fähig ist, Rechte zu haben und das wir als frei und gleich betrachten.

„Wir denken unsere Verfassungsordnung von der Freiheit her.“ **Andreas Voßkuhle**

Es ist Aufgabe des Gerichts, diesen Grundsatz der freiheitlichen Verfassung immer wieder in den Vordergrund zu rücken und zu hinterfragen, ob Einschränkungen der Freiheit in einer Gemeinschaft notwendig und im Einzelfall gerechtfertigt und verhältnismäßig sind. Dieses Versprechen durchzieht das gesamte Grundgesetz. Es ist, wenn man so will, die Seele des Grundgesetzes. Wenn Sie ein besonders starkes Freiheitsbedürfnis beim ehemaligen Präsidenten des

Bundesverfassungsgerichts ausgemacht haben sollten, dann kann ich damit gut leben.

TP: Wobei man doch als Beobachter von außen den Eindruck hat, dass das Gericht – nicht nur das Verfassungsgericht, sondern die Rechtsprechung insgesamt – von Beginn bis heute eine dynamische Entwicklung vollzogen hat. Wir haben auch nach dem Zweiten Weltkrieg noch in einer Welt gelebt, in der man viel Autorität akzeptiert hat. Auch in der Medizin war noch lange die Meinung des Doktors die „richtige“. Das wurde damals nicht oder zumindest kaum infrage gestellt.

AV: Weil Sie gerade über Medizin und Recht sprechen: Es gibt auch Beispiele dafür, dass das Gericht sich irren kann. Es gab eine Entscheidung zur Strafbarkeit homosexueller Praktiken zwischen Männern nach § 175 StGB. In diesem Verfahren wurden zahlreiche Mediziner als Sachverständige befragt und nicht wenige davon haben Homosexualität als Krankheit bezeichnet. Auf der Grundlage dieser Gutachten ist man zu dem Entschluss gekommen, dass man die Strafbarkeit weiter beibehält und dass es durchaus Gründe gibt, Homosexualität unter Strafe zu stellen. Wenn man diese Entscheidung heute liest, wundert man sich doch. An diesem Beispiel wird sehr gut deutlich: Das Gericht kann immer nur auf der Grundlage der Erkenntnisse argumentieren, die zu der jeweiligen Zeit vorliegen. Und die Erkenntnisse über den Menschen und in der Medizin verändern sich natürlich mit der Zeit. Insofern verändert sich auch die Rechtsprechung.

Dass die Rechtsprechung insgesamt freiheitlicher geworden ist, glaube ich aber nicht. Mit ein bisschen Abstand und Blick auf unzählige Entscheidungen ist eine Entwicklung des Gerichts hin zu mehr oder weniger Freiheit, hin zu liberaler oder konservativer in der Gesamtschau nicht sichtbar. Das Gericht versucht vernünftige, handlungsfähige Entscheidungen auf

der Grundlage des Grundgesetzes zu treffen, die im weitesten Sinne auch anschlussfähig sind.

TP: Wenn man die Zeit der 60er Jahre bis heute betrachtet, hat sich diese Art der Anschlussfähigkeit ja auch verändert. Ich denke da an das Konzept des mündigen Bürgers von Theodor W. Adorno. Inwieweit hat das die Interpretation und die Schwerpunktsetzung beeinflusst?



TP: Damit kämen wir zu den Bedingungen dieser Freiheit und der Fähigkeit, selbst zu bestimmen. Uns Mediziner interessiert da vor allem die Einschränkung der Selbstbestimmungsfähigkeit bzw. der Einwilligungsfähigkeit durch Erkrankungen. Da hat es eine für die Psychiatrie – und mittelbar für die ganze Medizin – erhebliche Entwicklung gegeben. Das Gericht hat anhand vieler Fälle zunehmend klare Regeln dafür aufgestellt, wann Mediziner sich über die selbstbestimmte Entscheidung eines Patienten hinwegsetzen dürfen oder sogar müssen, um ihn zu schützen.

„Das Gericht kann immer nur auf der Grundlage der Erkenntnisse argumentieren, die zu der jeweiligen Zeit vorliegen.“

Andreas Voßkuhle

Damit hat das Bundesverfassungsgericht insbesondere die UN-Behindertenrechtskonvention anders ausgelegt, als das international zum Teil geschieht. Zumindest ein offizieller Kommentar zu Art. 12 versteht die Freiheit jeder Person – ob gesund oder krank – so, dass in keinem Fall eine Unterbringung oder eine Behandlung in einem Krankenhaus gegen den ausdrücklichen Willen der Person möglich ist. Das ist mit unserer Verfassung nicht vereinbar, denn der Staat muss auch für das Wohl seiner Bürger Sorge tragen und sie auch in gewissem Umfang vor sich selbst schützen, in den Situationen, in denen sie zu einer selbstbestimmten Entscheidung nicht fähig sind.

AV: Die Selbstbestimmung des Einzelnen – der mündige Bürger – war und ist tatsächlich äußerst prägend für die Rechtsprechung. 1948 kamen Fachleute beim Verfassungskonvent von Herrenchiemsee zusammen und haben überlegt, wie eine neue Verfassung aussehen könnte. Damals wurde statt der Gewährleistung der Menschenwürde ein anderer Satz an den Anfang gestellt: Der Mensch ist nicht für den Staat da, sondern der Staat für den Menschen. Wir stellen also den Einzelnen und seine Freiheit in den Mittelpunkt. Und wir trauen ihm auch einiges zu. Das ist letztendlich eine Idee, die auch Medizinern geläufig ist. Wir denken den Menschen als frei und gleich und glauben, dass er in der Lage ist, für sich auch mehr oder weniger rationale Entscheidungen zu treffen.

AV: Ich erinnere mich an eine sehr eindrucksvolle mündliche Verhandlung zur Sieben-Punkt-Fixierung in der Psychiatrie. Es ging um Fragen wie: Gibt es Alternativen dazu? Was sind die Gefahren einer solchen Sieben-Punkt-Fixierung und kann man nicht darauf verzichten? Wir haben entschieden, dass man nicht darauf verzichten kann – es muss diese Möglichkeit geben. Gleichzeitig müssen Maßnahmen ergriffen werden, damit der Patient dabei geschützt ist. Er muss permanent beobachtet werden, und es muss ein richterlicher Beschluss eingeholt werden, der die Situation auch nochmals überprüft. Wenn all diese Sicherungsmaßnahmen erfüllt sind, kann man einen Menschen auch zu seinem Wohl sieben-Punkt-fixieren, obwohl das ein unglaublich intensiver Freiheitseingriff ist.

TP: Ja, deswegen ist es unheimlich schwierig und hat zu heftigen Diskussionen geführt. Die Beschlüsse zur Fixierung haben die psychiatrische Versorgungspraxis letztlich in positiver Weise verändert. Insgesamt haben Fixierungen seither tatsächlich abgenommen. Allerdings setzt das Recht, basierend auf anderen Beschlüssen des Verfassungsgerichts, so hohe Hürden für die Behandlung selbstbestimmungsunfähiger Patienten, dass viele zum Teil über Wochen unbehandelt bleiben. Das erleichtert es bei manchen, sie doch noch von der Notwendigkeit einer Behandlung zu überzeugen, bei anderen führt es aber zu lang dauernder Gefährdung ihrer selbst und anderer, die dann vermehrte Fixierungen und eine weitere Verschlimmerung der Erkrankung zur Folge haben können und damit das Wohl des Patienten erheblich gefährden. Das Patientenwohl ist aber für uns Ärzte ungemein wichtig, weil es eine zentrale ethische Verpflichtung beinhaltet, die gleichwertig neben der Achtung der Selbstbestimmung steht.

„Das Patientenwohl ist für uns Ärzte ungemein wichtig.“

Thomas Pollmächer

AV: Ich bin ganz Ihrer Meinung. Die Aufklärung darf sich nicht ins Gegenteil verkehren und letztlich das Patientenwohl gefährden. Das ist nicht Sinn dieser Regelung und eindeutig kontraproduktiv.

TP: Lassen Sie uns zu einer der letzten Entscheidungen kommen, an denen Sie wesentlich beteiligt waren. Ich spreche von § 217 StGB. Die Entscheidung zum Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe hat erwartbar große Wellen geschlagen, denn Sie haben das Recht auf Suizidassistenten – abgesehen von der Freiverantwortlichkeit – völlig von anderen Bedingungen losgelöst. In allen Ländern, in denen es zum assistierten Suizid bereits Regelungen gibt, muss neben der Freiverantwortlichkeit eine schwere, terminale Erkrankung bestehen und/oder der Betreffende muss unter unerträglichen Schmerzen leiden. Das Bundesverfassungsgericht hat aber international erstmals die Position eingenommen, dass solche Einschränkungen eigentlich nicht zulässig sind. Ein erhebliches Statement, wenn man so sagen darf!

AV: Zur Autonomie des Menschen gehört nach Auffassung des Gerichts die Entscheidungsfreiheit darüber, wann man aus dem Leben tritt. Das heißt, andere Menschen dürfen



nicht entscheiden, was ein vernünftiger Grund für diese Entscheidung sein könnte. Gleichzeitig haben wir im Urteil auch nochmals betont, dass der Staat eine Schutzpflicht hat. Der Einzelne muss aufgeklärt werden und es muss untersucht werden, ob er in der Lage ist, einen freien Willen zu entfalten. Es geht darum, dass jemand die Chance hat, dass ihm von Dritten geholfen wird – auch wenn er schwer erkrankt ist und nicht mehr selbst aus dem Leben scheiden kann. Insofern schließt das Recht auf selbstbestimmtes Sterben die Freiheit ein, einen Dritten mit einzubeziehen und dessen Hilfe in Anspruch zu nehmen.

TP: Können Sie nachvollziehen, dass die überwiegende Mehrheit der Ärzteschaft sich sehr schwer damit tut, hier tätig zu werden?

AV: Ich kann das gut nachvollziehen. Aus diesem Grund steht in der Entscheidung auch sehr klar, dass niemand verpflichtet werden kann, Suizidbeihilfe zu leisten. Allein die Haltung, dass ein Suizid grundsätzlich mit der Betreuung durch einen Arzt nichts zu tun hat, die kann ich nicht richtig verstehen. Ich würde mir von meinem Hausarzt schon wünschen, dass er auch in einer solchen Situation, in der ich überlege, aus dem Leben zu scheiden, mich begleitet, auf Folgen hinweist, Alternativen aufzeigt und dann auch bereit

ist, den letzten Schritt mit mir zu gehen und mich gewissermaßen professionell aus dem Leben scheiden lässt. Ich wünschte mir, dass das ärztliche Ethos auch diese existenzielle Lebenssituation mit einbeziehen würde und diesen Beistand umfasst, damit Menschen sich nicht mehr in ihrer Verzweiflung vor einen Zug werfen.

„Suizidassistenten hilft nicht, Suizide zu verhindern.“

Thomas Pollmächer

Ich sehe Parallelen zum Thema Abtreibung. Auch hier haben wir es mit der professionellen Bewältigung eines schweren Konflikts zu tun. Es ist doch sehr viel besser, wenn Frauen unter bestimmten Voraussetzungen, so wie es jetzt in der Bundesrepublik geregelt ist, eine Abtreibung professionell vornehmen lassen können und keinen „Kurpfuscher“ aufsuchen müssen. Hier hat sich im Laufe der Zeit auch etwas verändert: Früher waren Ärzte da zurückhaltend; mittlerweile scheint es etwas entspannter zu sein.

TP: Ich denke, es gibt zwei wesentliche Unterschiede zwischen der Situation des Schwangerschaftsabbruchs und dem assistierten Suizid: Zum einen ist ein Schwangerschaftsabbruch etwas, das tatsächlich ärztlicher Fähigkeiten bedarf. Eine Ausschabung gehört zum gynäkologischen Handwerk und kommt nicht nur bei Abtreibungen zum Einsatz. Man muss sich also damit auskennen und Ärzte lernen das in ihrer Ausbildung. Das ist bei der Ausgabe von 15 ml Pentobarbital anders. Für die Verabreichung zum Zwecke der Tötung ist ärztliche Expertise nicht notwendig, denn die Zusammenstellung und die Menge wird nicht individuell oder nach einer komplexen Formel bestimmt. Und der zweite Punkt, der glaube ich nicht so bekannt ist: In Ländern, in denen es die Möglichkeit des assistierten Suizids bereits umfänglich und länger gibt, ist die Zahl der „anderen“ Suizide nicht zurückgegangen. Denn es handelt sich hier um zwei verschiedene Gruppen von Menschen. In der Regel sind es akut schwer psychisch kranke Menschen, die diesen Entschluss kurzfristig fassen und ohne Hilfe umsetzen. Die allermeisten kämen gar nicht auf die Idee, nach einem assistierten Suizid zu fragen. Suizidassistenten hilft also nicht, Suizide zu verhindern.

Der überwiegende Teil der Menschen, die an einer psychischen Erkrankung leiden und sich das Leben nehmen wollen, sind zu diesem Zeitpunkt nicht selbstbestimmungsfähig.

Deshalb muss man sie unabhängig von der Frage der Assistenz zumindest so lange davon abhalten, sich das Leben zu nehmen, bis ihre Erkrankung wieder in einem Stadium ist, wo sie frei entscheiden können. Wir Psychiater begleiten viele Patienten, bei denen Suizidalität durchgehend oder immer wieder ein Thema ist – schon von der ersten depressiven Phase an. Deshalb arbeiten wir zum Teil jahre- oder jahrzehntelang zusammen mit dem Patienten erfolgreich daran, suizidale Phasen zu überstehen. Und natürlich gelingt das ganz häufig auch in Zeiten, in denen er oder sie selbstbestimmungsfähig ist. Welchen Maßstab soll der Arzt dann anlegen, um irgendwann den Wunsch des Patienten nach Suizid nicht mehr überwinden, sondern unterstützen zu wollen? Ich will damit sagen, dass es für mich und die meisten Kolleginnen und Kollegen nicht oder nur extrem schwer vorstellbar erscheint, einen solchen Patienten, den man schon viele Jahre kannte und mit dem man viele solcher Phasen durchgestanden hat, dann in den Tod zu begleiten. Das ist vielleicht eine spezielle Situation, in der wir Psychiater sind.

AV: Könnte man dieses Dilemma nicht dadurch lösen, dass man die Beratung von der Durchführung trennt? Also derjenige, der berät und auch der Hausarzt darf die Beihilfe nicht durchführen. Dagegen spricht, wenn jemand mit seinem Hausarzt seit 20 Jahren durchs Leben gegangen ist, ist es ja durchaus verständlich, dass diese Vertrauensperson ihn oder sie bei diesem wichtigen Schritt begleiten soll und das wäre in dem Fall nicht möglich. Oder man würde sagen, dass der Hausarzt durchführt und auch berät, solange eine zusätzliche Beratung durch einen anderen Arzt stattfindet.

TP: Ich habe vergeblich in der Urteilsbegründung danach gesucht, dass das Bundesverfassungsgericht etwas zur Tötung auf Verlangen sagt, weil es mir nicht unwahrscheinlich erscheint, dass jemand den § 216 StGB ebenfalls infrage stellt. Das Argument könnte lauten: Wenn ich das Recht habe, mein Leben zu beenden und dabei Hilfe in Anspruch zu nehmen, muss ich auch die Situation lösen können, dass ich nicht in der Lage oder nicht willens bin, selbst aktiv zu handeln. Fürchten Sie auch, dass wir – wenn man das Grundgesetz konsequent auslegt – bei der Legalisierung der Tötung auf Verlangen landen werden?

AV: Das war in der Tat ein starkes Argument in der Diskussion und die Befürchtung, dass wir uns auf die schiefe Bahn begeben könnten und § 216 StGB sich als verfassungswidrig herausstellen würde, ist in vielen Zusammenhängen immer

wieder aufgetaucht. Ich persönlich habe da keine so große Sorge, denn beide Fälle sind grundsätzlich unterschiedlich. Ich kann mir nicht vorstellen, dass das Bundesverfassungsgericht sagen würde, die Tötung auf Verlangen entspräche dem Autonomieverständnis der Verfassung, denn es kommt eine andere Person aktiv ins Spiel. Für die Autonomie ist es von zentraler Bedeutung, selbst die Herrschaft über das Geschehen zu behalten.

TP: Ein besonders interessantes Thema im Zusammenhang mit dem Stichwort „Selbstbestimmung“ ist die Diskussion um die Rechte transgeschlechtlicher Menschen. Laut der Eckpunkte für ein Selbstbestimmungsgesetz soll die Änderung des Geschlechtseintrags und des Vornamens ohne ärztliches Attest oder die Einholung von Gutachten in einem Gerichtsverfahren möglich sein. Für körperliche geschlechtsangleichende Maßnahmen gelten fachmedizinische Regelungen weiterhin. Die Frage ist, wie lange noch?

„Wenn jeder seine eigene Wirklichkeit konstruieren kann, wird es schwierig, gemeinsame Wege zu finden.“

Andreas Voßkuhle

AV: Ich sehe das auch mit gemischten Gefühlen. Ich glaube, es ist wichtig, es ernst zu nehmen, wenn sich jemand in seinem biologischen Geschlecht falsch fühlt. Aber wir begeben uns natürlich in eine schwierige Situation, dadurch, dass jeder noch viel stärker gefordert ist, zu entscheiden, wer er, sie oder es ist. Es ist selbstverständlich sinnvoll, der Autonomie des Einzelnen durch die Achtung seines Selbstbildes Rechnung zu tragen. Und deshalb hat das Gericht auch früh in seiner ersten Transsexuellen-Entscheidung gesagt: Es gibt ein Recht, ein anderer zu sein. Aber wie weit geht das? Und wie weit muss man den Einzelnen – gerade Jugendliche – vor sich selbst schützen? Das sind schwierige Fragen.

TP: Alles hängt miteinander zusammen: Selbstbestimmung, Identitätsfindung, individuelle Wirklichkeitskonstruktion ...

AV: ... und all das hat auch Einfluss auf unsere Demokratie. Wie können wir subjektive Einschätzungen von Wirklichkeit verbinden mit gemeinsamen Realitätsvorstellungen?

Nicht von ungefähr ist gerade in den USA eine Diskussion unter dem Stichwort Post-Truth-Ära angelaufen. Teilweise geht man davon aus, dass es so etwas wie Wahrheit und Wirklichkeit nicht gibt, denn jeder hat seine eigene Wahrheit, was letztendlich jede Gemeinschaft zersetzt. Das beobachten wir bereits in den Vereinigten Staaten – einer der ältesten und stärksten Demokratien der Welt, die daran langsam zugrunde zu gehen scheint. Das sollte uns sehr beunruhigen. Bekanntestes Beispiel: Der Streit um die Menge der Zuschauer bei der Amtseinführung von Donald Trump.


Damit wir auch in 20 Jahren noch in einer funktionierenden freiheitlichen Demokratie leben und in einem Rechtsstaat, der den Namen verdient, sind wir alle aufgefordert, an einer offenen Gesprächskultur, stetigem Austausch und auch an der Schaffung und Pflege gemeinsamer Realitätsvorstellungen zu arbeiten. Denn wenn jeder seine eigene Wirklichkeit konstruieren kann, wird es schwierig, gemeinsame Wege zu finden. Nur wenn wir in zentralen Bereichen auch auf gemeinsame Realitäts- oder Wirklichkeitsannahmen zurückgreifen können, ist es möglich, von einer breiten Mehrheit akzeptierte Lösungen für ein Problem zu entwickeln. Etwas Besseres kann man eigentlich gar nicht machen für das Gemeinwesen. Außer optimistisch zu bleiben. „Am Ende wird alles gut“ ist eine wirklich vernünftige Lebenshaltung!



Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer ist seit 2004 Direktor des Zentrums für psychische Gesundheit sowie Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Ingolstadt und hat seit letztem Jahr das Amt des DGPPN-Präsidenten inne. Von 2012 bis 2019 war er zudem Vorsitzender der Bundesdirektorenkonferenz.



Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Andreas Voßkuhle ist seit 1999 Direktor des Instituts für Staatswissenschaft und Rechtsphilosophie an der Universität Freiburg. 2008 wurde er Richter und Vizepräsident des Bundesverfassungsgerichts sowie Vorsitzender des Zweiten Senats. 2010 übernahm er die Präsidentschaft – ein Amt, das Voßkuhle bis 2020 innehatte.



Ethik, Recht und psychische Gesundheit

2022

Ein Kaleidoskop der Psychiatrie Wertvolle Fort- und Weiterbildung garantiert

Die Weichen sind gestellt, die letzten Schraubchen festgezogen. Abstracts wurden gesichtet, Sessions arrangiert und Räume zugeordnet. Das Angebot des größten Branchentreffs der deutschsprachigen Psychiatrie steht – und es ist so vielfältig, aktuell und exzellent wie immer.

Die ethischen und rechtlichen Bedingungen ärztlichen Handelns prägen den psychiatrisch-psychotherapeutischen Berufsalltag in besonderer Weise. Die Gestaltung der Beziehung zu Patienten und Patientinnen, Vermeidung von Zwang, Umgang mit psychisch kranken Straftätern oder auch freiverantwortlicher Suizid – alles Aufgaben, für die es keine einfach abzuleitenden Regelungen gibt. Ethische und rechtliche Aspekte müssen sorgsam abgeglichen, die Rechte von Patienten und Gesellschaft ins Verhältnis gesetzt werden. Entscheidungen müssen als Resultat interdisziplinärer Auseinandersetzungen und gesellschaftlicher Diskurse getroffen werden – Diskurse, die so viele Beteiligte wie möglich führen sollten. Der DGPPN Kongress möchte auch dieses Jahr wieder Anreiz und Gelegenheit bieten.

Adressiert werden auch dieses Jahr wieder alle Personen, die für die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen relevant sind – und das sind natürlich nicht nur Psychiaterinnen und Psychiater. Der Kongress richtet sich ebenso an Medizinerinnen und Mediziner anderer Fachrichtungen, an Psychologinnen und Psychologen, Studierende, Pflegefachkräfte, Angehörige anderer Gesundheitsfachberufe sowie weitere Fachleute und Interessierte. Sie alle werden angesprochen, für alle gibt es Programmangebote. Von Präidentensymposien über Lectures, State-of-the-Art-Symposien, Workshops, Diskussionsforen und freien Vorträgen bis hin zu Postersessions.

Die Präidentensymposien behandeln unter Vorsitz von DGPPN-Präsident Thomas Pollmächer hochaktuelle ethische Fragen. Thematisiert werden u.a. Klinische Ethikberatung, die Frage der Vermeidung von Zwang und die Debatte rund um die Vereinbarkeit von Patientenwohl und Autonomie. Denn während bislang das Wohl der Patienten zentraler Leitgedanke jeglichen medizinischen Handelns war, wird im Zuge der aktuellen Diskussionen zu Suizidassistenz oder geschlechtsangleichenden Interventionen die Rolle des Patientenwillens und damit auch das Verhältnis der beiden Dimensionen zueinander neu zu erörtern sein.

■ DGPPN Kongress 2022 – alles auf einen Blick

- 23. bis 26. November 2022
- CityCube Berlin
- teilweise Livestreaming
- Video-on-Demand-Angebot im Ticket enthalten
- vielfältiges Workshop-Programm vor Ort in Berlin | zusätzlich kostenpflichtig buchbar
- CME-Punkte können vor Ort und digital gesammelt werden
- DGPPN-Mitglieder profitieren von einer vergünstigten Gebühr

Auch einige Lectures knüpfen thematisch hier an. Vermeidung von Zwang, Betreuungsrecht, Patientenautonomie oder die Verbesserung des Maßregelvollzugs – auf dem DGPPN Kongress werden die führenden Fachleute ihr Wissen zu diesen Themen präsentieren und in den Dialog gehen.

Gesellschaftlich wird insbesondere das Thema „Zwang“ kontrovers diskutiert. Es prägt das Bild der Psychiatrie in der Öffentlichkeit und belastet Betroffene wie Behandelnde. Die Vorstellung einer Psychiatrie ohne Zwang ist zunächst verheißungsvoll. Was aber, wenn ein Patient aufgrund seiner Erkrankung nicht selbstbestimmungsfähig ist und sich oder andere gefährdet? Dann ergibt sich ethisch und juristisch nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht, mit Maßnahmen zur Gefahrenabwendung einzugreifen. Eine solche Abwägung bedarf hoher professioneller Expertise und ist oft mit belastenden Rahmenbedingungen verbunden. Welche Faktoren berücksichtigt werden müssen, damit Zwangsmaßnahmen weitmöglichst vermieden werden können, erörtert Tilman Steinert in der Lecture „Psychiatrie ohne Zwang?“.

Die Lectures beschäftigen sich darüber hinaus mit weiteren aktuellen und relevanten Fragen des Fachs: Michael Deuschle wird das Konzept der *Mental-Health-First-Aid*-Kurse vorstellen, die analog zur Ersten Hilfe für körperliche Erkrankungen Ersthelfer für psychische Notfallsituationen ausbilden. Das Thema „Suizidprävention“ – schon immer ein wichtiges Anliegen der Psychiatrie, und nun im Zuge der Diskussion um Suizidassistenten noch wichtiger geworden – wird Ute Lewitzka in einem Vortrag behandeln. Und Martin Bohus greift das gesellschaftlich derzeit vieldiskutierte Thema „Kränkung“ auf. Denn obwohl klar ist, dass Kränkungserfahrungen mitursächlich sind für eine Vielzahl aggressiver und destruktiver Handlungen und sich generell ungünstig auf die psychische Gesundheit auswirken, ist bislang nur wenig über ihre intra- und interpsychischen Wirkmechanismen bekannt.

Selbstverständlich wird auch die pandemische Lage in einer Lecture aufgegriffen. Klaus Lieb stellt die für die Erstellung der Leitlinie „Psychische Gesundheit im Rahmen der COVID-19-Pandemie“ zusammengetragenen

evidenzbasierten Informationen zur psychischen Belastung durch COVID-19 vor, ebenso Empfehlungen zur Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit bzw. Hilfestellungen bei Gefährdung derselben.

Zentraler Bestandteil des Kongressprogramms sind auch dieses Jahr die hochkarätigen State-of-the-Art-Symposien. In mehr als 40 Veranstaltungen von „Absetzen von Psychopharmaka“ bis „Zwangsstörung“ kann das Wissen über eine Vielzahl von Störungsbildern und Behandlungen kompakt aktualisiert werden. Expertinnen und Experten präsentieren den neuesten Stand der Entwicklungen in Forschung und Versorgung und vermitteln evidenzbasiertes Praxiswissen aus erster Hand. In zahlreichen Workshops (separat buchbar und kostenpflichtig) kann dieser Input dann weiter vertieft und praktisch angereichert werden.

Wissen wird also vermittelt, aber auch debattiert und generiert. Der DGPPN Kongress dient auch als Ort des Diskurses und der Meinungsbildung. So wird in den Diskussionsforen insbesondere über aktuelle Entwicklungen, anstehende Gesetzesänderungen und ihre Implikationen für die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung gesprochen. Eines der Themen: die anstehende Legalisierung von Cannabis. Denn aus Sicht der Medizin ist die Droge alles andere als harmlos. Im Diskussionsforum treffen verschiedene Perspektiven aufeinander. Diskutiert wird unter anderem, wie sichergestellt werden kann, dass eine Legalisierung nicht zu mehr konsumierenden, mehr abhängigen und mehr psychisch erkrankten Menschen führt. Und wie können Kinder und Jugendliche effizient über Risiken des Cannabis-Konsums aufgeklärt und vor den negativen Folgen geschützt werden?

Von Symposien über Vorträge bis hin zu Diskussionen und Posterbeiträgen – vielfältige Formate, eine Fülle von Inhalten und interdisziplinärer Wissenstransfer sind das Erfolgsrezept des Kongresses. Je nachdem aus welchem Bereich die Teilnehmenden kommen und mit welchen Interessen sie anreisen, können sie den Kongress unterschiedlich gestalten und ihn ganz individuell nutzen. Junge oder angehende Psychiater und

Geballtes Wissen und neue Impulse: spannende Persönlichkeiten live



Tania Gergel | David Zilles-Wegner | Tilman Steinert | Ute Lewitzka |
Christoph Correll | Heike Wolter | Steffi Riedel-Heller | Martin Bohus |
Alena Buyx | Klaus Lieb | Jutta Muysers | Eckhard Frick

rund **40** + Digitalangebot
 State-of-the-Art-Symposien
 über **180** Symposien
 über **650** Einzelveranstaltungen
 Alle Informationen und Angebote finden Sie auf dgppnkongress.de.
 mehr als **80** Workshops

Psychiaterinnen können sich beim Expertengipfel der Psychiatrie und Psychotherapie einen hervorragenden 360-Grad-Überblick über das Fach verschaffen.

Und wenn man doch mal eine Pause von den inhaltlichen Inputs der wissenschaftlichen Sessions braucht? Auf dem DGPPN Kongress kann man sich dem Thema „Psychische Gesundheit“ auch auf ganz andere Weise nähern: mit dem Programmschwerpunkt „Psyche und Kunst“.

Drei verschiedene Ausstellungen beschäftigen sich mit dem Thema „Psychische Erkrankungen“. Die Eckhard Busch Stiftung präsentiert eine bunte Sammlung an Werken von Menschen mit psychischen Erkrankungen, Mica Wintermayr zeigt das Fotokunstprojekt BIPOLAR, das fotografisch die Lebensrealität bipolarer Frauen abbildet. Eine historische Fotoausstellung schließlich macht die durchaus erschreckenden Zustände sichtbar, die einst in psychiatrischen Krankenhäusern vorherrschend waren und mitunter heute noch die öffentliche Meinung prägen. Zudem bereichern verschiedene Filme das wissenschaftliche Programm. Sie kontextualisieren dessen Inhalte, verdeutlichen seine gesellschaftliche Relevanz und bebildern eindrucksvoll die Perspektive der Betroffenen: Filme über Menschen, die mit psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie oder Borderline leben, Filme über ein Leben in und nach dem Maßregelvollzug oder auch historische Analysen zur Psychiatrie in der DDR. Und natürlich werden auch die Themen „Krieg“ und „Trauma“ nicht ausgeblendet.

Kunst und Psyche, Wissenschaft, Versorgung, Praxis: Das Programm ist vielfältig und hochkarätig, lohnende Eindrücke sind garantiert. Das wirklich Besondere ist aber nicht die beeindruckende Themen- oder Formatfülle, sondern die Vielfalt der Beteiligten und Teilnehmenden: 9000 Personen aus allen Berufsgruppen, die in Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde tätig sind. Zusammen bilden die Blickwinkel dieser verschiedenen Berufsgruppen ein einzigartiges Kaleidoskop der Psychiatrie und Psychotherapie. So wird der DGPPN Kongress zum schillernden Höhepunkt im Veranstaltungskalender aller Beteiligten der „Sprechenden Medizin“.

Online

Übrigens: Für alle, die es wirklich nicht in die Hauptstadt schaffen, wird es auch in diesem Jahr wieder ein Online-Angebot geben. Auch wenn dann die direkte Interaktion mit den Kolleginnen und Kollegen ausbleiben muss und die Teilnahme an den Vor-Ort-Workshops nicht möglich ist – an den zentralen Teilen des wissenschaftlichen Programms kann man aus allen Winkeln der Welt teilhaben.

Nachhaltig

Die DGPPN kommt ihrer ökologischen Verantwortung nach und hat sich daher gemeinsam mit ihren Dienstleistern und Partnern der Nachhaltigkeit verschrieben. Ziel ist es, den DGPPN Kongress so ressourcenschonend wie möglich durchzuführen und die CO₂-Bilanz zu senken. Dabei gilt: vermeiden, bilanzieren, kompensieren. Dieses Jahr kompensiert die DGPPN die vor Ort durch die Veranstaltung entstehenden Emissionen über atmosfair. So werden 341.000 kg an CO₂ ausgeglichen.

Gemeinsam mehr erreichen

Helfen Sie mit beim Klimaschutz! Für das Erreichen der Klimaneutralität ist die Mitwirkung der Teilnehmenden ausschlaggebend. Reisen Sie mit der Bahn an und nutzen Sie den öffentlichen Nahverkehr. Wählen Sie wenn möglich ein nachhaltiges Hotel und achten Sie bei der Verpflegung auf Tierwohl und Müllvermeidung, indem Sie zum Beispiel eine wiederauffüllbare Flasche mit zum Kongress bringen, um die Wasserspender vor Ort zu nutzen. Auch Sie als Einzelperson können Ihren CO₂-Fußabdruck bilanzieren und kompensieren. Mit einem Beitrag von 6 Euro (Mindestkompensation) pro teilnehmender Person gleichen Sie die durch An- und Abreise sowie Übernachtung entstehenden Emissionen aus.

Mehr dazu auf dgppnkongress.de/kongress/nachhaltigkeitsoffensive

EIN NEUES KAPITEL

ICD-11

Die 11. Fassung der *Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme* – besser bekannt als ICD-11 – ist dieses Jahr international beschlossen worden. Mit der Revision wurde die Kapitelstruktur grundlegend überarbeitet.

Quellenverweis

Entwurfssfassung einsehbar unter https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-11/_node.html

Was für das Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie bisher das Kapitel V mit den identitätsstiftenden „F-Diagnosen“ war, findet sich nun, mit einigen Ausnahmen, im Kapitel o6 für psychische Störungen, Verhaltensstörungen oder neuronale Entwicklungsstörungen.

Auf den ersten Blick fällt die stärkere Ausdifferenzierung der Störungsgruppen auf: Statt vormals zehn (Fo–Fg) gibt es nun einundzwanzig Unterkapitel, mit eigenen Abschnitten z. B. für Katatonie oder dissoziative Störungen (siehe Liste). Einige Diagnosen gehören nicht mehr zum Kapitel der psychischen Störungen, wie z. B. nichtorganische Schlafstörungen, Tic-Störungen oder Geschlechtsinkongruenz. Neben zahlreichen Innovationen und strukturellen Änderungen enthält das Kapitel o6 auch eine ganze Reihe neuer Diagnosen. Eine Auswahl dieser Neuerungen wird hier vorgestellt. Da der Übersetzungsprozess ins Deutsche noch nicht abgeschlossen ist, wird für die Bezeichnung der Diagnosen die vorläufige Übersetzung aus der Entwurfsfassung verwendet.

Persönlichkeitsstörungen werden dimensional

Eine der grundlegendsten und wohl am heißesten umkämpften Änderungen betrifft das Kapitel der Persönlichkeitsstörungen. Schon lange war bekannt, dass die Einteilung in acht spezifische Störungstypen wie paranoid, schizoid, dissozial usw. empirisch nicht haltbar ist. Die Komorbidität zwischen den verschiedenen Diagnosen ist extrem hoch und in der Praxis werden nur wenige, etwa die emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, überhaupt in nennenswerter Zahl vergeben. Die Mehrzahl der anderen Diagnosen spielt praktisch kaum eine Rolle. Anders als beim US-amerikanischen Diagnosekatalog DSM-5 entschied man sich in der ICD-11 für einen radikalen Schnitt: Die kategoriale Einteilung wurde abgeschafft. Stattdessen wird allgemein das Vorliegen einer Persönlichkeitspathologie festgestellt: Liegen andauernde ungünstige Verhaltensmuster und Probleme in Beziehungen mit anderen oder in der Funktion des Selbst vor, also z. B. ein extrem instabiles Selbstwertgefühl oder eine Unfähigkeit, mit Konflikten umzugehen? Falls die allgemeinen Kriterien erfüllt sind, wird eine Einstufung (in leicht, mittelgradig und schwer) vorgenommen. Optional besteht zusätzlich die Möglichkeit, einzelne oder mehrere Bereiche zu spezifizieren, in denen die Persönlichkeitsprobleme auftreten. Zur Auswahl stehen dabei fünf Dimensionen, deren offizielle deutsche Bezeichnung noch nicht

feststeht: *Negative Affectivity*, *Detachment* (etwa „soziale Distanziertheit“), *Dissociality* (Dissozialität), *Disinhibition* (Enthemmung), *Anankastia* (Zwanghaftigkeit). Als einziges Relikt des alten Klassifikationsschemas wurde ein Code für das Borderline-Muster übernommen. Hintergrund ist, dass die Borderline-Persönlichkeitsstörung vergleichsweise gut untersucht ist und speziell für diese Störung eine Reihe etablierter Therapieansätze existiert.

Vier neue Diagnosen mit Zwangscharakter

Eine Reihe der neuen Diagnosen fällt unter das Unterkapitel der Zwangsstörungen und zwangsverwandten Störungen. Eine körperdysmorphe Störung kann diagnostiziert werden, wenn eine zwanghafte Beschäftigung mit einem vermeintlichen körperlichen Makel vorliegt, der für andere nicht oder nur kaum erkennbar ist. Derzeit kann dieses Störungsbild in der ICD-10 noch als hypochondrische oder wahnhaftige Störung kodiert werden. Aufgrund der deutlich abgrenzbaren Symptomatik hielten die Autoren ein eigenes Störungsbild für gerechtfertigt. Große Ähnlichkeit dieser Störung weist der Eigengeruchswahn auf. Hier sind Betroffene davon überzeugt, einen unangenehmen Körper- oder

Ab wann gilt die ICD-11 in Deutschland?

In Deutschland wird die Einführung des neuen Klassifikationssystems noch einige Zeit dauern: Erst nach einer flexiblen Übergangszeit von fünf Jahren sollen zunächst die Todesursachen ausschließlich mit der ICD-11 kodiert werden. Die Überleitung ist nicht trivial, denn viele etablierte Prozesse basieren auf der ICD-10-GM: z. B. Abrechnung stationärer und ambulanter Leistungen, Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich, Qualitätssicherung, Epidemiologie und Statistik.

Derzeit laufen noch der Übersetzungsprozess und die Erstellung von Überleitungsregeln zwischen beiden Versionen. Außerdem wird geprüft, ob für Deutschland Modifikationen vorgenommen werden müssen. Und die Systeme, in denen die ICD-11 in Deutschland zur Anwendung kommt (z. B. zur Abrechnung von Leistungen), müssen angepasst werden. Die Einführung der ICD-11 in Deutschland wird durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) koordiniert. Die DGPPN ist in den Prozess eingebunden.

Mundgeruch auszuströmen, und unternemen anhaltende und exzessive Versuche, den Geruch loszuwerden oder zu verbergen.

Für pathologisches Horten, auch als „Messie-Syndrom“ bekannt, gibt es ebenfalls bald eine eigenständige Diagnose. Obwohl eine zwanghafte Anhäufung von mehr oder weniger wertlosen Besitztümern im Rahmen verschiedener psychischer Erkrankungen auftreten kann, sahen die Autoren ein eigenes Störungsbild aus Versorgungssicht für gerechtfertigt, da die Störung bislang häufig nicht erkannt und in der Folge auch nicht behandelt wird. Neu hinzu kommt zudem die Skin-Picking-Störung. Betroffene fügen sich durch wiederholtes Zupfen Hautläsionen zu und sind nicht in der Lage, das Zupfen zu unterbinden.

Erlebnisse, die Spuren hinterlassen

Krankheitsbilder, die sich direkt auf belastende oder traumatische Ereignisse zurückführen lassen, sind in einem eigenen Unterkapitel für spezifisch stress-assoziierte Störungen angesiedelt. Eine wichtige Neuerung ist hier die Aufnahme einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) in den Diagnosekatalog. Die Störung kann sich infolge langanhaltender oder wiederholter, extrem grausamer und bedrohlicher Erlebnisse entwickeln, wie z. B. Folter, Sklaverei, Völkermord, langanhaltende häusliche Gewalt oder wiederholter sexueller oder körperlicher Missbrauch in der Kindheit. Betroffene zeigen neben den bekannten PTSD-Symptomen wie Flashbacks, Vermeidungsverhalten und erhöhter Schreckhaftigkeit zusätzlich dauerhaft schwere emotionale und zwischenmenschliche Probleme. Die neue Diagnose ersetzt die andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung im ICD-10, die dort zum Kapitel für Persönlichkeitsstörungen gehört.

Eine umstrittene Neuerung war die Einführung der verlängerten Trauerstörung. Die Störung kann diagnostiziert werden, wenn nach dem Verlust einer nahestehenden Person eine anhaltende und tiefgreifende Trauerreaktion eintritt, die die im jeweiligen sozialen, kulturellen und religiösen Kontext zu erwartenden Normen für eine angemessene Reaktion deutlich übersteigt und die betroffene Person erheblich beeinträchtigt, und zwar über ein halbes Jahr nach dem Verlust hinaus. Die Störung kann sich z. B. in einer anhaltenden intensiven Beschäftigung mit dem Verstorbenen, Schwierigkeiten, den Tod zu akzeptieren, Schuldgefühlen oder sozialem Rückzug äußern. Kritiker befürchten, dass durch die Einführung einer solchen Diagnose normale, uni-

verselle Trauerreaktionen pathologisiert würden und es womöglich zu unnötigen Psychopharmaka-Verschreibungen kommen könnte. Zudem wurde moniert, dass Trauerreaktionen kulturell und religiös bedingt sehr unterschiedlich ausfallen können, was eine internationale Kategorisierung erschwert. Befürworter hielten dem entgegen, dass der kulturelle Hintergrund in der Störungsdefinition bereits berücksichtigt wird und dass die Merkmale der Störung in vielen verschiedenen Kulturen und Religionen beobachtet wurden. Die Diagnose soll Betroffenen den Zugang zu Behandlungsansätzen ermöglichen, die speziell auf die Bewältigung von Trauer ausgerichtet sind.

Wenn essen zum Problem wird

Schon seit Jahren sprechen umfangreiche Forschungsergebnisse dafür, dass die Klassifikation einer Binge-Eating-Störung gerechtfertigt ist. Bisher können regelmäßige, unkontrollierbare Essanfälle aber nur als „sonstige“ oder „nicht näher bezeichnete“ Essstörung kodiert werden. Durch die Einführung der neuen Diagnose soll die Nutzung der unspezifischen Kategorien verringert werden.

Eine weitere neue Diagnose im Essstörungskapitel ist die vermeidend-restriktive Ernährungsstörung. Betroffene vermeiden bestimmte Nahrungsmittel oder ernähren sich extrem eingeschränkt, wodurch es zu körperlichen oder anderweitigen schwerwiegenden Beeinträchtigungen kommt. Anders als bei der Anorexia Nervosa geht es aber nicht darum, ein geringes Körpergewicht oder eine bestimmte Körperform zu erreichen.

Sich wünschen, was andere fürchten

Bei der Körper-Integritäts-Identitätsstörung handelt es sich um ein sehr seltenes Krankheitsbild. Betroffene leiden unter dem Gefühl, dass ein bestimmtes Körperteil wie z. B. eine Extremität, oder eine Körperfunktion wie z. B. der Sehsinn, nicht zum eigenen Körper gehört. Der nicht behinderte Körper wird als fremd und störend erlebt. Im Extremfall kann das Unbehagen so intensiv sein, dass Betroffene sich um eine Amputation bemühen oder selbst versuchen, das betreffende Körperteil zu entfernen oder zerstören.

Zocken ohne Ende

Eine weitere umstrittene Neuerung betrifft die Einführung einer Diagnose für Pathologisches Spielen, auch bekannt als *Gaming Disorder* oder Computerspielsucht. Wie bei anderen Suchterkrankungen müssen die drei Kriterien „Kontrollverlust“, „Vernachlässigung anderer wichtiger Lebens-

bereiche“ und „Fortsetzung trotz negativer Konsequenzen“ erfüllt sein. Kritiker zweifeln den Krankheitswert exzessiven Spielverhaltens an und vermuten Panikmache. Befürworter verweisen unter anderem auf wissenschaftliche Befunde, wonach es bei exzessivem Spielverhalten zu denselben Gehirnveränderungen und neurokognitiven Beeinträchtigungen wie bei anderen Suchterkrankungen kommt. Klinische Studien zeigen für Personen mit der Diagnose im Gegensatz zu Personen mit unproblematischem Spielverhalten negative Konsequenzen in vielen Lebensbereichen, z. B. einen veränderten Tag-Nacht-Rhythmus, Schulschwächen oder Wutausbrüche, wenn das Spielen unterbrochen wird. Insbesondere in ostasiatischen Ländern gibt es eine hohe Aufmerksamkeit für problematisches Spielverhalten und spezifische Behandlungsangebote.

Die Störungsgruppen aus Kapitel 06

- Neuronale Entwicklungsstörungen
- Schizophrenie oder andere primäre psychotische Störungen
- Katatonie
- Affektive Störungen
- Angst- oder furchtbezogene Störungen
- Zwangsstörung oder verwandte Störungen
- Störungen, die spezifisch stress-assoziiert sind
- Dissoziative Störungen
- Fütter- oder Essstörungen
- Ausscheidungsstörungen
- Störungen des körperlichen Erlebens oder der körperlichen Belastung
- Störungen durch Substanzgebrauch oder Verhaltens-süchte
- Störungen der Impulskontrolle
- Disruptives Verhalten oder dissoziale Störungen
- Persönlichkeitsstörungen und zugehörige Persönlichkeitsmerkmale
- Paraphile Störungen
- Artificielle Störungen
- Neurokognitive Störungen
- Psychische Störungen oder Verhaltensstörungen in Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett
- Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen
- Sekundäre psychische Syndrome oder Verhaltenssyndrome bei anderenorts klassifizierten Störungen oder Erkrankungen

Unkontrollierbare Impulse

In einem neuen Unterkapitel für Störungen der Impulskontrolle gibt es neben der Pyromanie und Kleptomanie zwei neue Diagnosen. Die Störung mit zwanghaftem Sexualverhalten beschreibt die Unfähigkeit, sexuelle Impulse zu kontrollieren. Dabei treten sexuelle Aktivitäten so sehr in den Mittelpunkt, dass andere wichtige Lebensbereiche und Verantwortlichkeiten vernachlässigt werden. Wie bei allen psychischen Störungsbildern muss es bei der betroffenen Person durch die Symptome zu einem starken Leidensdruck oder einer erheblichen Beeinträchtigung kommen. Ein Leidensdruck, der ausschließlich auf eine moralische Verurteilung zurückgeht, ist ausdrücklich kein ausreichendes Kriterium für diese Diagnose.

Wenn es wiederholt zu kurzen, verbalen oder körperlichen aggressiven Ausbrüchen oder zu Zerstörung von Eigentum kommt, kann eine intermittierende explosive Störung diagnostiziert werden, sofern die Symptome nicht besser durch eine andere Störung, z. B. eine Bipolare Störung, erklärt werden können. Das Störungsbild kann bisher unter F63.81 als sonstige Störung der Impulskontrolle kodiert werden. Umfangreiche Forschungsergebnisse sprachen jedoch dafür, dass ein eigenes Störungsbild gerechtfertigt und klinisch nützlich sein würde.

Regelmäßig beeinträchtigt

Was viele Frauen unter dem Namen Prämenstruelles Syndrom (PMS) als Bündel aus körperlichen und emotionalen Beschwerden in den Tagen vor Einsetzen der Menstruation kennen, ist bei einigen Frauen so stark ausgeprägt, dass es regelmäßig zu starkem Stress oder einer erheblichen Beeinträchtigung kommt, in den betreffenden Tagen etwa immer wieder starke Konflikte mit anderen auftreten oder der Job nicht mehr adäquat bewältigt werden kann. Wenn dieses Muster über ein Jahr lang wiederholt auftritt, kann künftig eine prämenstruelle dysphorische Störung diagnostiziert werden. Die Diagnose ist primär im Kapitel 16 für Krankheiten des Urogenitalsystems angesiedelt und wird auch dort kodiert. Aufgrund der herausgehobenen Bedeutsamkeit der affektiven Symptomatik gibt es jedoch einen Querverweis in Kapitel 06 im Abschnitt für affektive Störungen.

DGPPN Kongress 2022 | Symposium | Einführung der ICD-11 in Deutschland – Perspektiven der Klassifikation psychischer Störungen
25.11.2022 | 10:15–11:45 Uhr

S3-Leitlinien

MEHR ALS STANDARD

Sie beschreiben den aktuellen Goldstandard in der medizinischen Diagnostik und Behandlung einer Erkrankung und sollen sicherstellen, dass Betroffene fachgerecht und angemessen versorgt werden. In diesem Jahr sind gleich zwei neue psychiatrische S3-Leitlinien erschienen.

Zwangsstörungen

Herr M. sitzt im Sprechzimmer seiner Hausärztin. Er hat an der Hand diesen Ausschlag, der nicht abklingt. Tatsächlich wird es immer schlimmer. Er benutzt kein neues Reinigungsmittel und hat auch nicht im Garten gearbeitet. Als die Ärztin ihn aber fragt, ob er sehr viel putzt und wäscht und ob er quälende Gedanken hat, die er nicht loswerden kann, stutzt er. Er hätte dies von sich aus nicht erzählt – es ist ihm doch sehr unangenehm – aber wenn die Ärztin danach fragt ...

Eine der Neuerungen der überarbeiteten *S3-Leitlinie Zwangsstörungen*: In allen psychiatrischen und psychotherapeutischen Untersuchungen, aber auch bei Routinebesuchen in Hausarztpraxen, soll mit fünf kurzen Fragen auf Zwangsstörungen gescreent werden. Immer dann, wenn Hinweise auf eine psychische Erkrankung vorliegen oder

aber körperliche Anzeichen (z. B. Handekzem) Hinweise auf eine solche liefern. So soll die Behandlungsrate bei Zwangsstörungen erhöht werden. Denn viele Betroffene schämen sich so sehr für ihre Gedanken und Handlungen, dass sie diese Probleme verschweigen, sogar in einer Psychotherapie.

Die Hausärztin überweist Herrn M. an eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die sich auf die Behandlung von Zwangserkrankungen spezialisiert hat. Einmal als solche erkannt, gelten Zwangssymptome als gut therapierbar. Die Leitlinie gibt eine klare Behandlungsempfehlung: eine Kognitive Verhaltenstherapie mit Exposition und Reaktionsmanagement – das einzige Psychotherapieverfahren, für dessen Wirksamkeit bei Zwangsstörungen ausreichend hohe Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien

vorliegt. Wenn möglich sollte die Exposition hochfrequent im Block an aufeinanderfolgenden Tagen durchgeführt werden.

Trotz dieser nun schon lange bestehenden sehr guten Wirksamkeitsbelege ist das Verfahren immer noch nicht in ausreichendem Maße in der Praxis angekommen. Betroffene haben immer noch große Schwierigkeiten, Behandelnde zu finden, die diese Therapieform lege artis anwenden.

Borderline

Die neue *S3-Leitlinie Borderline-Persönlichkeitsstörung* ist die erste S3-Leitlinie überhaupt, die sich spezifisch auf dieses Krankheitsbild bezieht. Die Vorgängerversion aus dem Jahr 2009 adressierte alle Persönlichkeitsstörungen, zudem fehlte dieser S2-Leitlinie das Prozedere der strukturierten Konsensfindung.

Marie ist erst 13 Jahre alt, hat aber schon viel Erfahrung mit Psychotherapie – wegen ihrer häufigen Traurigkeit und ihrer aufbrausenden Art. In der Schule ist sie nicht besonders beliebt. Warum weiß sie nicht. Aber es fällt ihr schwer, überhaupt noch hinzugehen. In der Therapie stand bislang die Niedergeschlagenheit im Fokus. Aber so richtig verändert hat sich ihre Symptomatik bislang nicht.

Bei erheblicher emotionaler Instabilität, unbefriedigendem Behandlungserfolg bisheriger Therapien, einem stark beeinträchtigten Funktionsniveau, dem gleichzeitigem Vorliegen mehrerer Störungsbilder oder selbstschädigendem Verhalten soll, so die neueste Empfehlung, auch bei Menschen

in Maries Alter eine Borderline-Diagnostik durchgeführt werden. Denn die für die Erkrankung typischen Schwierigkeiten im Umgang mit Gefühlen zeigen sich häufig schon im frühen Jugendalter. Durch die frühe fachgerechte Diagnostik und Therapie soll verhindert werden, dass Probleme sich verfestigen.

Die zentrale Behandlungsempfehlung der neuen Leitlinie: spezifische, strukturierte Psychotherapie durch entsprechend weitergebildete Therapeutinnen und Therapeuten.

Empfohlen werden Programme, die auf klassischen therapeutischen Verfahren aufbauen, aber in Bezug auf Beziehungsgestaltung und selbstschädigendes Verhalten die Besonderheiten der Borderline-Persönlichkeitsstörung adressieren. Wenn Symptome wie selbstverletzendes Verhalten oder Suizidalität im Vordergrund stehen, soll die Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) bzw. die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) eingesetzt werden. Eine medikamentöse Behandlung wird ausdrücklich nicht als primäre Therapie, sondern, ebenso wie stationäre Behandlungsaufenthalte, nur für den Einsatz während akuter Krisen empfohlen.

Als weitere Empfehlung gilt außerdem die Aufklärung der Betroffenen. Früher wurde häufig angenommen, es sei besser, das leicht erschütterbare Selbstbild der Borderline-Betroffenen nicht mit einer psychiatrischen Diagnose zu belasten. Die neue Leitlinie empfiehlt dagegen Offenheit. Zudem gibt sie erstmals Empfehlungen für die Arbeit mit Angehörigen und thematisiert auch explizit die Situation von Betroffenen mit Kindern.

Wie Leitlinien entstehen

Psychiatrische Leitlinien werden i. d. R. von der DGPPN koordiniert und von der AWMF moderiert. Der Prozess der Erstellung einer S3-Leitlinie ist aufwendig und mitunter sehr langwierig. Für ihre Erstellung kommen Fachleute aus Medizin, Psychologie und Pflege sowie Betroffene und Angehörige zusammen und recherchieren, sichten und bewerten aktuelle Studien zu Diagnostik und Therapie sowie Behandlungsempfehlungen aus anderen Ländern.

Die Studienlage wird so lange diskutiert, bis sich Einigkeit herstellen lässt. Dann werden je nach Evidenzgrad „Soll-“, „Sollte-“ und „Kann“-Empfehlungen formuliert und als Behandlungs- und Therapieempfehlung veröffentlicht. Mögliche Interessenkonflikte der Beteiligten werden sorgsam offengelegt und ggf. im Abstimmungsprozedere berücksichtigt. Eine Leitlinie ist für 5 Jahre gültig, dann muss der Prozess erneut begonnen werden: Recherche, Bewertung, Diskussion, Konsensfindung, Niederschrift und Veröffentlichung.

Studien

merk-würdig

Studienergebnisse, die ganz sicher im Gedächtnis bleiben

Zwerchfelltraining

In einer Metastudie der Universitätsklinik Jena wurde die Wirkung von Lachtherapien untersucht. Demnach konnten positive Effekte sowohl für physiologische Parameter als auch für die körperliche und seelische Gesundheit nachgewiesen werden. Therapeutisches Lachen in Gruppen erwies sich dabei als wirksamer im Vergleich zum Lachen ohne Gesellschaft. Außerdem ist laut Studie spontanes Lachen weniger effektiv als absichtliches Lachen in Kombination mit Atem- und Entspannungsübungen. Auch das Alter spielt für den Effekt eine Rolle. So erwies sich die Lachtherapie insbesondere bei jüngeren Probanden als hilfreich. Es besteht allerdings weiterhin Forschungsbedarf.

Quelle: Stiwi K & Rosendahl J (2022) Efficacy of laughter-inducing interventions in patients with somatic or mental health problems: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Complement Ther Clin Pract* 47:101552



Blickdiagnose

Sind Kinder, die schielen – also unter Strabismus leiden – häufiger wegen mentaler Probleme in Behandlung? Diese Frage war Gegenstand einer Querschnittstudie der Universität von Kalifornien. Dazu wurden Versichertendaten von zwölf Millionen Kindern aus den gesamten USA herangezogen. Etwa 350.000 davon hatten die Diagnose „Strabismus“. Die Daten zeigten, dass diese Kinder vergleichsweise häufiger wegen Angststörungen, Depressionen, bipolarer Störungen und auch wegen Schizophrenie medizinisch behandelt wurden. Einschränkend ist zu sagen, dass die Studie nicht belegen kann, dass Strabismus kausal mit psychischen Störungen zusammenhängt. Denkbar sind auch andere gemeinsame Gründe wie etwa eine genetische Disposition. Augenärztinnen und -ärzten wird empfohlen, bei schielenden Kindern stärker auf psychische Begleitsymptome zu achten.

Quelle: Lee YH et al. (2022) Association of strabismus with mood disorders, schizophrenia, and anxiety disorders among children. *JAMA Ophthalmol* 140(4):373–381

Herzensangelegenheit

In einer Metaanalyse der *University of South Australia* wurde festgestellt, dass psychische Erkrankungen wie Depressionen oder Angst- und Panikstörungen mit größeren Bludruckschwankungen während des Tages verbunden sind. Zudem fällt bei betroffenen Personen der Blutdruck nachts nicht ausreichend ab. Darüber hinaus wurde eine reduzierte Herzfrequenzvariabilität beobachtet; die Herzfrequenz passt sich also nicht optimal an äußere Stressoren an. Das führt dazu, dass die negativen Auswirkungen von chronischem Stress verschlimmert werden. Die Autoren plädieren dafür, die körperlichen Auswirkungen von psychischen Erkrankungen stärker in den Blick zu nehmen.

Quelle: Shahimi NH et al. (2022) Association between mental illness and blood pressure variability: a systematic review. *BioMed Eng OnLine* 21(1):19



Körperkontakt

Schon eine kurze Umarmung in einer stressigen Situation kann zur Entspannung beitragen. Das hat eine Forschungsarbeit der Universität Bochum ergeben. Allerdings tritt dieser Effekt nur bei Frauen auf. 38 Paare wurden gebeten sich zu umarmen, bevor sie einem Belastungstest mit kaltem Wasser unterzogen wurden. Durch Messung des Kortisol-Spiegels wurde das Stresslevel erhoben. Dabei stieg dieser Spiegel bei den zuvor umarmten Frauen schwächer an als in der Kontrollgruppe. Bei Männern fanden die Forscher keinen Unterschied. Über die Gründe des Geschlechterunterschieds ist nichts bekannt. Eine potenzielle Erklärung wird in der unterschiedlichen Sozialisation der Geschlechter gesehen. Auch biologische Faktoren könnten eine Rolle spielen. So setzen Frauen nach einer Umarmung mehr Oxytocin frei als Männer.

Quelle: Berretz G et al. (2022) Romantic partner embraces reduce cortisol release after acute stress induction in women but not in men. *PLoS ONE* 17(5):e0266887



Abhängigkeits- störung: ein fähigkeits- basierterer Ansatz

Wie definiert man Abhängigkeit? Und wie definiert man eine Definition? Was unterscheidet eine Definition von einer Diagnose und wieso kann sie trotzdem bestimmend für die Therapie der Störung sein? Sanja Dembić, Gewinnerin des DGPPN-Preises für Philosophie und Ethik 2021, wirft einen philosophisch-logischen Blick darauf, was Definitionen leisten können.

Was heißt es, eine Abhängigkeitsstörung zu haben? Mit dieser Frage beschäftige ich mich in meinem Aufsatz „Defining Addictive Disorder – Abilities Reconsidered“ (2021). In diesem diskutiere ich zwei Definitionsvorschläge und stelle dann meinen eigenen fähigkeitsbasierten Ansatz vor. Ich argumentiere für meinen Ansatz, indem ich aufzeige, dass er bestimmte Unterscheidungen einfangen kann, welche die beiden anderen Vorschläge nicht integrieren. In der vorliegenden Zusammenfassung beschränke ich mich der Kürze wegen auf meinen Ansatz.

Zunächst drei Vorbemerkungen. Erstens: Ich verwende die Ausdrücke psychische „Störung“, „Krankheit“, „Erkrankung“ und „pathologischer“ psychischer Zustand synonym, und zwar im Sinne von „liegt jenseits von einem Zustand psychischer Gesundheit“. Mir geht es in erster Linie um den zugrunde liegenden Begriff (um eine Kategorie) und

nicht um den sprachlichen Ausdruck, mit dem wir ihn bezeichnen (wobei es besser oder schlechter geeignete Ausdrücke geben kann).

Zweitens: Geben uns die Kriterien des ICD-11/DSM-5 eine Antwort auf die Frage, was es heißt, eine Abhängigkeitsstörung zu haben? Nein, denn dabei handelt es sich um Diagnosekriterien und nicht um eine Definition. Diagnosekriterien geben uns eine Antwort auf eine erkenntnistheoretische Frage: Woher wissen wir, dass wir in Zustand X sind? Eine Definition gibt uns eine Antwort auf eine begriffliche Frage: Was heißt es, in Zustand X zu sein? Ein Beispiel zur Verdeutlichung: Ein geläufiges Diagnosekriterium für das Vorliegen einer Schwangerschaft ist das Vorliegen eines bestimmten Hormons (hCG). Aber „schwanger sein“ heißt nicht „hCG in sich tragen“, sondern so etwas wie „einen sich entwickelnden Organismus in sich tragen“.

Drittens: Wie sollen wir bei der Beantwortung der Eingangsfrage vorgehen? Im Prinzip können wir in den Wissenschaften eine Definition stipulieren, d. h. willkürlich festlegen. Das Problem: Im Prinzip sind unzählige Definitionsvorschläge möglich. Welchen sollen wir nehmen? Um Willkür zu vermeiden, ist es hilfreich, sich zunächst zu überlegen, was eine Definition leisten können soll. In meinem Aufsatz argumentiere ich dafür, dass eine Definition von „Abhängigkeitsstörung“ (abgekürzt mit AD für *Addictive Disorder*) folgende „Adäquatheitsbedingungen“ erfüllen können soll:

- den Unterschied zwischen pathologischem vs. nicht-pathologischem Konsum (oder relevant ähnlichem Verhalten) einfangen und erläutern
- Abhängigkeitsstörungen von anderen ähnlichen Störungen (z. B. Zwangsstörung) abgrenzen
- Ich-syntone vs. Ich-dystone (*consonant* vs. *dissonant*) Abhängigkeiten einfangen
- Abstinenz einordnen
- den Unterschied zwischen einer psychischen vs. einer rein körperlichen Störung einfangen
- erklären, was an den Phänomenen es ist, das sie zu behandlungsbedürftigen macht

Mein Definitionsvorschlag („S“ steht für einen Träger oder eine Trägerin einer psychischen Störung, „ ϕ “ ist eine Variable für ein Tun einer bestimmten Art):

- AD S hat eine Abhängigkeitsstörung genau dann, wenn ...
- (i) S wiederkehrend und hinreichend häufig den Wunsch hat zu ϕ
 - (ii) ϕ ein Potenzial hat, Toleranz oder Entzugssymptome zu verursachen
 - (iii) S nicht die Fähigkeit hat, das ϕ zu unterlassen – und zwar in Anbetracht ihrer psychischen Konstitution und ihrer relativ stabilen Lebensumstände
 - (iv) S akut geschädigt ist durch ihr ϕ oder ihren Wunsch zu ϕ

Im Folgenden erläutere ich zunächst die Bedingungen und zeige dann, wie AD die genannten Adäquatheitsbedingungen erfüllt.

Den Ausdruck „Wunsch“ (*desire*) verwende ich in einer übergeordneten Weise und meine damit alle möglichen motivationalen Zustände des Wollens, Begehrens oder Brauchens. Damit ist also nicht notwendigerweise ein übermäßig starkes Verlangen (*craving*) gemeint.

Mit „Toleranz“ ist gemeint, dass die Effektivität einer Substanz X/eines Tuns ϕ mit der zunehmenden Einnahme von X/einem zunehmendem ϕ sinkt. Die Folge ist, dass man immer mehr von der Substanz X braucht/immer mehr ϕ muss, um denselben Effekt zu haben wie zuvor. „Entzugssymptome“ sind negative Reaktionen auf den Wegfall einer/eines toleranz erzeugenden X-Einnahme/ ϕ ens.

Schädigung (*harm*) ist im vorliegenden Kontext als Gegenbegriff zum Wohlergehen (*well-being*) gemeint. Typische Beispiele sind Schmerzen und Leidenszustände. Für eine vollständige Theorie der Abhängigkeitsstörung benötigen wir eine substanzielle Theorie dessen, was für Menschen intrinsisch schlecht ist. Dies leistet mein Aufsatz nicht (meine Definition ist kompatibel mit verschiedenen Auffassungen darüber, was als Schädigung gelten soll). Etwas, was in dem Moment schädigend ist, kann alles in allem vorteilhaft sein (z. B. ein Zahnarztbesuch: schmerzhaft, aber weiteres Leiden verhindernd).

Nun zum Begriff der Fähigkeit. Folgende drei generelle Merkmale von Fähigkeiten sind im vorliegenden Kontext relevant.

a) Fähigkeiten sind modale Eigenschaften. Sie betreffen das, was S tun kann und nicht das, was S tatsächlich tut. Aus der Tatsache, dass S nicht ϕ t, folgt nicht, dass S nicht ϕ en kann. (Aus der Tatsache, dass ich nicht tanze, folgt nicht, dass ich nicht tanzen kann.) Aus der Tatsache, dass es möglich ist für S zu ϕ en, folgt außerdem nicht, dass S auch die generelle Fähigkeit hat zu ϕ en. (Aus der Tatsache, dass es mir möglich war, einmal eine Pirouette zu drehen, folgt nicht, dass ich generell Pirouetten drehen kann.) D. h. wir müssen vorsichtig sein, wenn wir Personen Fähigkeiten zu- oder abschreiben, da sich diese nicht einfach so aus ihrem tatsächlichen Verhalten ablesen lassen.

b) Fähigkeiten kommen in Graden. Ich kann nach dem Tanzkurs besser tanzen als davor, aber ich kann immer noch schlechter tanzen als Baryshnikov. Wenn aber Fähigkeiten graduell sind, wie können wir dann davon sprechen, dass wir eine bestimmte Fähigkeit „haben“ oder „nicht haben“? Eine Möglichkeit, diese Redeweise zu verstehen ist folgende: „Etwas nicht können“ heißt im Grunde immer „etwas nicht hinreichend gut zu können“. Wenn wir also behaupten, dass S eine Fähigkeit ϕ nicht hat, dann folgt daraus nicht, dass S gar nicht ϕ en kann, sondern nur, dass S nicht hinreichend gut ϕ en kann.

Gut genug wofür? Es scheint keine absolute Schwelle für die Zuschreibung von Fähigkeiten zu geben, sondern nur kontextabhängige. Es ist möglich, dass eine Person gut genug tanzen kann, um bei einem Tanzwettbewerb mitmachen zu können, aber nicht gut genug, um bei der Pariser Oper mitzumachen. Welche Schwelle ist im psychiatrischen Kontext relevant? Meine Antwort ist vage: Sie sollte irgendwo zwischen der unteren Schwelle „Überleben“ und dem Ideal „das gute Leben leben“ liegen. Bloßes Überleben scheint nicht hinreichend zu sein, um als psychisch gesund zu gelten. Wenn aber das „gute Leben“ zu leben der Maßstab wäre, würden wir vermutlich alle als psychisch krank gelten.

c) Fähigkeiten hat man immer „in Anbetracht von“ bestimmten Tatsachen. Oder anders formuliert: Es gibt keinen absoluten Sinn von „können“, sondern nur verschiedene Sinne, relativ zu bestimmten Tatsachen. Was ist damit gemeint? Betrachten wir als Beispiel eine professionelle Schwimmerin mit einem gebrochenen Arm. Kann sie schwimmen? Es kommt darauf an. In einem Sinne von „können“ – in Anbetracht der Tatsache, dass sie gerade einen gebrochenen Arm hat – ist es wahr, dass sie nicht schwimmen kann. Aber in einem anderen Sinne von „können“ – in Anbetracht ihres Trainingszustands und ihrer generellen körperlichen Konstitution, bei der wir von ihrem momentan gebrochenen Arm abstrahieren – ist es zugleich wahr, dass sie schwimmen kann. Sie ist schließlich keine Nichtschwimmerin.

Laut AD sind im psychiatrischen Kontext die psychische Konstitution der Person, d. h. ihre relativ stabilen psychischen Einstellungen (Wünsche, Überzeugungen, Emotionen) und ihre relativ stabilen Lebensumstände (Beziehungen, Wohnsituation etc.) relevant.

Bedingung (iii) muss also folgendermaßen verstanden werden: Ss Fähigkeit, das ϕ en zu unterlassen, ist nicht hinreichend gut, um einen bestimmten Lebensstandard zu haben und zwar in Anbetracht ihrer gegenwärtig relativ stabilen psychischen Einstellungen und Lebensumstände.

Wie kann AD die genannten Adäquatheitsbedingungen erfüllen?

- Der Unterschied zwischen einem pathologischen vs. nicht-pathologischen Konsum (oder relevant ähnlichem Verhalten) liegt in einer bestimmten Unfähigkeit plus einer daraus resultierenden Schädigung.

- Abhängigkeitsstörungen betreffen Verhaltensweisen, die das Potenzial haben, Toleranz oder Entzugssymptome zu verursachen.
- AD kann sowohl Ich-syntone als auch Ich-dystone (*consonant* vs. *dissonant*) Abhängigkeiten einfangen, da laut AD die Einstellung zur eigenen Unfähigkeit nicht relevant ist für das Haben einer Abhängigkeitsstörung.
- Laut AD haben Personen, die abstinent leben, keine Abhängigkeit, da sie die relevante Fähigkeit, das ϕ en zu unterlassen – in Anbetracht ihrer gegenwärtig relativ stabilen psychischen Einstellungen und ihrer gegenwärtig relativ stabilen Lebensumstände – haben. Das schließt nicht aus, dass sie möglicherweise eine Disposition haben, wieder in eine Unfähigkeit abzurutschen.
- Laut AD ist eine Abhängigkeitsstörung eine psychische Erkrankung, da die relevante Fähigkeit eine ist, die wir in Anbetracht der relativ stabilen psychischen Einstellungen haben oder nicht haben.
- Laut AD ist es in erster Linie die Schädigung durch einen gegenwärtig nicht erreichbaren guten Lebensstandard. Das kann erklären, was die Phänomene, auf die wir uns mit dem Ausdruck „Abhängigkeitsstörung“ beziehen, zu behandlungsbedürftigen macht.

Aus der Tatsache, dass eine Person eine Fähigkeit nicht hat, folgt nicht, dass sie diese Fähigkeit nicht erwerben kann. AD legt nahe, Therapien als Formen des Erwerbs von Fähigkeiten zu verstehen. Personen mit Abhängigkeitsstörungen zur psychischen Gesundheit zur verhelfen, heißt in erster Linie, sie im relevanten Sinne zu befähigen.

Autorin

Sanja Dembić

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Theoretische Philosophie der Humboldt-Universität zu Berlin. Sie ist Koordinatorin der DFG-Forschungsgruppe „Human Abilities“ und forscht zu den philosophischen Grundlagen von Psychopathologien.

Das Über-Event

Auf dem DGPPN Kongress treffen sich nicht nur gestandene Experten vom Fach, sondern auch Medizinstudierende, PJler sowie Assistenzärztinnen und -ärzte. Das Programm ist so vielfältig wie das Berufsbild und wurde extra für Nachwuchskräfte konzipiert. Symposien, Meet-the-Expert-Runden und Nachwuchslectures – spannende Vorträge, konkrete Fälle und geballtes Wissen sind garantiert.

Die Forensische Psychiatrie ist ein spannender Teil unseres Fachgebiets. Wie landen Menschen eigentlich im Maßregelvollzug und was passiert dort? Welche Tätertypologien gibt es und welche Behandlungsstrategien kommen dann zum Tragen? Jutta Muysers bringt in ihrer Lecture Licht ins Dunkel.

Bitte nicht sofort die Krise kriegen: Was machen Akutpsychiater und -psychiaterinnen? Wie wird man überhaupt auf Krisensituationen und psychiatrische Notfälle vorbereitet und wie läuft der 24-Stunden-Dienst? Peter Neu gibt in einer Meet-the-Expert-Session zahlreiche Einblicke in den Berufsalltag – sofern man das so nennen kann, denn jeder Tag ist anders.

Was sind die Besonderheiten im ärztlichen Arbeitsverhältnis? Wie geht man mit Bereitschaftsdienst, Rufbereitschaft und Überstunden um? Der Workshop „Mein gutes Recht“ bietet viel Raum für die Fragen der Teilnehmenden.

Frischer Facharztstitel – was nun? Ein Symposium gibt Anregungen zur Ausgestaltung des weiteren Berufsweges. Studium und Entscheidung für die Facharzttrichtung liegen schon einige Jahre zurück, die Facharztprüfung

steht kurz bevor oder ist gerade absolviert. Welche Karriereschritte sind jetzt dran? Wie soll das weitere Berufsleben aussehen?

Ja, das gibt es wirklich: ein Symposium zum Thema „Halluzinationen“, bei dem es tatsächlich diverse konzeptuelle und klinisch-praktische Schwierigkeiten gibt. Psychopathologisches Grundlagenwissen und die kritische Auseinandersetzung mit dem Konzept stehen hier im Mittelpunkt.

Strom ist Leben – das ist nicht nur der Werbeslogan eines Elektrotechnik-Unternehmens, sondern trifft auch auf die Elektrokonvulsionstherapie als psychiatrische Behandlungsmethode zu. Die EKT wirkt dabei antidepressiv, antipsychotisch, antimanisch und vieles mehr. David Zilles-Wegner wird in seiner Lecture erläutern, inwiefern man mit dieser Therapie manchmal tatsächliche Wunder erleben kann und was die EKT laut Patientenaussage mit Liebe zu tun hat.

Der Dschungel der Psychotherapiemethoden kann mitunter undurchdringlich wirken. Insbesondere Verfahren, die unterschiedliche Elemente verschiedener „Therapieschulen“ vereinen, können Wirksamkeit entfalten. Ein Symposium zum Thema führt durch das Dickicht und stellt eine Reihe moderner Psychotherapieverfahren vor.

Klingt spannend? Das war noch nicht alles! Das gesamte Nachwuchsprogramm des DGPPN Kongresses ist ab sofort online auf der Kongresswebsite einsehbar.

DGPPN Kongress 2022 | Besondere Veranstaltung |
Kongress-Speeddating
23.11.2022 | 17:15–18:45 Uhr

Dabei?

Na klar!

Von gestern für heute

Wozu Psychiatrie- geschichte?

Wie die Medizin insgesamt, unterliegt die Psychiatrie in Lehre, Versorgung und Forschung einem komplexen Wandel. Sie wurde und wird nicht nur von naturwissenschaftlichen, sondern auch von sozialen, politischen, kulturellen, ökonomischen und anderen Gegebenheiten beeinflusst. Hier kann das Wissen um die Historie des eigenen Fachs Orientierung bieten. Aber wer hat die Deutungshoheit über die Geschichte der Disziplin? Welche Wirkung kann sie in einer immer stärker naturwissenschaftlich geprägten Praxis noch entfalten? Und gibt es auch Nebenwirkungen?



Spätestens seit der Aufarbeitung der Verbrechen an Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen während der Zeit des Nationalsozialismus wird die Relevanz psychiatriehistorischer Forschung im Allgemeinen anerkannt. Das hat auch der Diskussionsprozess in der DGPPN gezeigt, der nach 2010 zur vertieften Auseinandersetzung mit der Geschichte der Vorläufergesellschaften führte, um zu klären, inwieweit diese und deren Repräsentanten beim sogenannten Euthanasieprogramm, der Zwangssterilisierung psychisch Kranker, der Vertreibung jüdischer und politisch missliebiger Psychiater und an anderen Verbrechen beteiligt waren.

Doch Psychiatriegeschichte wurde und wird nicht immer als kritische Gesellschafts- und Wissenschaftsgeschichte betrieben. Lange Zeit stand innerdisziplinär die Funktion der Identitäts- und Traditionsstiftung im Vordergrund. Der Selbstvergewisserung einer Disziplin, die sich im 19. Jahrhundert herausgebildet hatte, diente ein vorwiegend institutionengeschichtlicher, ideengeschichtlicher und personengeschichtlicher Zugang: Traditionslinien ergaben sich aus den Geschichten „großer Nervenärzte“ (so der Titel von Kurt Kolles dreibändigem Nachschlagewerk aus den 1950er und 1960er Jahren), ihrer Konzepte und ihrer Institutionen. Wissenschaftshistorisch implizierte das häufig die Darstellung einer positivistischen Entwicklung, die scheinbar geradlinig und zwangsläufig in unser heutiges Wissen mündete. Damit verbunden war die Funktion einer Legitimierung des eigenen Fachs, der eigenen Wissenschaft und ihrer Ergebnisse nach „innen“ wie nach „außen“. Diese Form der Geschichtsschreibung betont die Bedeutung der ärztlich-psychiatrischen Tradition – andere Gruppen standen lange Zeit kaum im Fokus. Erst in den letzten Jahren spielen pflegegeschichtliche und patientengeschichtliche Zugänge eine größere Rolle, während die Geschichte der psychiatrischen Sozialarbeit und die Geschichte von Angehörigen noch kaum bearbeitet wurde.

Kritisches Denken fördern

Die Aufarbeitung des eigenen Fachgebiets hat jedoch Funktionen jenseits der Identitätsstiftung. Die Medizin ist eine anwendungsorientierte Wissenschaft. Und als solche unterliegt sie einem Wandel – nicht nur naturwissenschaftlich bedingt: Sie wurde und wird auch von sozialen, politischen, kulturellen, ökonomischen und anderen Gegebenheiten beeinflusst. Sie war von einer nicht hinterfragten Wissenschaftsgläubigkeit, gekoppelt an das Dogma eines „überzeit-

lichen“ Fortschrittkonsenses, begleitet – sie ist es möglicherweise noch. Und genau an diesem Punkt kann das Wissen um die Historie des eigenen Fachs essenziell sein – sie dient dazu, genau dieses Narrativ kritisch zu hinterfragen und den (kultur-)historischen Kontext herzustellen.

So unterliegt beispielsweise die Grenzziehung zwischen „normal“ und „pathologisch“ immer wieder neuen gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen. Die historische Erfahrung zeigt daher die Notwendigkeit, Deutungs- und Handlungsmuster immer wieder neu zu reflektieren und damit auch die Maßstäbe des eigenen Tuns kritisch zu hinterfragen. Die Praxisrelevanz liegt vor allem in der Verbindung historischer Reflexion und medizinethischer Abwägung, denn eine quasi überzeitliche Ethik außerhalb der Geschichte gibt es nicht.

Ethische Fragen reflektieren

Warum ist das relevant? Die heute in der Psychiatrie Tätigen befinden sich grundsätzlich in einem ethischen Konflikt. Einerseits möchten sie zum Wohle der Patienten helfen und Schaden von ihnen abwehren. Doch andererseits sind sie zugleich Ordnungsmacht im Interesse der Gesunden gegenüber psychisch Kranken. Es gibt auch in unserer heutigen Zeit Probleme, die ethisch nicht klar beantwortet werden können und diskutiert werden müssen. Nehmen wir das Beispiel der Demenz. Der Psychiater Hans Lauter hat darauf hingewiesen, dass Ärzte bei der Behandlung von Demenzkranken schwerwiegende ethische Entscheidungen zu treffen haben. Sie betreffen die Unterlassung und den Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen, Suizidprävention, Suizidbeihilfe und manchmal sogar das ausdrückliche Verlangen eines Demenzkranken nach aktiver Beendigung des Lebens. In der aktuellen Diskussion um die Sterbehilfe bei Demenzkranken und damit häufig nichteinwilligungsfähigen Menschen werden wir mit der Frage konfrontiert, wer über den Lebenswert oder -unwert des einzelnen Menschen entscheiden darf. Woran messen wir überhaupt den Wert eines Menschenlebens? Messen wir ihn ausschließlich an seiner geistigen Funktions- und Leistungsfähigkeit? Weitere Fragen stehen im Raum: Wo liegen die Grenzen der medizinischen und nichtmedizinischen Versorgung der wachsenden Anzahl von demenzkranken und häufig hilfsbedürftigen Menschen? Wie führen wir die Diskussion vor dem Hintergrund ökonomischer Erwägungen? Kann die Grenze zwischen Selbst- und Fremdbestimmung immer so scharf gezogen werden, wie wir uns das wünschen

würden? Die Geschichte der Psychiatrie kann solche Fragen zwar nicht direkt beantworten, zeigt uns aber langfristige Entwicklungen der entsprechenden Debatten auf, beispielsweise die ethisch stets problematische Lebenswert-Setzung von außen, die eine Voraussetzung von Medizinverbrechen im Nationalsozialismus war.

Neue Horizonte entdecken

Zudem kann das Schauen über den Tellerrand, also über die Grenzen fachspezifischer Denkwelten, zusätzliche Kompetenzen hervorbringen, sozusagen als erwünschte Nebenwirkung. Konkret heißt das: Die Beschäftigung mit der Geschichte umfasst immer zugleich den kritischen Umgang mit Quellen, also mit Texten, ob gedruckt oder ungedruckt vorliegend. Es gilt immer wieder zu hinterfragen – eine Fertigkeit, die auch im ärztlichen Alltag unerlässlich ist.

Das Interesse an der Geschichte des Fachs verlangt außerdem Neugierde und Aufgeschlossenheit. Diese Offenheit für das aus unserer heutigen Perspektive begrenzte Wissen früherer Generationen von Psychiatern ermöglicht auch die Einsicht unserer eigenen Begrenztheit; das Wissen um diese Grenzen fordert uns auf, unser eigenes Handeln immer wieder kritisch zu hinterfragen und zu reflektieren. Wissen ist zeitbedingt und veränderbar. Dementsprechend sind auch Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen veränderbar, zudem abhängig nicht nur von globalen, sondern auch von lokalen und regionalen Bedingungen. Es gibt sie nicht, „die“ objektive, unveränderliche und zeitüberdauernde Diagnose. Krankheit und unsere Vorstellung von ihr werden durch kulturelle und soziale Wahrnehmungen, Körperbilder und Erklärungsmodelle geprägt. Und gerade hier kann Geschichte beitragen zu einer wichtigen Forderung der heutigen Zeit: einer kultur- und gendersensiblen Psychiatrie.

Geschichte passiert jetzt

Entwicklungen in der Vergangenheit wirken unmittelbar auf unsere Gegenwart. Psychiatriehistorische Zusammenhänge sind praxisrelevant und die Erkenntnisse daraus wirken auf die aktuelle Situation. Psychiatrie kommt heute ohne das Wissen um ihre Geschichte nicht aus. Eine für zukünftiges Handeln erforderliche kritische Urteilsbildung ist ohne Kenntnis der eigenen Wurzeln und der Entwicklung der bis in die Gegenwart reichenden Prozesse kaum möglich. Zudem ist das Wissen um die eigene Geschichte ein wichtiger Aspekt in Bezug auf das Selbstverständnis. Nur

auf der Grundlage eines historischen Verständnisses können aktuelle und zukünftige Probleme unseres Fachs aus einer langfristigen Perspektive beurteilt werden.

Junge Psychiater und Psychiaterinnen können sich in vielfältiger Weise in die psychiatriehistorische Forschung einbringen, z. B. mit Dissertationen, aber auch mit kleineren Themen. Sicher ist dabei die Lokalgeschichte ein guter Einstieg. Die Möglichkeiten sind vielfältig und reichen von Wissenschaftsgeschichte, Sozialgeschichte und Institutionsgeschichte über Wirtschaftsgeschichte bis hin zu Geschlechtergeschichte. Begreift man die eigene Position als historisch, so werden Zeitgenossen zu Zeitzeugen, die man (rechtzeitig) zu ihren Erfahrungen befragen kann – zu noch nicht lange zurückliegenden Entwicklungen im Alltag der Institutionen, der jeweiligen Berufsgruppe, von Psychiatererfahrenen und Angehörigen. Oral History hat natürlich ihre eigenen Probleme. In jedem Fall lohnt es sich, Zeugnisse für eine zukünftige Geschichtsschreibung zu sammeln, die auf jeden Fall eines sein sollte: vielstimmig.

Deshalb ist es dem DGPPN-Referat „Geschichte der Psychiatrie“ seit seiner Gründung im Jahr 2009 ein wichtiges Anliegen, gerade die in der Aus- und Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte auf den Kongressen mit der Geschichte ihres Fachgebiets insbesondere auf der Basis neuerer historischer Forschung bekannt zu machen, und ihnen auch Debatten um die Deutung der Psychiatriegeschichte nahezubringen. Zu diesem Zweck hat das Referat zusammen mit Vertretern der Nachwuchsinitiative Generation PSY eine Kongressveranstaltung konzipiert.

Autoren

Prof. Dr. med. Ekkehardt Kumbier ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, außerplanmäßiger Professor für Psychiatrie, Leiter des Arbeitsbereiches „Geschichte der Medizin“ der Universitätsmedizin Rostock sowie Sprecher des DGPPN-Referats „Geschichte der Psychiatrie“.

Prof. Dr. med. Maïke Rotzoll ist Fachärztin für Psychiatrie und Medizinhistorikerin, außerplanmäßige Professorin am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität Heidelberg und stellvertretende Sprecherin des Referats „Geschichte der Psychiatrie“.

DGPPN Kongress 2022 | Diskussionsforum | Warum soll ich Psychiatriegeschichte machen?
23.11.2022 | 13:30–15:00 Uhr

Gesammeltes Wissen zur EKT

Ein wirksames und sicheres medizinisches Behandlungsverfahren für schwere psychische Erkrankungen ist die Elektrokonvulsionstherapie (EKT). Dieses Wissen ist allerdings noch vergleichsweise neu. Auch in der Fachwelt besteht hinsichtlich der Anwendungsbereiche, Risiken und Nebenwirkungen der EKT weiterer Informationsbedarf. Mit einer aktuellen Stellungnahme schafft das DGPPN-Referat „Hirnstimulationsverfahren“ jetzt Abhilfe.

Seit die Bundesärztekammer 2003 ihre letzte Stellungnahme zum Einsatz der EKT veröffentlicht hat, konnte viel neues Wissen über die Behandlungsmethode generiert werden. Führende deutsche Expertinnen und Experten haben sich jetzt zusammengeschlossen und alle vorhandenen Erkenntnisse systematisch und kompakt aufbereitet. Diese aktualisierte Stellungnahme steht nun für Behandelnde, Gutachter und allen anderen zur Verfügung, die auf der Suche nach verlässlichen Informationen zum Thema sind.

Die zentralen Aussagen der nun vorliegenden Stellungnahme: EKT ist für schwere psychische Erkrankungen ein wirksames und sicheres Behandlungsverfahren. Sie kann bei vielen psychischen Leiden sowohl in der Akuttherapie als auch (mittels Erhaltungs-EKT) zur Rezidivprophylaxe sinnvoll sein. In der klinischen Praxis hat sich die syndromale Indikationsstellung bewährt. Die EKT gehört zu den sichersten Behandlungsverfahren unter Narkose überhaupt, das Behandlungsrisiko entspricht dem Narkoseisiko. Es ist vielfach belegt, dass es nicht zu strukturellen oder indirekt nachweisbaren Hirnschäden kommt, einige Studien konnten sogar einen Zuwachs an grauer Substanz unter der Behandlung nachweisen.

Die relevanteste Nebenwirkung der EKT sind vorübergehende kognitive Störungen. Sie sind meist mild bis moderat ausgeprägt und bilden sich in der Regel innerhalb von Tagen bis wenigen Wochen vollständig zurück. Die positiven Effekte der Behandlungsmethode auf die Symptomatik der Patientinnen und Patienten werden über Verbesserungen der Neuroplastizität, Reduktion von Entzündungsmediatoren, die Normalisierung pathologisch veränderter Hirnfunktionen sowie Reduktion von Neurotoxizität vermittelt. Selbstverständlich ist eine intensive Nutzen-Risiko-Abwägung nötig, insbesondere bei schwer somatisch vorerkrankten Patienten.

Die vorliegende Stellungnahme haben über 40 Fachleute der Sektion EKT im Referat „Hirnstimulationsverfahren“ der DGPPN gemeinsam mit einer Reihe weiterer nationaler und internationaler psychiatrischer Fachgesellschaften erarbeitet. Sie bildet den wissenschaftlich und klinisch begründeten Expertenkonsens zu den Indikationen dieser Methode ab.

Die vollständige Stellungnahme ist online abrufbar.

Anleitung zur Selbsterfahrung

Ein zentraler Baustein in der Weiterbildung zum Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist die Selbsterfahrung. In einem Positionspapier des DGPPN-Referats „Psychotherapie“ werden deren Ziele und Methoden systematisch dargestellt und Empfehlungen für die Umsetzung in der Weiterbildungspraxis gegeben.

Selbsterfahrung ist ein Kernelement in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildung, die es dem Weiterbildungsassistenten ermöglicht, das eigene Erleben und Verhalten in der Behandlung der Patienten selbstkritisch zu reflektieren. Dies soll eine sachliche und unvoreingenommene Diagnostik und Behandlung einschließlich einer empathischen und kompetenten Beziehungsgestaltung ermöglichen.

In dem umfangreichen Positionspapier werden der Hintergrund und die historische Entwicklung psychotherapeutischer Verfahren sowie die Rolle von Selbsterfahrung und auch empirische Erkenntnisse beleuchtet. Es konnte herausgefunden werden, dass es – ähnlich wie in der allgemeinen Psychotherapieforschung – keine belastbaren Befunde gibt, die auf Nebenwirkungen hindeuten.

Allgemein lässt sich sagen, dass Selbsterfahrung in den psychotherapeutischen Verfahren unterschiedliche Bedeutung hat und unterschiedlich durchgeführt werden sollte. Die Selbsterfahrung muss im Verbund gesehen werden mit Balintgruppen/IFA und Fallsupervision. Es ist zu klären, wie eine Abstimmung auf inhaltlicher, personeller und organisatorischer Ebene erfolgen kann.

Konkrete Empfehlungen betreffen z. B. den Stundenumfang der Selbsterfahrung, wobei mit Blick auf die Weiterbildungszeiten und erforderliche Wechsel in den Weiterbildungsstätten als Grundregel gelten sollte, dass die Selbsterfahrung in einem Jahr abgeleistet werden kann. Hinsichtlich der Verfahrensspezifität wird ausgeführt, dass sich das methodische Vorgehen an den spezifischen Anforderungen des Verfahrens orientieren sollte, in dem die Ausbildung erfolgt. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass die Teilnehmer die Methoden in der Selbsterfahrung kennenlernen, die sie im Weiteren dann auch bei Patienten anwenden.

Weitere Empfehlungen betreffen berufsgruppen- und genderspezifische Aspekte, die Zusammenstellung von Selbsterfahrungsgruppen, die spezifischen Anforderungen an Leitungspersonen, die Finanzierung sowie die Erfolgsmessung und Dokumentation.

Das vollständige Positionspapier ist online abrufbar.

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Reinhardtstraße 29 | 10117 Berlin
Tel.: 030.2404 772-0
pressestelle@dgppn.de

Präsident
Thomas Pollmächer
(V.i.S.d.P.)

Registergericht:
VR 26854 B, Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg

Redaktion

Psyche im Fokus entsteht im Teamwork:
Gabriel Gerlinger (Leitung) | Julie Holzhausen (Leitung)
Isabelle Lork (Koordination)
Katja John | Paula Schick Tanz | Annika Walinski |
Robert Zeidler

Layout und Reinzeichnung

Irene Pranter

Auflage

10.000 Exemplare

Erscheinungsdatum

Oktober 2022

Design- und Gestaltungskonzept

wenkerottke.

Schlusskorrektur

Heide Frey

Druck

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

ABBILDUNGEN

Titel: shutterstock/Minimalista; S.2 und S.26: Claudia Burger; S.4: picture alliance/
Denis Balibouse; S.7: picture alliance/Luis Soto; S.9: iStock/nullplus; S.16: iStock/
matej kotula; S.18 und 21: Voßkuhle: Klaus Polkowski; S.19 und 21: Pollmächer: Ken Buslay;
S.22: picture alliance/imageBROKER; S.25: Tania Gergel: Ben Lister, David Zilles-Wegner:
fskphotography, Tilman Steinert: Uniklinikum Ulm, Ute Lewitzka: Uniklinikum Dresden,
Christoph U. Correll: Wiebke Peitz, Heike Wolter: Charité – Universitätsmedizin Berlin,
Steffi G. Riedel-Heller: Uniklinikum Leipzig, Martin Bohus: Rhein-Jura-Klinik, Alena Buyx:
Deutscher Ethikrat, Klaus Lieb: Thomas Hartmann, Jutta Muysers: Alexianer, Eckhard
Frick: BibliomedManager; S.36: freepik; S.43: picture alliance/Britta Pedersen

DGPPN

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

Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 29
10117 Berlin
T 030.2404 772-0
F 030.2404 772-29
E sekretariat@dgppn.de

[dgppn.de](https://www.dgppn.de)

23.-26.11.2022

**DGPPN
KONGRESS
2022**

www.dgppnkongress.de

ISSN 2749-1056 (Print)
ISSN 2749-2478 (Online)