

PSYCHE IM FOKUS

Das Magazin der DGPPN



Von wegen alt! Ein neuer
Blick auf die Best Ager

→ S. 10

Weltkongress der Psychiatrie:
Fünf Tage Wissenschaft pur

→ S. 26

Chancengleichheit? Heute
benachteiligt, morgen krank!

→ S. 44



INHALT

- 2** EDITORIAL
- 4** GESUNDHEITSPOLITIK
- 10** GESELLSCHAFT
Von wegen alt!
- 16** PSYCHE & KÖRPER
Untrennbar verbunden
- 20** UNTER VIER AUGEN
Shekhar Saxena und Peter Falkai im Gespräch
- 26** WELTKONGRESS DER PSYCHIATRIE
Die Highlights auf einen Blick
- 32** WISSENSCHAFT
Neue Therapieansätze bei Essstörungen
- 35** BIBLIOTHEK
Lesestoff



Shekhar Saxena: „Es ist ein guter Anfang, aber eben nur ein Anfang.“
→ **S. 20**



Bundestagswahl: Welcher Stellenwert kommt der psychischen Gesundheit zu?
→ **S. 4**



Wie das soziale Gefälle die Gesundheit beeinflusst
→ **S. 44**

- 36** MEDIEN
TV-Formate in der Kritik
- 37** VERANSTALTUNGSTIPPS
Chancen und Risiken von E-Mental-Health
- 38** ZUKUNFT
Auf Safari mit Generation PSY
- 40** VON GESTERN FÜR HEUTE
Internationale Entwicklungen im Vorfeld der Psychiatrie-Enquete
- 44** CHANCENGLEICHHEIT
Heute benachteiligt, morgen krank
- 48** IMPRESSUM



Komorbidität: neue Versorgungsmodelle aus den USA und Australien
→ **S. 16**

Liebe Leserinnen und Leser,



Deutschland steht kurz vor der Bundestagswahl. In wenigen Tagen entscheiden wir alle mit unseren Stimmzetteln, welchen Kurs der politische Dampfer in den nächsten Jahren einschlagen wird. Zwar hat die psychische Gesundheit in der Politik in den vergangenen Jahren merklich an Bedeutung gewonnen, doch ist es an der Zeit, dass auf die Worte noch mehr Taten folgen und die Bedürfnisse der Menschen mit psychischen Erkrankungen noch stärker in den Fokus rücken. Ganz konkret fordert die DGPPN mehr Tatkraft in den Bereichen Forschung, Prävention, Behandlung und Teilhabe, damit Deutschland für die Herausforderungen durch psychische Erkrankungen und deren Folgen gewappnet ist. Bald schon wird sich abzeichnen, in welche Richtung Deutschland steuert.

Doch lassen Sie uns vor allem im Jahr des Weltkongresses einen Blick über den Tellerrand werfen. Wie sieht die Situation in anderen Ländern aus? Was können wir von ihnen, sie von uns lernen? Für einen ersten Eindruck hat *Psyche im Fokus* einige Zahlen zur globalen Lage der psychischen Gesundheit zusammengetragen. Tiefer ins Thema steigen Peter Falkai und Shekhar Saxena von der WHO ein. Sie haben in Genf über den *Mental Health Action Plan* gesprochen und darüber, was nötig ist, um das Thema auf internationaler Ebene voranzutreiben. Horizonte und internationale Perspektiven eröffnen sich in wenigen Wochen auf dem diesjährigen WPA XVII WORLD CONGRESS OF PSYCHIATRY, den die WPA gemeinsam mit der DGPPN vom 8. bis 12. Oktober in der Messe Berlin veranstaltet. Freuen Sie sich auf über 900 Einzelveranstaltungen und Highlights wie den führenden Epigenetiker Michael Meaney, den Turiner Placebo-Forscher Fabrizio Benedetti oder die österreichische Sozialpsychiaterin Michaela Amering. Mit dabei ist auch der britische Epidemiologe Sir Michael Marmot, der uns in *Psyche im Fokus* bereits an seinen Überlegungen zum Thema Chancengleichheit in Bezug auf die psychische Gesundheit teilhaben lässt.

Übrigens: Es lohnt sich weiterhin, auf www.175jahredgppn.de vorbeizuschauen, denn dort finden Sie ab sofort noch viele weitere Geschichten aus unserem Fach.

Schön, dass Sie dabei sind!

Ihr Arno Deister – für den Vorstand der DGPPN

Präsident

Taten statt Worte:

Alle

Länder müssen mehr
in die psychische
Gesundheit investieren.

Politik für Menschen mit psychischen Erkrankungen



Am 24. September 2017 wird in Deutschland der neue Bundestag gewählt. Ein Blick in die Wahlprogramme zeigt, dass die Parteien der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen einen unterschiedlich hohen Stellenwert einräumen. *Psyche im Fokus* hat die Wahlprogramme der Parteien ausgewertet, die Chancen auf einen Einzug in den Bundestag haben.

Die Christlich-Demokratische Union (CDU)/ die Christlich-Soziale Union (CSU)

In ihrem Programm legen die Unionsparteien einen Schwerpunkt der Gesundheitspolitik auf die bessere Vernetzung aller an der Versorgung Beteiligten – denn gerade die Versorgung psychisch Kranker erfordere dies. Darüber hinaus wollen sie eine gute ärztliche Versorgung im ländlichen Raum garantieren – u. a. durch den Einsatz von Telemedizin. Die Patientenrechte sollen durch Schaffung eines „Nationalen Gesundheitsportals“ gestärkt werden, das wissenschaftlich abgesicherte und verständliche Informationen bündelt und im Internet zur Verfügung stellt. Gleichzeitig strebt die Union an, die deutsche Demenzforschung an die Weltspitze zu führen. Auch andere Volkskrankheiten sollen stärker ins Visier genommen werden, was auf

eine Berücksichtigung von psychischen Erkrankungen in der Forschungsförderung hoffen lässt.

Die Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD)

Die SPD will in ländlichen, strukturschwachen und sozial schwierigen Regionen die medizinische Versorgung garantieren – schwerpunktmäßig durch eine bessere Vernetzung aller Angebote, eine integrierte Bedarfsplanung und den Ausbau und die Förderung der Telemedizin. Hier sollen auch die Bereiche Prävention und Rehabilitation einbezogen werden. Krankenhäuser sollen mehr Mittel für notwendige Investitionen erhalten, für Ärzte sollen einheitliche Honorarordnungen eingeführt werden. Einen Paradigmenwechsel in der Finanzierung des Gesundheitswesens will die SPD durch die Einführung einer Bürgerversicherung erreichen. Die Partei betont die Förderung der hochschulmedizinischen Forschung. Für mehr Inklusion möchte sie die UN-Behindertenrechtskonvention umsetzen, Teilhabeleistungen ausbauen und Menschen mit chronischen Erkrankungen von Zuzahlungen befreien. Wenn Menschen von Angehörigen gepflegt werden, soll es eine Familienarbeitszeit und eine Freistellung von der Arbeit mit Lohnersatzleistungen geben. Schließlich plant die SPD, spezielle Hilfseinrichtungen für traumatisierte Flüchtlinge und deren Kinder zu schaffen.

Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Auch Bündnis 90/DIE GRÜNEN machen die Einführung einer Bürgerversicherung und die bessere Vernetzung und Koordination im Gesundheitswesen zum Kern ihrer Gesundheitspolitik. Darüber hinaus stellt die Partei die Forderung einer gemeinsamen Planung ambulanter und stationärer Leistungen auf. Für Menschen in psychischen Krisen fordern DIE GRÜNEN eine frühzeitige, passende Behandlung, eine bessere Abstimmung der Hilfen vor Ort und den Ausbau präventiver Maßnahmen. Außerdem setzt sich die Partei für die Reform der Psychotherapieausbildung ein, u. a. um eine angemessene Ausbildungsvergütung zu ermöglichen. In der Wissenschaft fordern DIE GRÜNEN, dass alternativmedizinische Verfahren stärker erforscht werden. Die UN-Behindertenrechtskonvention soll konsequent umgesetzt werden. DIE GRÜNEN planen zudem eine Legalisierung des Anbaus, Handels und der Abgabe von Cannabis sowie einen Ausbau der Drogenhilfe und -forschung. Außerdem soll die professionelle Hilfe im Bereich der psychosozialen Betreuung von Flüchtlingen ausgebaut werden.

DIE LINKE

DIE LINKE möchte flächendeckend eine bedarfsgerechte, barrierefreie und wohnortnahe Versorgung erreichen. Dies soll durch den Abbau von Überversorgung, die Einführung neuer Versorgungsformen und den Ausbau der häuslichen und ambulanten Versorgung erfolgen. Fallpauschalen möchte DIE LINKE abschaffen und die Privatisierung von Krankenhäusern verhindern. Krankenhäuser sollen über eine bedarfsgerechte finanzielle Ausstattung verfügen, der Bund soll 2,5 Mrd. Euro im Jahr für Investitionen bereitstellen. Die Partei will die Bedarfsplanung und Finanzierung der Psychotherapie novellieren sowie ein Direktstudium für psychologische Psychotherapie einrichten. Für Menschen mit psychischen Erkrankungen möchte DIE LINKE einen öffentlich geförderten Beschäftigungssektor schaffen. Zudem fordert sie, dass die UN-Behindertenrechtskonvention umgesetzt wird. In der Drogenpolitik will sie u. a. eine Legalisierung von Cannabis und eine Höchstmenge für den Besitz häufig gebrauchter Drogen einführen. Sie fordert eine wissenschaftliche Überprüfung der Drogenpolitik, die Einrichtung von Konsumräumen und eine Öffnung der Substitutionstherapie. In der Wissenschaft möchte DIE LINKE, dass die Arzneimittelforschung als öffentliche Aufgabe betrachtet wird und ein öffentliches Studienregister mit allen Studienergebnissen geschaffen wird. Schließlich fordert sie die Einführung einer Arbeitsschutzverordnung zu psychischen Gefährdungen am Arbeitsplatz und den

Forderungen der DGPPN

Psychische Erkrankungen gehören in Deutschland längst zu den Volkskrankheiten: Über 27 Prozent der Erwachsenen sind innerhalb eines Jahres betroffen, bei den Ursachen für Krankschreibungen und frühzeitige Berentungen stehen sie ganz vorne.

Aus Sicht der DGPPN sind Gesundheits- und Sozialwesen auf diese Herausforderung nicht ausreichend vorbereitet. Im Vorfeld der Bundestagswahl hat sie deshalb in einem Forderungskatalog Stellung zu den dringendsten Handlungsfeldern genommen.

- Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen in allen Bereichen der Gesellschaft
- Schaffung passender politischer Rahmenbedingungen, um die Autonomie von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu fördern und deren Partizipation an medizinischen Entscheidungen sicherzustellen
- Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen für ein umfassendes System von psychiatrisch-psychotherapeutischer Hilfe und Versorgung
- Strukturelle Forschungsförderung durch Einrichtung eines vernetzten „Deutschen Zentrums für psychische Erkrankungen“ (DZP) mit mehreren, kompetitiv ausgeschriebenen Standorten

Zum Forderungskatalog: www.dgppn.de

Ausbau psychotherapeutischer Versorgungsangebote für Flüchtlinge und Opfer von Menschenhandel.

Die Freie Demokratische Partei (FDP)

Die Liberalen möchten, dass der ambulante Bereich verstärkt Behandlungsmethoden aus dem stationären Bereich anbietet. Die stationäre Versorgung soll stärker profiliert und spezialisiert werden. Zudem soll hier eine Honorierung von Ergebnisqualität und Innovation stattfinden. Länder, die der Investitionspflicht nachkommen, sollen vom Bund bezuschusst werden. Außerdem wird vorgeschlagen, im Rahmen von Qualitätsverträgen zwischen Krankenkassen und Krankenhausträgern zusätzliche Anreize für höherwertige Angebote anzubieten. Die Budgetierung soll abgeschafft, Vergütungsregelungen überarbeitet werden. Des Weiteren möchten die Liberalen den Besitz und Konsum von Cannabis legalisieren und Präventions-, Behandlungs-

und Beratungsprogramme stärker ausbauen. Der § 217 StGB soll abgeschafft und eine Möglichkeit für die sanktionsfreie ärztliche Assistenz bei der Selbsttötung gefunden werden.

Die Alternative für Deutschland (AfD)

Die Alternative für Deutschland will, dass die Trägervielfalt der Krankenhäuser erhalten bleibt. Portal-Praxen aus dem ambulanten Bereich sollen die stationäre Notfallversorgung entlasten. Zudem sollen alternative Behandlungsmethoden mit zu definierenden Standards eine Ergänzung der akut-medizinischen Behandlung darstellen. Die AfD fordert, dass Ärzte und Therapeuten nach Möglichkeit in Deutschland

ausgebildet sind. Ein Hausarztssystem soll die Koordination ambulanter Behandlungen gewährleisten. Der Legalisierung von Cannabis wird eine Absage erteilt, ebenso der zentralen Speicherung von Gesundheitsdaten.

Weltkongress der Psychiatrie 2017

Keynote Lecture | Arno Deister:
Zukunft der psychiatrischen Versorgung
09.10.2017 | 10:00 bis 11:00 Uhr

Bewusstsein für Depressionen stärken

Mehr als 320 Millionen Menschen leiden weltweit an einer Depression. Auch in Deutschland erkranken jedes Jahr rund acht Prozent der Bevölkerung. Zwar ist die Krankheit heute kein Tabu mehr, doch im Alltag fällt der Umgang damit immer noch schwer. Zudem erhält hierzulande nur jeder vierte Patient eine Behandlung nach den wissenschaftlichen Leitlinien.

Am 1. Oktober ist Europäischer Depressionstag. Er rückt eine Krankheit in den Mittelpunkt, die mit Blick auf ihre Schwere und ihre Auswirkungen noch immer unterschätzt wird. 2020 könnten Depressionen laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits die zweithäufigste Volkskrankheit sein. Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens daran zu erkranken, liegt bei 11 bis 15 Prozent. Frauen sind häufiger betroffen als Männer, suchen aber in der Regel schneller Hilfe.

Die Krankheit tritt in jedem Lebensalter auf, unabhängig von kulturellem Hintergrund und sozialem Status. Wird sie nicht rechtzeitig erkannt und konsequent behandelt, kann sie chronisch werden. Bei sehr schweren Krankheitsverläufen besteht das Risiko eines Suizids. Weltweit schätzt die



WHO die Zahl der Suizide aufgrund einer unbehandelten Depression auf rund 800.000 im Jahr – das sind mehr als alle Opfer von Kriegen und Naturkatastrophen zusammen. Die Depression stellt eine der größten gesundheitlichen Herausforderungen für die Gesellschaft dar. Sie wirkt sich auf die gesamte Lebenssituation der Betroffenen aus und belastet auch Familie, Partnerschaft und Freundschaften. Oftmals führt sie zu langen Fehlzeiten bei der Arbeit.

Auch wenn Depressionen in der Bevölkerung heute kein Tabu mehr sind, fällt der Umgang damit immer noch schwer. Viele Menschen gehen mit einer Depression nicht so offen um wie mit einer körperlichen Krankheit wie Diabetes. Sie gilt immer noch als Schwäche, gerade in der Arbeitswelt. Gleichzeitig halten sich viele Vorurteile hartnäckig in den Köpfen der Bevölkerung. Wer an einer Depression leidet, ist nicht bloß traurig und kann sich nicht einfach zusammennehmen. Depressive brauchen professionelle Hilfe.

Aus Sicht der DGPPN muss die Krankheit auch in Deutschland noch viel stärker ins Bewusstsein von Gesellschaft, Politik und Gesundheitswesen rücken. Insbesondere die aktuelle Versorgungslage bereitet Sorgen. 18 Prozent der Menschen mit schweren Depressionen werden heute in

Deutschland gar nicht behandelt. Nur 26 Prozent der Patienten erhalten eine Behandlung, wie sie die wissenschaftlichen Leitlinien empfehlen. Hier ergibt sich ein klarer Auftrag an die neue Bundesregierung: Sie muss ihr Engagement für Menschen mit Depressionen verstärken und die psychische Gesundheit zu einem zentralen Handlungsfeld machen.

Weltkongress der Psychiatrie 2017

Symposium I Psychotherapy for persistent depressive disorder: evidence from recent CBASP studies

10.10.2017 | 10:00 bis 11:30 Uhr

PsychVVG: Umsetzung in vollem Gang

Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG) Ende 2016 engagiert sich die DGPPN insbesondere für die Umsetzung der Einführung der sogenannten stationsäquivalenten Behandlung sowie für die Erarbeitung von verbindlichen Mindestpersonalvorgaben.

Mit dem PsychVVG trug die Bundesregierung der Tatsache Rechnung, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen auf ein Entgeltsystem angewiesen sind, das ihre besonderen Bedürfnisse berücksichtigt. Das Ende 2016 verabschiedete Gesetz nahm dabei zentrale Forderungen auf, welche die DGPPN gemeinsam mit vielen weiteren wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbänden gestellt hatte. Der Gesetzgeber hatte sich damit von einem starren Preissystem verabschiedet und ein Budgetsystem geschaffen, welches den Kliniken die Möglichkeit gibt, auf der Verhandlungsebene regionale und strukturelle Besonderheiten geltend zu machen. Gleichzeitig öffnet das Gesetz die Versorgungs-

strukturen und schafft die Möglichkeit einer stationsäquivalenten Behandlung im häuslichen Umfeld – was für Menschen mit psychischen Erkrankungen wichtig und ein erster Schritt Richtung sektorenübergreifender Behandlung ist. Es weist nach Wegfall der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) der Erarbeitung verbindlicher Personalvorgaben durch den gemeinsamen Bundesausschuss eine hohe Bedeutung zu.

Stationsäquivalente Behandlung

In §115d (3) des PsychVVG wurden die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) aufgefordert gemeinsam mit den medizinischen Fachgesellschaften eine *Leistungsbeschreibung der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung* (StäB) zu vereinbaren, die als Grundlage für die Verschlüsselung der Leistung dienen soll. Seit August liegt nun eine Vereinbarung der Verhandlungs-

partner vor, welche die Bedingungen festlegt, unter denen eine stationsäquivalente Behandlung im häuslichen Umfeld stattfinden kann. Dazu gehören u. a. Vorgaben zur Eignung des häuslichen Umfeldes, zur Berücksichtigung des familiären Umfeldes, zur Zusammensetzung des Behandlungsteams, zur Häufigkeit der Patientenkontakte und vor allem auch zur Sicherstellung der Behandlung an Werktagen und bei Krisen rund um die Uhr. Aus Sicht der DGPPN hat die Selbstverwaltung damit einen wichtigen Schritt in Richtung bedürfnisgerechte Versorgung gemacht. Gleichzeitig weist sie darauf hin, dass der Erfolg der Vereinbarung auch von der angemessenen Regelung der Abrechnungsmodalitäten abhängt. Sie ruft deshalb dazu auf, die Abrechnung tagesbezogen festzuschreiben.

Um diesen Prozess von Seiten der Psychiatrie zu begleiten, richtete die DGPPN frühzeitig eine fach- und verbändeübergreifende Task-Force ein, die im Juni dieses Jahres in einem Positionspapier eine Leistungsbeschreibung der StäB veröffentlichte. Dieses grenzt StäB vom bisher bekannten Konzept des Home-Treatments ab und definiert die Ziele von StäB. Daneben werden Schlüsselaufgaben und Leistungen beschrieben sowie Aspekte der Qualität bzw. Qualitätssicherung erläutert. Auch zeitliche und strukturelle Aspekte der Behandlung und Möglichkeiten des Zugangs und der Einweisung zur Leistung sind im Positionspapier beschrieben. Das Konsenspapier wurde nach Fertigstellung an die politischen Entscheidungsträger versandt und im Fachjournal *Psychiatrische Praxis* veröffentlicht. In einem nächsten Schritt sollen nun die Ergebnisse der Task-Force mit den Leistungserbringern aus dem ambulanten und gemeindepsychiatrischen Bereich abgestimmt werden. Ziel ist es dabei, die vom Gesetzgeber vorgegebene Möglichkeit der Kooperation und Delegation zu diskutieren. Hierzu ist für Mitte Oktober ein Workshop mit allen relevanten Gruppierungen geplant.

Personalbemessung

Nach Wegfall der PsychPV Ende 2019 sieht das PsychVVG vor, dass ab 2020 verbindliche Mindestpersonalvorgaben in den Kliniken für Psychiatrie und Psychosomatik umgesetzt werden. Laut Bundesgesundheitsministerium, sollen so die menschliche Zuwendung gestärkt und Behandlungen mit hohem Aufwand künftig besser vergütet werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist damit beauftragt, bis zum 30. September 2019 verbindliche Mindestvorgaben für die Ausstattung der stationären Einrichtungen mit dem für



die Behandlung erforderlichen therapeutischen Personal zu beschließen. Die Vorgaben sollen möglichst evidenzbasiert sein, einen Beitrag zu leitliniengerechter Behandlung leisten und sich an der Psych-PV orientieren. Der G-BA hat dazu eine Studie in Auftrag gegeben, um die aktuelle Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik und die veränderten Stellenprofile der Berufsgruppen zu erheben. Da die aktuellen Leitlinien keine Vorgaben zur Personalausstattung machen, führt der G-BA mehrere Experten-Workshops durch, mit dem Ziel leitlinienorientiert die Mindestpersonalausstattung zu definieren. Der Gesetzgeber hat für das Ergebnis des G-BA-Prozesses ein Stimmrecht der betroffenen Fachgesellschaften vorgesehen.

Zur Vorbereitung einer Stellungnahme hat die DGPPN die Einrichtung einer verbändeübergreifenden Plattform – die AG Normative Personalvorgaben – initiiert. Deren Ziel ist es, ein Konzept zur Personalbemessung zu entwickeln. Hierfür sollen sowohl die Leitlinien als auch die Psych-PV herangezogen werden.

Die weiteren Arbeitsschritte der Plattform sind die Bildung aufwandshomogener Patientengruppen (Cluster) nach Behandlungsaufwand, Diagnose, klinischer Symptomatik und Behandlungszielen, die Beschreibung von Leistungen für Patienten sowie die Festlegung settingbezogener Ressourcen.

Die DGPPN misst der Entwicklung und der gesetzlich festgelegten Umsetzung von verbindlichen Personalvorgaben für die stationäre Behandlung eine hohe Priorität bei. Sie ist die wesentliche Grundlage dafür, auch in Zukunft eine leitlinienorientierte, individuelle, von Kontinuität geprägte Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sichern zu können.

Weltkongress der Psychiatrie 2017

Symposium I Psychiatrische Versorgung nach PsychVVG, BTHG und Reform der Landespsychiatriegesetze:

Wie geht es weiter?

09.10.2017 | 15:15 bis 16:45 Uhr

Symposium I Wirkt Home Treatment auch in der deutschsprachigen psychiatrischen Versorgung? Empirische Daten aus dem deutschsprachigen Raum

10.10.2017 | 10:00 bis 11:30 Uhr

Task-Force der DGPPN legt Standards für Maßregelvollzug vor

In einem dreijährigen Entwicklungsprozess hat eine interdisziplinär besetzte Task-Force der DGPPN bundesweit einheitliche Standards für den psychiatrischen Maßregelvollzug entwickelt. Die Fachgesellschaft will damit die Qualität der Behandlung von psychisch kranken Straftätern in Forschung und Praxis weiter vorantreiben und verbessern.

Menschen, die aufgrund einer schwerwiegenden psychischen Störung oder einer Suchterkrankung straffällig geworden sind und in Folge der Erkrankung weiterhin für die Allgemeinheit gefährlich sind, werden zur Besserung und Sicherung im Maßregelvollzug untergebracht. Die rechtlichen Grundlagen dazu sind im Strafgesetzbuch geregelt, über die Unterbringung entscheiden die Gerichte.

Damit übernimmt das Fach Psychiatrie und Psychotherapie neben seinem Behandlungsauftrag für Menschen mit psychischen Erkrankungen auch eine ordnungspolitische Funktion. Die Behandlung in einer forensisch-psychiatrischen Klinik im Rahmen des Maßregelvollzugs ist mit Grundrechtseinschränkungen und mit Freiheitsentzug im Sicherheitsinteresse der Allgemeinheit verbunden. Das Bundesverfassungsgericht räumt der Verhältnismäßigkeit des Freiheitsentzugs dabei höchste Priorität ein. Dies bedeutet, dass die Behandlung nur mit so wenigen Freiheitsbeschränkungen wie irgend vertretbar verbunden sein

darf und gleichzeitig die Sicherheit der Allgemeinheit gewährleisten muss. Hinzu kommt, dass die Behandlung der Patienten im Maßregelvollzug gegenwärtig länderspezifisch geregelt ist, sodass sich die Rahmenbedingungen der Behandlung in den einzelnen Bundesländern unterscheiden. Wissenschaftlich belastbare und in der Praxis umgesetzte bundeseinheitliche Mindeststandards für die Unterbringung und die Behandlung sind deshalb unverzichtbar.

Vor diesem Hintergrund beauftragte die DGPPN eine interdisziplinäre Task-Force damit, fachliche Standards für die Behandlung in der forensischen Psychiatrie nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft zu erarbeiten. Die Ergebnisse der Experten liegen nun vor und umfassen knapp 30 Seiten. Sie beschreiben darin rechtliche, ethische, strukturelle, therapeutische und prognostische Standards für die Praxis und Forschung und sollen die Qualitätsverbesserungsprozesse weiter vorantreiben. Die Standards sind in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* erschienen und online frei abrufbar.

Weltkongress der Psychiatrie 2017

Symposium I Diskussion der Ergebnisse der interdisziplinären DGPPN-Task-Force

11.10.2017 | 10:00 bis 11:30 Uhr



VON WEGEN ALT!

Ältere Menschen stecken heute voller Tatendrang, verfügen über ein reiches Wissen und ausgeprägte soziale Kompetenzen, die sie an die junge Generation weitergeben können – vorausgesetzt, sie sind offen und haben Gelegenheiten dazu.

„Wir haben gerade einen neuen Club in Potsdam gegründet“, sagt Marianne Schmidt und lächelt stolz. „Die Vorbereitungen waren intensiv, ich bin jede Woche hingefahren.“ Die gelernte Damenschneiderin engagiert sich in drei weiteren Ablegern der *Zonta International*, einem Netzwerk, das sich weltweit für Frauen einsetzt, in Berlin. „Dort informiere ich die Mitglieder als eine Art Lexikon über bestimmte Aktionen.“ Marianne Schmidt hat nach der Wende die Clubs in Polen, Bulgarien und Tschechien betreut, hat die Zonta-Aktensammlung im Archiv der Deutschen Frauenbewegung in Kassel aufgebaut, reist zu Treffen im Lande und in der Welt – und hat schon ein Projekt für die Potsdamer im Sinn: Eine Berufsberatung für Mädchen. „Damit sie erfahren, was man später wirklich macht.“ Die gebürtige

Berlinerin sitzt im Wohnzimmer ihres kleinen Apartments im Augustinum, einem Wohnstift in Klein-Machnow. Sie ist 87 Jahre alt, vor 23 Jahren in Ruhestand gegangen und wirkt, wenn sie so sprühend vor einem sitzt, mindestens 20 Jahre jünger.

Menschen altern unterschiedlich

Frau Schmidt ist ein lebendiges Beispiel dafür, dass sich „subjektiv die Perspektive eines 25 Jahre dauernden Ruhestands vor dem Beginn des eigentlichen Alters, das durch nachlassende Kräfte, Krankheit und Todesnähe gekennzeichnet ist“, ergibt. Die Schlussfolgerung stammt aus dem Abschlussband „Gewonnene Jahre – Altern in Deutschland“,

in dem Wissenschaftler von der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina und der Akademie der Technikwissenschaften (acatech) Empfehlungen für Politik und Gesellschaft geben, um sich den Herausforderungen einer älter werdenden Bevölkerung zu stellen. Sie widerlegen in der Schrift überholte Ansichten und entwerfen einen neuen Blick aufs Alter. Tatsache ist, dass Menschen sehr unterschiedlich altern, „ein 70-Jähriger geistig ebenso leistungsfähig sein kann wie ein 50-Jähriger, aber ebenso ... aussehen und sich fühlen kann wie ein 90-Jähriger“. Menschen in höherem Alter leben heute aktiv und selbstbestimmt, nutzen das Internet, helfen im Haushalt ihrer erwachsenen Kinder und betreuen die Enkelkinder, engagieren sich ehrenamtlich und bringen mehr und mehr als Beschäftigte in Betrieben ihre reiche Erfahrung und ihre sozialen Kompetenzen ein – und können entgegen der Legende durchaus Neues dazulernen.

Neues ist gut fürs Hirn

Neue Aufgaben halten sogar die Hirnzellen fit. Das hat Prof. Ursula Staudinger, die den oben genannten Band mit herausgegeben hat, jüngst herausgefunden. Gemeinsam mit Kollegen hat die Psychologin, Altersforscherin und Gründungsdirektorin des Columbia Aging Centers an der Columbia University, New York, in einer Studie Arbeiter untersucht, die bereits 17 Jahre lang voll in der Produktion eines Autowerkes gearbeitet haben. Mit Screening-Fragebögen haben die Wissenschaftler „statistische Zwillinge“ herausgefiltert, die sich nur darin unterschieden, wie oft sie in den Jahren im Betrieb ihre Tätigkeit gewechselt haben. Anschließend haben die Experten mit den Versuchspersonen kognitive Tests vorgenommen und mittels Kernspintomographie Bilder vom Gehirn gemacht. Das Resultat der Studie, die Anfang des Jahres in *Frontiers in Psychology* erschienen ist: „Neuheiten bei der Arbeit zu erleben, ist ein wichtiger Auslöser für die Plastizität“, so Prof. Staudinger. Die Arbeiter, die im Laufe ihrer Berufsspanne häufiger neue Aufgaben bewältigt haben, waren nicht nur schneller und besser im Denken. Sie wiesen auch deutlich mehr graue Zellen in den Hirnregionen auf, die mit Aufmerksamkeit und Lernen assoziiert sind. Vor dem Hintergrund einer sich demografisch wandelnden Gesellschaft, in der die Bevölkerung immer älter und der Arbeitsmarkt möglicherweise für Fachkräfte immer enger wird, appelliert die Wissenschaftlerin an Unternehmer und Beschäftigte, in den verschiedenen Berufszweigen immer wieder neue Dinge auszuprobieren. „So bleibt die kognitive Produktivität und Motivation der

Mitarbeiter erhalten“, sagt Prof. Staudinger. „Die Gesellschaft des längeren Lebens ist eine große Chance, wenn man sie nutzt.“

Lebenslange Arbeitszeitkonten

Denn wenn auch das Hirn im Alter langsamer läuft, reichert es mit den Jahren doch viel Wissen und Erfahrung an – ein enormer Fundus, der die Schwäche im flinken Denken dicke wettmacht. In einer aktuellen Analyse aus dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) in Nürnberg, haben Betriebe, die Ältere ab 50 Jahren neu eingestellt haben, fast einstimmig angegeben, diese seien „motiviert“ gewesen, „an einer längerfristigen Beschäftigung interessiert“, haben sich „in das Team integriert“ und konnten „ihre Erfahrungen einbringen“. Dennoch haben sich „ihre Einstellungschancen nicht entscheidend verbessert“, heißt es in dem Bericht. Ein gesellschaftliches Umdenken ist erforderlich, will man das Potential der älteren Menschen in der Gesellschaft nutzen. Die renommierte Altersforscherin aus New York plädiert zum Beispiel dafür, die klassischen starren Berufsbiografien aufzubrechen. Lebenslange Arbeitszeitkonten, die immer wieder Auszeiten für Familie oder andere Lebensziele erlauben, seien eine Alternative. Gesundheitssystem und Lebensumwelten müssten so verändert werden, dass sie die „Gesundheitsressourcen eines Menschen schützen“, Bildungsinstitutionen sollten ein lebenslanges Lernen erlauben.

Japan hält die Menschen fit

In Japan, einem Land, in dem eine der niedrigsten Geburtenraten und eine der höchsten Lebenserwartungen zusammenkommen, sind auch Menschen jenseits der 90 fest in die Gesellschaft integriert. Viele Japaner arbeiten bis ins hohe Alter. Die Städteplaner in Tokio beispielsweise haben sich darauf eingestellt, die Bürger in Bewegung zu halten. Fahrstühle findet man oftmals erst ab der zweiten oder dritten Etage. Auf Treppenstufen in vielen U-Bahnhöfen ist zu lesen, wie viele Kalorien das Treppensteigen verbraucht und dass man sich so fit hält.

Schweizer und Schweden schreiben Bildung groß

Ein Blick nach Europa zeigt: In der Bildung haben die skandinavischen Länder, insbesondere Schweden und Finnland, sowie Dänemark und die Schweiz eindeutig die Nase vorn. Während sich hierzulande gerade mal gut drei Prozent

■ Macht Alter weise?

Wer möchte es nicht, wenigstens mit den Jahren weise werden. Ist das Erlangen der Weisheit doch eine der wenigen positiven Vorstellungen, die wir mit dem Alter verbinden. Weisheit umfasst eine tiefe Einsicht und eine sehr gute Urteilskraft in schwierigen und grundlegenden Fragen des Lebens und ist darauf ausgerichtet, das eigene und das Wohl anderer zu verbessern. „Um den Weisheitsweg zu beschreiten, müssen neben dem Alter noch wesentliche Faktoren in der Persönlichkeit hinzukommen“, sagt Prof. Ursula Staudinger, Altersforscherin an der Columbia University in New York. Und zwar müssen die Menschen mit fortschreitendem Alter offen für neue Erfahrungen bleiben und bereit sein, sich auch mit eigenen Misserfolgen und negativen Erlebnissen auseinander zu setzen und Einsichten daraus zu gewinnen. Darüber hinaus gilt, wenn gewonnene Einsichten nicht immer wieder auf den Prüfstand gestellt und eventuell angepasst werden, so die Expertin, erstarrt gemachte Erfahrung zum Dogma. „Das ist dann das Gegenteil von Weisheit.“ Im Schnitt, so Prof. Staudinger, würden wir mit dem Alter nicht automatisch weiser werden. Weisheit habe einen hohen Preis, weil man sich stetig mit sich und der Welt kritisch auseinandersetzen und immer nach Verbesserung streben müsse. Dafür werden wir mit dem Alter aber sozial kompetenter und eingepasst und verfügten damit über eine große Stärke im Gemeinwesen. „Es ist nicht immer nur die Weisheit, nach der es zu streben gilt.“

der 55- bis 64-Jährigen weitergebildet haben, waren es in Schweden fast 21 Prozent, also ungefähr das Sechsfache. Spitzenreiter in Europa ist die Schweiz, wo 26 Prozent in der gleichen Altersgruppe mit Fortbildung glänzen, wie die neuesten Zahlen von Eurostat, dem Statistikamt der Europäischen Union, offenbaren. Doch das passiert nicht von alleine. So haben Schweden beispielsweise ein Lebenskonto, um ein Studium zu finanzieren. Sie erhalten, wenn sie Vollzeit studieren, für die Dauer von 240 Wochen eine staatliche Unterstützung von 2.504 Schwedische Kronen wöchentlich. Der Anspruch erlischt erst mit dem 57. Lebensjahr. Kommunale Berufshochschulen ermöglichen den Bürgern unabhängig vom Alter eine Ausbildung. Die meisten schwedischen Arbeitgeber zahlen ihren Angestellten steuerfrei einen Betrag beispielsweise für eine Jahreskarte in einem Fitnessstudio. „Eine gute Work-Life-Balance gilt als erstrebenswert und ist gesellschaftlich breit verankert“,

sagt Elisabeth Mayr, Pressereferentin der Schwedischen Botschaft in Berlin. Und warum ist Weiterbildung in der Schweiz so populär? Bei ihnen sei Bildung sehr präsent im Alltag und „gehört einfach dazu“, erklärt Viktor Vavricka, stellvertretender Missionschef der Schweizerischen Botschaft in Berlin. Außerdem zähle die Erwerbsbeteiligung der 55- bis 64-Jährigen zu den höchsten in Europa; demzufolge sei auch die Teilnahme an berufsbezogener Weiterbildung sehr hoch.

Ein gutes Maß an Stress

Lebenslanges Lernen und berufliches am Ball Bleiben bis ins Alter scheinen sich zu lohnen – für den Einzelnen und für die Gemeinschaft. Es muss allerdings nicht unbedingt Erwerbsarbeit sein, um sich im Alter auf Trab zu halten. Ein Ehrenamt und ein Hobby, das wirklich herausfordert, tun es auch. „Der Vorteil einer bezahlten Arbeit ist aber, dass es sich um eine Verpflichtung handelt“, erläutert Prof. Staudinger. „Ein gutes Maß an Stress – und das ist individuell verschieden – ist fundamental, damit wir gesund bleiben, uns weiterentwickeln und nicht abbauen.“ Doch wichtig zu wissen ist: „Plastizität im Alter hat eine, wie ich es nennen würde, Plastizitätsgeschichte“, sagt Prof. Andreas Kruse, Direktor des Instituts für Gerontologie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg. In dem Maße, in dem Plastizität in früheren Lebensjahren verwirklicht worden sei, bestehe diese auch im Alter, betont der renommierte Alterspsychologe. So hat auch Marianne Schmidt in ihrem Leben immer wieder Neues angepackt. Nachdem sie als Schneidergesellin einige Jahre für die Berliner Modebranche und für die Deutsche Oper Berlin Kleider und Kostüme genäht hat, sattelt sie um und absolviert für jeweils ein Jahr in der Schweiz und in Schweden ein Praktikum in Hauswirtschaft. Zurück in ihrer Heimatstadt studiert sie Pädagogik, Betriebs- und Volkswirtschaft, bevor sie 17 Jahre im Berufsschulzentrum in Wolfsburg als Lehrerin arbeitet. Mit 47 Jahren geht sie als Referentin ins Niedersächsische Kultusministerium in Hannover. „Das war eine neue Chance“, sagt sie, „und die habe ich ergriffen.“ Aber nach einiger Zeit habe sie gemerkt, dass es ihr nicht gefalle, ständig Reden für andere zu schreiben und in Konferenzen zu sitzen. Im Regierungsbezirk Braunschweig übernimmt sie das Management von 35 Berufsschulen und drei Seniorenheimen, bis sie im Alter von 63 Jahren in Rente geht. „Ich habe mich nicht viel verändert“, sagt die 87-Jährige rückblickend und schmunzelt. „Ich bin nur langsamer geworden, dafür aber ruhiger und gelassener.“



Potenzial der seelisch-geistigen Reife

Damit beschreibt Frau Schmidt nur *eine* der wesentlichen potenziellen Stärken älterer Menschen, die die erhöhte körperliche Verletzlichkeit – dadurch gekennzeichnet, dass sie leichter erkranken und sich sehr viel schwerer erholen – ausgleicht. Denn eine lange Lebensspanne birgt die Chance, seine Persönlichkeit positiv zu entwickeln. Ursula Staudinger hat dafür den Begriff „Positive Plastizität“ ins Leben gerufen. So sind Menschen im fortgeschrittenen Lebensalter häufig umgänglicher, zuverlässiger und emotional stabiler als in jungen Jahren – Eigenschaften, die sie mit einer hohen sozialen Kompetenz ausstatten und überdies gegen die unausweichlichen Wogen in der späteren Lebensphase wappnen können. „Das Altern wird in hohem Maße auf körperliche Prozesse verengt“, erklärt Prof. Kruse. „Alte Menschen können jedoch trotz Verletzlichkeit auch im

hohen Alter seelisch-geistig reifen, aber nur, wenn sie die Erfahrung machen, von anderen Menschen gebraucht zu werden, eine Aufgabe und ein Ziel haben, die außerhalb der eigenen Person liegen und für die man sich engagieren kann“, unterstreicht der Gerontologe und Autor des in diesem Jahr erschienenen Buches „Lebensphase hohes Alter – Verletzlichkeit und Reife“. Sie müssen aber bereit sein, sich für neue Möglichkeiten zu öffnen und einen kritischen Blick auf sich selbst zu wagen. Aus einem differenzierten und tiefen Wissen kann sich gerade bei Menschen im hohen Alter eine starke kreative Kraft entwickeln. So schrieb Johann Sebastian Bach am Ende seines Lebens die Kunst der Fuge, in der sein ganzes Wissen über die Fugentechnik einfließt.

Humanvermögen des hohen Alters

Sie habe verinnerlicht, dass man miteinander reden und etwas bewirken kann, sagt die Berlinerin Marianne Schmidt. Das sei ihr Motiv, sich im internationalen Frauennetzwerk Zonta einzusetzen. Vor gut einem Jahr hat sie für ihr Engagement das Bundesverdienstkreuz erhalten. Bei den regelmäßigen Treffen gebe sie ihr gewonnenes Wissen weiter. Damit sich aber alte Menschen auf natürliche Weise mit jungen austauschen und ihr immaterielles Gut – Lebenserfahrung und -haltung, Wissen und Erkenntnisse – weitergeben können, müssen sie Gelegenheiten dafür haben, beispielsweise in kommunalen Bürgerzentren, Mehrgenerationen-Häusern oder als Ehemalige in Betrieben. Denn bei weitem nicht jeder ist so eigenmotiviert und initiativ wie Marianne Schmidt. „Wir müssen solche Strukturen schaffen und weiterentwickeln“, fordert der Heidelberger Professor, „um das bedeutende Humanvermögen des hohen Alters zu nutzen.“

Eine Grundlage für Resilienz

Doch das Alter hat wie jede Lebensphase auch seine Kehrseite. Die eigenen körperlichen, kognitiven und auch sozialen Verluste – die Kinder sind aus dem Haus und leben ihr eigenes Leben, Partner und enge Freunde erkranken oder sterben – verunsichern die Menschen, belasten sie psychisch und machen sie noch verletzlicher. „Das darf man auch nicht kleinreden“, mahnt Prof. Kruse. „Doch man kann durch das eigene Verhalten eine Menge tun.“ Die emotionale und intellektuelle Reife schafft eine Grundlage für Resilienz, die psychische Kraft, Krisen aus eigenen Ressourcen zu bewältigen und als Chance zur Entwicklung zu

begreifen. Essenziell ist immer die Begegnung mit anderen Menschen. „Im Alter sollte man sich auf tiefe und intime Beziehungen und Freundschaften besinnen“, empfiehlt der Experte, „sie bieten emotionalen Schutz und Stabilität.“ Aktivitäten, die den Alltag strukturieren und dafür sorgen, dass man aus den eigenen vier Wänden kommt, sind ebenfalls hilfreich.

Die Seele leidet im Alter

Die Haut kann im Alter noch dünner werden, wenn ein Mensch in seiner Biografie bereits viele schwere Situationen bewältigen musste oder muss. Frühe nicht verarbeitete Traumata in der Biografie zum Beispiel, viele soziale Verluste und Einsamkeit sowie chronische Schmerzen können dazu führen, dass Ältere emotional sehr viel sensibler sind. „Viele dieser Menschen leiden deutlich häufiger an leichten Depressionen als in jungen Jahren“, sagt Prof. Kruse. Das Risiko, dass daraus eine Altersdepression entsteht – neben der Demenz die häufigste psychische Erkrankung im Alter – ist hoch. In der gesamten Bevölkerung leiden rund fünf bis zehn Prozent an einer Depression, mehr als 20 Prozent sind es dagegen bei den über 85-Jährigen und Hochbetagten. Die oftmals unterschiedlich stark ausgeprägte Depression kann eigenständig oder aber in Verbindung mit physischen oder anderen psychischen Erkrankungen auftreten. Das Suizidrisiko im späten Leben ist stark erhöht. „Wir müssen deswegen alles dafür tun, dass Menschen mit subklinischen Depressionen psychisch unterstützt und sozial eingebunden werden, damit sie keine klinisch manifeste Depression entwickeln“, fordert der Heidelberger Gerontologe.

In China leben die meisten Demenzkranken

Besonders vor dem Hintergrund, dass die Menschen immer älter werden, wird das Thema Demenz immer brisanter. Weltweit leiden rund 36 Millionen Menschen an einer demenziellen Erkrankung; die meisten leben in China, danach kommen die USA, Indien, Japan und Deutschland. Hierzulande sind derzeit 1,55 Millionen Menschen demenzkrank. Von den 90-Jährigen und noch älteren leiden etwa 30 Prozent daran. Demenzkranke „erleben sich als in irgendeiner Weise ‚verändert‘, sie haben Angst, ‚aus der Welt zu fallen‘“, schreibt Prof. Kruse in seinem jüngst erschienenen Buch. Sie sind also in hohem Maße verletzlich und bedürfen eines besonderen und würdigen Schutzes der Gesellschaft. Denn auch hier können die eigenen Ressourcen – die geistigen, emotionalen, sozialen, alltagspraktischen und körperli-

chen – dazu beitragen, „dass bei einer Demenz die Krankheitssymptome zum Teil deutlich später eintreten“, ergänzt der Experte. Auch dafür ist die Gemeinschaft mitverantwortlich, die alle Menschen einschließt, egal wie alt und wie krank sie sind. „Jeder Mensch in unserer Gesellschaft wird wertvoller, weil wir nicht mehr aus allen Nähten platzen“, sagt Prof. Ursula Staudinger, „das ist ein großer Schritt der Humanisierung.“

Ute F. Wegner

hat Biologie studiert und arbeitet als Medizinerjournalistin und Autorin in Berlin.

Weltkongress der Psychiatrie 2017

Keynote Lecture | Andreas Kruse:
Verletzlichkeit und Reife im hohen Alter – Perspektiven der
Psychiatrie und Psychotherapie des Alters
10.10.2017 | 13:30 bis 14:30 Uhr

Keynote Lecture | Ursula Staudinger:
Kognitives Altern – Möglichkeiten und Herausforderungen
11.10.2017 | 15:15 bis 16:15 Uhr

UNTRENNBAR VERBUNDEN

Mehr als ein Drittel der Menschen mit einer chronischen körperlichen Erkrankung sind auch psychisch krank. Doch die psychische Störung wird häufig nicht erkannt. Die Patienten geraten in einen Teufelskreis von psychischen und körperlichen Symptomen, die sich gegenseitig verstärken. Neue Versorgungskonzepte aus den USA könnten Abhilfe schaffen.



Chronische Rückenschmerzen, Diabetes oder eine Herzkrankung, Asthma, Multiple Sklerose oder Krebs – chronische Krankheiten gehen häufig mit psychischen Problemen oder gar einer psychischen Störung einher. Für die Patienten eine doppelte Belastung: Sie sind nicht nur körperlich, sondern auch psychisch krank. „Internationale Studien zeigen, dass viele schwere körperliche Erkrankungen das Risiko um das Zwei- bis Dreifache erhöhen, auch eine psychische Störung zu entwickeln“, betont Prof. Ulrich Voderholzer, Ärztlicher Direktor der Schön Klinik Rosen- eck. Meistens handelt es sich um eine Anpassungsstörung, Depression oder Angststörung. Jeder zweite bis dritte körperlich Kranke zeigt Symptome einer psychischen Begleiterkrankung, auch Komorbidität genannt.

Häufig folgt die psychische Störung auf die Belastungen, die mit einer chronischen körperlichen Erkrankung einhergehen. „Die Patienten müssen lernen, sich damit abzufinden, möglicherweise nie wieder gesund zu werden, und sind unsicher, wie die Krankheit weiterhin verläuft“, berichtet Psychiater und Psychotherapeut Voderholzer. Viele von ihnen erleben einen Kontrollverlust und haben das Gefühl, die Krankheit und letztlich ihr Leben nicht mehr im Griff zu haben. Sie müssen einen Alltag mit Einschränkungen bewältigen, leiden womöglich an Schmerzen oder sind mit dem Sterben konfrontiert. Die einen kommen mit solchen Belastungen besser klar, andere geraten in eine seelische Krise.

Stress als Bindeglied

Inzwischen sind sich Experten allerdings sicher: Die psychischen Probleme allein als Reaktion auf die körperliche Erkrankung zu sehen, wird den vielfältigen Wechselwirkungen zwischen Körper und Seele nicht gerecht. „Die moderne Psychosomatik geht nicht mehr von einseitigen Kausalketten aus“, so Voderholzer, „sondern von einem komplexen Zusammenspiel zwischen beiden Erkrankungen, bei dem genetische, neurobiologische, physiologische, psychosoziale und Verhaltensfaktoren eine Rolle spielen.“ In dieser Gemengelage ist nicht immer auszumachen, was Henne ist und was Ei, ob die körperliche Erkrankung Ursache der psychischen ist oder umgekehrt die psychische die körperliche begünstigt hat oder vielleicht gemeinsame Ursachen vorliegen.

Als ein zentraler Mechanismus gilt die übermäßige Aktivierung der Stressachse, also der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (HHN-Achse oder engl.

HPA-Axis). Das führt dazu, dass vor allem vermehrt Kortisol und das *Corticotropin-releasing Hormone* (CRH) ausgeschüttet werden. „Diese Stresshormone treiben Blutdruck und Herzfrequenz in die Höhe und fördern Entzündungseffekte an den Gefäßen“, berichtet Voderholzer. Zudem werden die Körperzellen unempfindlicher für Insulin, was den Blutzucker erhöht. Stress geht zudem mit einer Funktionsstörung des autonomen Nervensystems einher, mit der möglichen Folge, dass sich die Herzfrequenz nicht mehr ausreichend flexibel an Belastungen anpassen kann.

Die direkten körperlichen Auswirkungen von Stress sind eine Erklärung dafür, warum auch umgekehrt Depressionen und Angststörungen – beide Erkrankungen sind mit Stress assoziiert – eine körperliche Erkrankung auslösen können. So haben psychisch kranke Menschen ein erhöhtes Risiko für zum Beispiel Herzerkrankungen oder Diabetes mellitus Typ 2. Diese Erkrankungen treten bei psychisch kranken Menschen nicht nur häufiger auf, sie verlaufen auch ungünstiger. So sind Diabetiker, die unter Depressionen leiden, besonders gefährdet, Folgeerkrankungen wie Gefäßschäden zu entwickeln. Bei einer zusätzlichen Depression ist das Risiko, wiederholt einen Herzinfarkt zu erleiden, um das Zwei- bis Vierfache erhöht – auch nachdem andere Risikofaktoren wie hoher Blutdruck, Nikotinkonsum und Bewegungsmangel berücksichtigt wurden. Die psychische Störung muss noch nicht einmal ausgeprägt sein. Auch schon eine leichte Depressivität verschlechtert die Prognose einer Herz- oder Diabeteserkrankung.

Depression als „Brandbeschleuniger“

Neben den physiologischen Mechanismen spielt auf der anderen Seite auch das Verhalten eine Rolle: „Menschen mit Depressionen sind oft antriebslos. Sie neigen dazu, die Behandlung zu vernachlässigen und erforderliche Medikamente nicht oder nur unregelmäßig einzunehmen“, berichtet Psychiater Voderholzer. Besonders schwer psychisch Erkrankten gelingt es häufig kaum, sich um sich selbst ausreichend zu kümmern: Sie sind weniger körperlich aktiv, essen unausgewogen, rauchen oder trinken zu viel Alkohol – lauter Faktoren, die sich ungünstig auf zum Beispiel eine Koronare Herzerkrankung oder einen Diabetes mellitus auswirken. Psychische Erkrankungen wirken also als „Brandbeschleuniger“, indem sie die körperliche Erkrankung verstärken. Die Patienten geraten in einen Teufelskreis von psychischen und körperlichen Problemen, die sich gegenseitig bedingen und befeuern.

Eine Verschlimmerung der Krankheit, ein erhöhtes Risiko zu sterben, steigende Gesundheitskosten, sinkende Lebensqualität der Patienten – das zeigt, wie wichtig es ist, eine zusätzliche psychische (oder auch körperliche) Erkrankung frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. „Doch etwa die Hälfte der Patienten mit einer komorbiden psychischen Störung fallen durchs Raster, ihre seelische Not wird nicht

Zusammenhang psychische und körperliche Erkrankung

Prädisposition: Gene, Traumata in der Kindheit

Verhalten: ungünstiges Gesundheitsverhalten, geringe Compliance

Physiologische Faktoren: Überaktivität des sympathischen Nervensystems, Dysfunktion des Immunsystems, direkte körperliche Effekte der Erkrankung (hormonell, neurochemisch, metabolisch)

Psychosoziale Faktoren: geringe soziale Unterstützung, kritische Lebensereignisse, belastende Arbeitsbedingungen

Psychische Faktoren: wahrgenommener Kontrollverlust, Bedrohung des Selbstwertgefühls etc.

Medikamente: Nebenwirkungen, Wechselwirkungen

erkannt“, bemängelt Prof. Martin Härter, Direktor des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. „Das liegt zum einen daran, dass es nicht immer einfach ist, die Erkrankungen auseinanderzuhalten, weil sich die Symptome überlappen können“, sagt der Mediziner und Psychotherapeut, der schon seit vielen Jahren zu Komorbiditäten forscht.

Angstsymptome können mit den Beschwerden einer Unterzuckerung leicht verwechselt werden: Schwindelgefühle, Kribbeln, Schwitzen und Herzklopfen sind für beides charakteristisch. Eine Depression lässt den Blutdruck ansteigen, kann zu Herzrasen, Engegefühl in der Brust und Atemnot führen, was wiederum einer Herzerkrankung zugeordnet werden kann. Zum anderen sind die Patienten auf die körperliche Erkrankung konzentriert. „Viele Patienten mit körperlichen Erkrankungen haben ein somatisch orientiertes Krankheitskonzept und stehen psychologischen Erklärungen eher kritisch gegenüber“, berichtet Härter.

Vorbild Psychoonkologie

Was fehlt, ist ein routinemäßiges Screening auf Symptome von Angst und Depression, wie es inzwischen in verschiedenen Guidelines für Risikopersonen – und dazu zählen Menschen mit einer chronischen körperlichen Erkrankung – empfohlen wird. „Es gibt gut evaluierte Screeningfragen, die man mündlich stellt, sowie wissenschaftlich überprüfte Fragebögen, die schriftlich auszufüllen sind. Wir wissen also, wie es geht“, sagt Härter. In der Onkologie zumindest hat sich ein psychoonkologisches Screening bereits durchgesetzt: Es ist in den Zertifizierungsrichtlinien für onkologische Zentren vorgeschrieben. „Dort ist es an vielen Orten ganz selbstverständlich, dass ein Krebspatient Besuch von einem Psychoonkologen bekommt“, berichtet Härter. Diese Unterstützung wird in zertifizierten Krebszentren und Rehabilitationskliniken angeboten, eine psychoonkologische Therapie ist ambulant vielerorts möglich. Doch eine solche systematische psychologische Betreuung fehlt in den anderen somatischen Fächern.

Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass psychisch kranke Menschen, die gleichzeitig körperlich chronisch krank sind, nur unzureichend versorgt werden, nicht nur in Deutschland, sondern weltweit. „Nur etwa die Hälfte der Patienten, bei denen eine komorbide psychische Störung diagnostiziert ist, wird auch adäquat behandelt“, berichtet Härter. Zwar können Schulungen für chronisch Kranke, etwa im Rahmen von Disease-Management-Programmen, helfen, krankheitsspezifische Probleme in den Griff zu bekommen. Auch Psychotherapie, vor allem die kognitive Verhaltenstherapie, hat sich für verschiedene somato-psychische Erkrankungskombinationen bewährt. Doch nicht immer lassen sich allgemeine Therapierichtlinien auf die spezifische Situation von körperlich Kranken übertragen.

Diabetesspezifische Ängste

So leiden Diabetes-Patienten häufig unter Ängsten, die sich konkret auf den Diabetes beziehen. Es zeigte sich in einer Studie des Forschungsinstituts der Diabetes-Akademie in Bad Mergentheim, dass sie die Angst vor Folgeerkrankungen am meisten belastet. „Die Patienten haben Bilder im Kopf wie Dialyse, Amputation und Blindheit“, erklärt Prof. Bernhard Kulzer, Leitender Psychologe am Diabetes-Zentrum in Bad Mergentheim. Das ist einerseits nicht ganz unberechtigt und für die Therapiemotivation hilfreich. „Andererseits können die Sorgen so groß werden,

dass die Patienten in ein Vermeidungsverhalten rutschen: Sie messen ihre Blutzuckerwerte nicht mehr regelmäßig und reagieren nicht bei hohen Werten“, so Kulzer, der auch 1. Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft „Diabetes und Psychologie“ der Deutschen Diabetes Gesellschaft ist.

Eine weitere diabetesspezifische Angst, die gefährlich werden kann, ist die Angst vor Unterzuckerung. Eine schwere Hypoglykämie kann zu Bewusstlosigkeit und Krampfanfällen führen. „Die Angst vor dem Kontrollverlust ist bei den Betroffenen so groß, dass sie erhöhte Blutzuckerwerte bewusst in Kauf nehmen“, erklärt Kulzer. Manche Patienten verlassen aus Angst vor Hypoglykämien die Wohnung nicht mehr oder messen exzessiv häufig den Blutzucker. Diese Patienten mit besonderen Ängsten können am Diabeteszentrum in Bad Mergentheim an diabetesspezifischen Intensivtrainings teilnehmen, um zu lernen, wie sie besser damit umgehen können. In einem Wahrnehmungstraining üben sie zum Beispiel, erste Anzeichen einer Unterzuckerung, wie Schwitzen, Zittern, Pelzigkeit der Lippen, sehr früh mittels bestimmter Checks zu erkennen.

Stepped Care: neue Versorgungsmodelle aus den USA und Australien

In Bad Mergentheim ist eine solche Betreuung möglich. Doch wie lässt sich die Versorgung auch außerhalb von Spezialkliniken verbessern? In den letzten Jahren haben neue Versorgungsmodelle für psychisch Kranke aus den USA für Aufmerksamkeit gesorgt. Es geht dabei einerseits um teambasierte Ansätze, englisch *Collaborative Care*, bei denen Psychiater, Hausärzte, Fachärzte, Sozialarbeiter und Pflegekräfte zusammenarbeiten. Dieser Ansatz wird häufig mit einem gestuften Konzept, *Stepped Care*, kombiniert. Grundidee der gestuften Versorgung ist: nacheinander unterschiedliche evidenzbasierte Behandlungsmaßnahmen anzubieten und je nach Erfolg die Behandlung zu beenden oder zu intensivieren.

Vor allem die Arbeitsgruppe um den amerikanischen Psychiater Dr. Wayne Katon hat diesen *Collaborative- und Stepped-Care-Ansatz* auf die spezielle Zielgruppe der depressiven Patienten, die gleichzeitig eine koronare Herzerkrankung oder Diabetes haben, übertragen. Die Wissenschaftler berichten, dass sich mit diesen gestuften Interventionen nicht nur Blutfettwerte, Blutdruck und Blutzuckereinstellung verbessern, sondern auch die depressive Symptomatik – bei insgesamt niedrigeren Behandlungs-

kosten. Auf Katon beruft sich auch das Forschungsprojekt *Ecce homo* des Forschungsinstituts der Diabetes-Akademie Bad Mergentheim im Forschungsverbund des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD). Dort beginnt die erste Stufe mit einer diabetesspezifischen Kurzzeit-Verhaltenstherapie. Wenn sich die Symptome nicht signifikant verbessert haben, erfolgt in der nächsten Stufe eine depressionsspezifische Problemlösetherapie mittels Telefon und Internet. Wenn auch das nicht genügt, werden die Patienten zu einem Facharzt überwiesen, der eine Psychotherapie einleitet oder Psychopharmaka verschreibt. Ein Ergebnis der Studie: Die Blutzucker- und Depressionswerte haben sich von Stufe zu Stufe verbessert.

„Das Ziel von *Stepped Care* ist es einerseits, mit weniger intensiven Maßnahmen auch Patienten mit einer leichten Depression zu erreichen“, erklärt Studienleiter Kulzer. „Andererseits soll mit intensiveren Maßnahmen auch Patienten geholfen werden, die große Probleme mit Depression haben.“ Sowohl eine Unter- als auch Überversorgung kann damit vermieden werden. Ein großes Krankenversicherungsunternehmen in den USA, *Kaiser Permanente* (vorher *Group Health*) im US-Bundesstaat Washington, wendet gestufte Modelle für depressive Patienten mit Diabetes oder Rückenschmerzen erfolgreich an. Das Gesundheitsministerium der australischen Regierung strebt in einer großen Gesundheitsreform an, *Stepped Care* in den Gemeinden zu integrieren, um allgemein die psychische Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Prof. Kulzer: „Nach dem jetzigen Stand der Forschung sind *Collaborative-Stepped-Care*-Ansätze, die eine antidepressive Therapie mit krankheitsspezifischen Elementen kombinieren, sehr erfolgreich und sollten auch in Deutschland eingeführt werden.“

Anke Nolte

ist Germanistin und arbeitet als freie Medizinjournalistin in Berlin.

Weltkongress der Psychiatrie 2017

Symposium I Depression and cardiovascular risk: from mechanisms to therapy
12.10.2017 | 13:30 bis 15:00 Uhr

„Es ist ein guter Anfang, aber eben nur ein Anfang“

Mit einem globalen Aktionsplan hat die WHO die psychische Gesundheit zu einem Fokusthema gemacht. Der indische Psychiater **Shekhar Saxena** verantwortet die Umsetzung des Großprojekts. **Peter Falkai** hat ihn getroffen und mit ihm über die globalen Herausforderungen und Lösungen im Umgang mit psychischen Erkrankungen gesprochen.



Shekhar Saxena in der WHO-Zentrale in Genf

Falkai: Psychische Erkrankungen bedeuten nicht nur enormes Leid für die Betroffenen und ihr Umfeld, sie haben auch immense volkswirtschaftliche Folgen. Schätzungen gehen weltweit von Kosten in der Höhe von 2,5 Billionen US-Dollar aus – und das in jedem Jahr. Lange Zeit spielten sie auf der globalen Gesundheitsagenda trotzdem eine untergeordnete Rolle. Doch gerade im vergangenen Jahrzehnt ist ein Umdenken zu beobachten: Depressionen, Suchterkrankungen und die anderen psychischen Krankheitsbilder sind zu einem wichtigen Thema geworden. Wie erklären Sie sich diese Entwicklung?

Saxena: Tatsächlich haben Stellenwert und Sichtbarkeit der psychischen Erkrankungen in der internationalen Gesundheits- und Entwicklungspolitik spürbar zugenommen. Entscheidend dazu beigetragen haben die 2007 publizierten *Lancet*-Studien zur globalen psychischen Gesundheit. Sie legten die Basis dafür, dass die psychische Gesundheit als Aspekt der öffentlichen Gesundheitsfürsorge angesehen wird – und nicht nur als Problem der Betroffenen und der Psychiater. Dabei geht es nicht nur um die Behandlung, sondern auch um Prävention und Gesundheitsförderung. 2013 folgte mit dem *Mental Health Action Plan* der WHO ein wei-



terer Meilenstein: Zum allerersten Mal stimmte die Weltgesundheitsversammlung, also alle Gesundheitsminister aus 194 Staaten, einem gemeinsamen Aktionsplan auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit zu. Und dies ist umso überraschender, wenn Sie sich kurz die Situation in der Versammlung vor Augen führen: Der Gesundheitsminister eines skandinavischen Landes saß neben einem Kollegen aus einem afrikanischen Land, das nur über ein Hundertstel des Einkommens verfügt und wo die Anzahl an Psychiatern um das Zweihundertfache geringer ist – und trotzdem einigten sie sich auf die gleichen Ziele, Maßnahmen und Evaluationsmethoden. Darüber hinaus ist die psychische Gesundheit in die Ziele für nachhaltige Entwicklung der UNO aufgenommen worden – ein wichtiger Schritt, da die psychische Gesundheit damit in die gesamte Entwicklungsagenda integriert ist. Diese drei Faktoren sind aus meiner Sicht bezeichnend für den großen Wandel in der gesellschaftlichen Wahrnehmung und politischen Agenda. Das ist ein guter Anfang, aber eben nur ein Anfang.

Falkai: Was denken Sie, sind die Hauptursachen dafür, dass die psychische Gesundheit so lange nicht auf der Agenda der meisten Staaten stand? Was musste sich verändern, damit 194 Staaten zusammenkommen und den *Mental Health Action Plan* unterzeichnen?

Saxena: Einer der Gründe ist sicherlich der Erkenntniszuwachs. Wir wissen heute deutlich mehr über psychische Gesundheit und Erkrankungen als noch vor wenigen

Jahrzehnten. Das Wissen hat sich rasant vergrößert – nicht nur was die Ursachen psychischer Erkrankungen angeht, sondern auch hinsichtlich ihrer Behandlung. Gleichzeitig können wir psychischen Erkrankungen heute deutlich besser vorbeugen. Wir verfügen über neue Erkenntnisse zur menschlichen Psychologie und andere Sozialwissenschaften. Durch Gesundheitsförderung, Prävention und Behandlung lässt sich heute eine Veränderung im Leben der Menschen erreichen. Der zweite Grund ist, dass Menschen viel offener über psychische Erkrankungen sprechen als früher, auch wenn Stigmatisierung noch immer ein Thema ist. Der eigentliche Fortschritt findet dann statt, wenn die betroffenen Menschen eine angemessene Behandlung und Aufmerksamkeit von den Entscheidungsträgern einfordern – denn heute gibt es mehr Menschen, die sagen: „Wir brauchen Hilfe. Und wir brauchen sie jetzt.“ Dies hat sich in der politischen Agenda niedergeschlagen: Denn Politiker hören viel weniger auf Psychiater und Psychologen als auf die Bürger, die für sie stimmen. Ein weiterer Grund sind natürlich die wirtschaftlichen Aspekte. Politiker und Gesetzgeber reagieren zwar auf humanitäre Notlagen, aber sie reagieren viel schneller auf wirtschaftliche Realitäten. Wir wissen, dass psychische Erkrankungen einen enormen ökonomischen Schaden verursachen. Auch die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen benötigt viele Ressourcen. Sie sind für mehr als zehn Prozent der *Global Burden of Disease* und mehr als 33 Prozent aller Behinderungen verantwortlich. Die dadurch entstehenden direkten und indirekten Krankheitskosten beanspruchen einen

großen Anteil der Staatshaushalte. Darüber hinaus leben wir in alternden Gesellschaften, die Zahlen für Depression und Demenz steigen an. Die Summe dieser Aspekte hat den Fokus verstärkt auf psychische Erkrankungen gelenkt.

„Alle Länder müssen ihre Investitionen in die psychische Gesundheit intensivieren.“

Shekhar Saxena

Falkai: Wir brauchen die WHO, um dieses Thema auf der internationalen Ebene voranzutreiben, aber wir brauchen auch Menschen wie Sie, die als Psychiater die Bedeutung psychischer Erkrankungen betonen. Der *Mental Health Action Plan* fokussiert dabei die gemeindenahe Versorgung. Warum ist dieser Ansatz so zentral?

Saxena: Die Grundfrage des Aktionsplans ist: Wie können wir jeden einzelnen Menschen, der aufgrund psychischer Beschwerden Hilfe benötigt, zeitnah versorgen? Wie lassen sich die heutigen und künftigen Ressourcen in der besten Art und Weise nutzen? Wir denken, dass die Antworten auf diese Fragen in der wohnortnahen Versorgung liegen, bei der die Versorgung psychischer Erkrankungen in das Gesundheitssystem eingebettet ist. Im Gegensatz dazu haben

viele Länder über lange Zeit getrennte Systeme entwickelt. Darüber hinaus sollte eine evidenzbasierte Versorgung angeboten werden, die für eine bestimmte Person zu einem bestimmten Zeitpunkt angemessen ist – in der Regel innerhalb der Gemeindestrukturen und nicht automatisch in einem psychiatrischen Krankenhaus. Sehr wichtig ist für die WHO dabei das Thema Menschenrechte, da diese bei Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihren Angehörigen bisher nicht immer geachtet worden sind, in vielen Fällen sogar verletzt wurden, z. B. bei langen, unfreiwilligen Krankenhausaufenthalten. Um die Versorgung in den Gemeinden zu verankern, müssen die Stakeholder eng zusammenarbeiten – dies macht den integrativen Ansatz des *Mental Health Action Plans* aus. Wir glauben, dass in diesem Plan Psychiater eine entscheidende Rolle spielen.

Falkai: Ich denke, dass ein großes Hindernis in der Umsetzung des Systems der wohnortnahen Gesundheitsversorgung darin besteht, dass der Abbau stationärer Kapazitäten oft eine Kürzung der Ressourcen aus dem Gesundheitssystem bedeutet. Innovative Ansätze der psychiatrischen Krankenhäuser sollten belohnt und nicht durch die Versicherungen sanktioniert werden.

Saxena: Unsere Daten weisen darauf hin, dass die Höhe der Investitionen in die psychische Gesundheit selbst in wohlhabenden Ländern viel geringer ist, als notwendig wäre. Was folgt daraus? Alle Länder müssen ihre Investitionen in die psychische Gesundheit intensivieren, auch die wohlhabenden. Gleichzeitig müssen diese Investitionen auf die beste und kosteneffektivste Art genutzt werden. Hier kommen also die humanitären und die wirtschaftlichen



Peter Falkai



Shekhar Saxena

Argumente zusammen. Die Finanzierungssysteme müssen sich so entwickeln, dass es das Ziel der Versorgung ist, die Lebensqualität der Menschen zu verbessern und nicht die intensivste Behandlung bei jedem Anlass einzusetzen. Es gibt Phasen im Verlauf von Krankheiten, bei denen es notwendig ist, dass eine Person sich für kurze Zeit in stationäre Behandlung begibt, was natürlich teuer ist. Aber die meiste Zeit brauchen Menschen Zeit zu Hause mit ihren Familien, wo sie ebenfalls die beste Behandlung erhalten sollten, aber zu viel geringeren Kosten. Die Vergütung sollte sich am Ergebnis und nicht an den angewandten Behandlungsmethoden orientieren.

„Wir brauchen Psychiater, die die Bedeutung psychischer Erkrankungen betonen.“

Peter Falkai

Falkai: Wenden wir uns einem anderen Thema zu: Suizidalität. Laut WHO liegen 6 der 20 Länder mit den höchsten Suizidraten in Europa. Wie erklären Sie sich das? Wie kann diesem Problem begegnet werden? Ist Suizidalität ein globales oder eher ein regionales Problem?

Saxena: Suizide sind ein großes Problem der öffentlichen Gesundheit, weshalb sie für die WHO einen wichtigen Stellenwert in der Agenda einnehmen. 800.000 Menschen sterben jedes Jahr durch Suizid, was einem Fall in 40 Sekunden entspricht. Suizid ist eine häufigere Todesursache als Konflikte, Kriege und Naturkatastrophen zusammen. Große Sorgen bereitet der WHO dabei die steigende Suizidrate bei jungen Menschen, der Kampf gegen diese Entwicklung ist ein großes Anliegen für uns. Viele europäische Länder weisen hohe Raten auf, viel höher als der Weltdurchschnitt. Warum das so ist und warum sich die Suizidraten über die Zeit verändern, wissen wir allerdings nicht genau. Doch zum Glück wissen wir, was hilft: Für viele Länder gibt es recht einfache Lösungsansätze, um Suizide zu verhindern. In weiten Teilen der Welt werden diese durch das Schlucken von Pestiziden herbeigeführt; in anderen Teilen werden vor

allem Schusswaffen eingesetzt. Den Zugang zu den Mitteln zu erschweren, ist ein effektiver Ansatz. Darüber hinaus ist der unkomplizierte und rasche Zugang zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung wichtig. Denn ein großer Teil der Menschen, die durch Suizid sterben, leiden an einer psychischen Erkrankung. Frühe Identifizierung und Behandlung psychischer Erkrankungen – vor allem depressiver, psychotischer und suchtbezogener – können daher sehr nützlich sein. Auch die rasche Hilfe ist ein wichtiger Punkt. Viele Suizide lassen sich verhindern, wenn der Impuls zur Ausführung für einige Stunden oder Tage unterbunden wird. Wir wissen auch, dass Menschen nach einem versuchten Suizid ein höheres Risiko für einen weiteren Versuch aufweisen. Daher muss die Behandlung schon in der Notaufnahme beginnen und von dort an in Begleitung erfolgen.

Falkai: Neben der Selbstgefährdung ist auch die Gewalt gegen andere ein wichtiges Thema. Menschen, die an psychischen Erkrankungen leiden, werden immer öfter mit gewaltvollem Verhalten in der Öffentlichkeit in Verbindung gebracht. So sehen wir zum Beispiel, dass psychische Faktoren als Erklärung für Terrorismus und Massenmord herangezogen werden, wie im Fall des abgestürzten Germanwings-Flugzeuges 2015. Die mediale Berichterstattung legt teilweise nahe, dass Menschen, die unter psychischen Erkrankungen leiden, eine Bedrohung für die öffentliche Sicherheit darstellen. Was bedeutet dies für die Antistigma-Arbeit der WHO? Ist das auch außerhalb der westlichen Länder ein Thema?

Saxena: Stigmatisierungen und falsche Vorstellungen über die psychische Gesundheit sind in allen Ländern sehr verbreitet. In einigen Fällen nehmen sie die Gestalt übernatürlicher, magischer Phänomene an. In anderen können es falsche Informationen über die Verbindung zwischen psychischen Erkrankungen und Gewalt sein. Tatsache ist, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen viel öfter Opfer als Urheber von Gewalt sind, obwohl Medien oft etwas anderes suggerieren. Dies müssen wir aktiv bekämpfen, damit Menschen in ihrer Vorstellung psychische Erkrankungen nicht mit Gewalt verknüpfen. Auf der anderen Seite sehen wir, dass die Betroffenen sich manchmal selbst und dabei zum Teil auch andere gefährden. Hier muss die Gesellschaft Regelungen und Wege finden, dies zu verhindern. Wir wissen zudem, dass Gewalt von Menschen mit psychischen Erkrankungen auch dann ausgehen kann, wenn sie nicht behandelt werden. Daher ist das Grundlegende hier: Wir

müssen eine angemessene Behandlung in einer möglichst offenen Umgebung anbieten, damit Menschen weitgehend symptomfrei werden, ein normales Leben führen und etwas zur Gesellschaft beitragen können. Als Teil unseres Engagements nahm der Weltgesundheitstag dieses Jahr die Depression in den Fokus. Unsere Hauptaussage war: Lasst uns reden, damit wir die Mythen bekämpfen können, die sich um psychische Erkrankungen ranken.

Falkai: Ein angemessener Zugang zur Versorgung ist nicht nur in ärmeren Ländern ein Problem. Auch in wohlhabenden Ländern wie Deutschland ist die Versorgung in ländlichen Gegenden nicht im selben Ausmaß gegeben wie in Städten. Wie können wir Menschen besonders in dünn besiedelten Regionen erreichen? Eine recht neue Idee ist *E-Mental-Health*. Kann dies eine Lösung sein, um flexiblere und effiziente Versorgung zu gewährleisten?

Saxena: In vielen Ländern werden nur etwa zehn bis zwanzig Prozent der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen auch entsprechend versorgt. Dies ist eine sehr traurige Bilanz. Natürlich brauchen wir mehr Spezialisten. Wir brauchen mehr Psychiater und auch mehr Psychologen, mehr Pflegekräfte und Sozialarbeiter. Aber die Fachleute werden das Problem alleine nicht lösen können. Die Integration der Versorgung und die optimale Nutzung der *Manpower* ist das Stichwort hier. *E-Mental-Health* hat ein großes Potenzial, um Menschen zu versorgen, die momentan nicht versorgt werden. Aber es muss in guter Zusammenarbeit mit der *Face-to-Face*-Behandlung erfolgen. Manche Menschen bevorzugen eine Behandlung in einem elektronischen, nicht personenbezogenen und mobilen Rahmen. Auch lassen sich einige psychische Erkrankungen gut aus der Distanz mit mobilen, elektronischen oder telemedizinischen Mitteln behandeln, die in vielen Ländern bereits weit verbreitet sind. Davon können insbesondere Menschen profitieren, die wahrscheinlich keine herkömmliche Behandlung in Anspruch nehmen würden. Es besteht also ein großer Spielraum dafür, die Versorgung mithilfe mobiler elektronischer und telepsychiatrischer Mittel auszubauen – integriert in das gesamte Versorgungssystem. Das Ziel ist es, angemessene, also evidenzbasierte Versorgung anzubieten, die der jeweiligen Person in der angemessenen Phase des Krankheitsverlaufs zukommt. Daher ist es schwierig zu sagen, ob elektronische Mittel all dies gewährleisten können. Aber sie können sicherlich auf eine kostengünstige Weise die Anstrengungen der Fachleute darin unterstützen, eine bessere Behandlung anzubieten.



Peter Falkai

ist Professor und Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Er forscht auf den Gebieten der Neurobiologie und Behandlung psychotischer Störungen, insbesondere der Schizophrenie. Seit 2013 ist er Sektionsvorstand des *Council of National Societies (NPAs)* der *European Psychiatric Association (EPA)*. Von 2011 bis 2012 war er Präsident der DGPPN. In diesem Jahr ist er einer der lokalen Repräsentanten des Weltkongresses der Psychiatrie in Berlin.

Shekhar Saxena

ist Direktor der Abteilung *Mental Health and Substance Abuse (MSD)* in der Zentrale der WHO und Leiter des *Mental Health Innovation Network*. Als Psychiater und Mitautor des *Weltgesundheitsberichts 2001* und der *Lancet-Studien* zur globalen psychischen Gesundheit engagiert er sich seit über 30 Jahren für den Ausbau der psychiatrischen Versorgung in Entwicklungs- und Schwellenländern. Zurzeit verantwortet er unter anderem die Umsetzung des *Mental Health Action Plan 2013–2020* der WHO.

Weltkongress der Psychiatrie 2017

Keynote Lecture | Dinesh Bhugra:
Social discrimination and social justice for people with mental illness
09.10.2017 | 11:45 bis 12:45 Uhr

Keynote Lecture | Martin Bohus:
Cross-cultural values, social identity and resilience: how to cope with mental challenges of migration
11.10.2017 | 11:45 bis 12:45 Uhr

DIE WELT KOMMT NACH BERLIN



Jetzt anmelden und Kurse sichern
www.wpaberlin2017.com

5 Tage, 900 Einzelveranstaltungen, 130 Nationen

In diesem Herbst steht Berlin ganz im Zeichen der psychischen Gesundheit. Die *World Psychiatric Association* WPA lädt in Kooperation mit der DGPPN zum Weltkongress der Psychiatrie und Psychotherapie nach Deutschland ein. Auf dem Programm stehen brandaktuelle Themen aus Forschung, Versorgung, Politik und Gesellschaft.

Ein Ereignis der Superlative

Noch nie fand in Deutschland ein größerer Kongress auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde statt. Hochkarätige Experten aus der ganzen Welt haben sich angekündigt, das wissenschaftliche Programm bietet einen umfassenden Überblick über die aktuellen Entwicklungen – mit praxisnahen Erkenntnissen für die Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation. Thematische Schwerpunkte bilden zum Beispiel die Komorbidität von psychischen und körperlichen Erkrankungen, die Prävention und Gesundheitsförderung oder die Psychopathologie – insbesondere mit Blick auf neue Krankheitsbilder und deren Klassifikation.

Darüber hinaus rückt der Weltkongress auch gesundheitspolitische, gesellschaftliche und kulturelle Themen in den Vordergrund. Die Stichwörter sind hier soziale Gerechtigkeit, Teilhabe und Menschenrechte. Der Fachaustausch findet dabei nicht nur auf Ebene der Experten statt, sondern bezieht auch Betroffene und Angehörige mit ein. Zahlreiche Veranstaltungen sind dialogisch aufgebaut und wurden gemeinsam mit Betroffenen- und Angehörigenverbänden konzipiert. Das wissenschaftliche Programm beinhaltet neue und bewährte Formate, einen umfangreichen deutschsprachigen Schwerpunkt und attraktive Nachwuchsveranstaltungen. Zusätzlich wird ein vielfältiges Rahmenprogramm geboten. WPA und DGPPN erwarten rund 10.000 Teilnehmer in Berlin.

Wissensvorsprung ausbauen

Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen entwickeln sich ständig weiter. Mit der CME-zertifizierten Akademie für Fort- und Weiterbildung mit über 50 *Courses* bietet der Weltkongress 2017 die Gelegen-

heit, die eigenen Fachkenntnisse auf den neuesten Stand zu bringen. Die deutsch- und englischsprachigen *Courses* dauern jeweils vier Stunden und vermitteln Wissen und praxisrelevante Fertigkeiten auf Basis neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse. Sie finden in kleinen Gruppen mit maximal 30 Teilnehmern statt. Das *Educational Programme* umfasst neben den praxisnahen Kursen auch die beliebten *State-of-the-Art-Symposien*. Entdecken Sie jetzt die *Courses* auf dem englischen Kongressportal und sichern Sie sich Ihre Wunschkurse.

Kunst und Psyche

Kaum ein Themengebiet ist so facettenreich wie die menschliche Psyche. Kein Wunder, dass daraus vielfältige Kunstwerke entstehen, die in Form von Filmen, Ausstellungen, Lesungen und musikalischen Darbietungen ein fester Bestandteil des Kongressprogramms sind. So zeigen beeindruckende Fotoausstellungen unter anderem verlassene psychiatrische Kliniken in Italien oder porträtieren Äthiopier mit psychischen Erkrankungen. Auch das Thema Psychiatrie im Nationalsozialismus wird im Rahmen verschiedener Programmelemente breit aufgegriffen. Neben „erfasst, verfolgt, vernichtet“, der Wanderausstellung der DGPPN, wird es beispielsweise auch eine Ausstellung sowie einen Dokumentarfilm zu Leben und Werk von Dorothea Buck geben.

Auf einen Blick

- DGPPN meets WPA: zwei Kongresse in einem
- Internationales Spitzentreffen
- Breites thematisches Spektrum
- Renommierte Keynote Speaker
- Deutschsprachiger Programmschwerpunkt
- Zertifiziertes Fort- und Weiterbildungsangebot
- Spezialtarif für DGPPN-Mitglieder

LOKAL, GLOBAL

Psychische Erkrankungen stellen länderübergreifend eine der größten Aufgaben für die Gesellschaft dar. Um sie zu bewältigen, muss die internationale Gemeinschaft eng zusammenarbeiten. Auf dem Weltkongress stehen deshalb neue Ansätze aus Wissenschaft und Versorgung im Vordergrund.

Global betrachtet gibt es durchschnittlich **6,5** psychiatrische Betten pro **100.000** Einwohner.

Daten und Fakten zur psychischen Gesundheit

Die WPA vertritt über
225.000
Psychiater.

Global gesehen sind nur

2,8%
aller Ärzte

Psychiater.

Unverhältnismäßig:
Sambia zählt

15 Millionen

Einwohner,

*hat aber nur eine einzige
psychiatrische Klinik.*

Volkskrankheit:
Weltweit leiden über

300.000.000

Menschen an einer Depression.

Teure Bilanz:
Die Kosten für psychische
Erkrankungen betragen
global rund

2,5 Billionen
US-Dollar

jedes Jahr.

Unausgeglichen:

Hochgerechnet auf die

Bevölkerung gibt es in Indien

100 Mal weniger

Psychiater als in Norwegen.

Im Abseits:

Weltweit erhalten die
Hälfte aller Schizophrenie-
Patienten keine angemessene
Therapie.

90%

davon leben in Entwicklungs-
und Schwellenländern.

47 Millionen
Menschen auf der Welt sind
von Demenz betroffen,
das entspricht der Einwohnerzahl von Spanien.

Besorgniserregend:

3,3 Millionen

Menschen sterben jedes Jahr
aufgrund von Alkoholmiss-
brauch oder -abhängigkeit.

Trauriger Spitzenreiter:

Mit **34,6**

Todesfällen pro
100.000 Einwohner
hat Sri Lanka die
höchste Suizidrate
der Welt.

HIGHLIGHTS AUS DEM PROGRAMM

Die vielfältigen Veranstaltungsformate greifen alle Facetten der Psychiatrie und Psychotherapie auf.

Montag, 09.10.2017

Symposium

Limbic encephalitis and immunological encephalopathy: a revolutionary concept?

Ludger Tebartz van Elst (Freiburg im Breisgau), Josef Priller (Berlin), Josep Dalmau (Spanien), Angela Vincent (Großbritannien)

10:00 bis 11:30 Uhr

Symposium

Schnittstellenprobleme in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung

Christa Roth-Sackenheim (Andernach), Gundolf Berg (Mainz), Sabine Köhler (Jena), Angelika Haun (Oldenburg)

11:45 bis 13:15 Uhr

Symposium

Mental health in urban environments: when are cities good for us?

Mazda Adli (Berlin), Sabine Kleinert (Großbritannien), Richard Sennett (USA), Andreas Meyer-Lindenberg (Mannheim), Mark Stevenson (Australien)

15:15 bis 16:45 Uhr

Dienstag, 10.10.2017

Pro-Con-Debatte

Macht die Digitalisierung Ärzte und Therapeuten überflüssig?

Iris Hauth (Berlin), Christine Knaevelsrud (Berlin),
Proponent: Martin Bohus (Mannheim),
Opponent: Harald J. Freyberger (Stralsund)

10:00 bis 11:30 Uhr

Symposium

International perspectives on psychopathic disorders

Alan Felthous (USA), Henning Saß (Aachen), Thomas Stompe (Österreich), Hans Schanda (Österreich), Albert Drukteinis (USA), Jürgen L. Müller (Göttingen)

10:00 bis 11:30 Uhr

Keynote Lecture

The shared risk factors for homicides, suicides and mental health disorders in large urban population

Jair de Jesus Mari (Brasilien)

13:30 bis 14:30 Uhr

Mittwoch, 11.10.2017

Symposium

Mentalization-based treatment(s): foundations and applications

Kai Vogeley (Köln), Ulrich Schultz-Venrath (Bergisch Gladbach), Tobias Nolte (Großbritannien), Peter Fonagy (Großbritannien), Katharina Krämer (Köln)

08:15 bis 09:45 Uhr

Symposium

Die Psychiatrie und das Fremde – kulturwissenschaftliche Perspektiven

Henning Saß (Aachen), Matthias Bormuth (Oldenburg), Thomas Fuchs (Heidelberg), Andreas Heinz (Berlin), Paul Hoff (Schweiz)

08:15 bis 09:45 Uhr

Symposium

Insomnie – was gibt es Neues?

Thomas C. Wetter (Regensburg), Thomas Pollmächer (Ingolstadt), Christoph Nissen (Schweiz), Stefan Cohrs, (Rostock), Christine Norra (Paderborn)

10:00 bis 11:30 Uhr

Donnerstag, 12.10.2017

Symposium

Berufliche Teilhabe in Deutschland: innovative Modelle und Herausforderungen

Katarina Stengler (Leipzig), Thomas Becker (Günzburg), Holger Hoffmann (Schweiz), Phillipp Görtz (Hagen), Dorothea Jäckel (Berlin), Paulo Kling-Lorenco (Günzburg)

08:15 bis 09:45 Uhr

Symposium

New developments in the treatment of eating disorders over the life span

Beate Herpertz-Dahlmann (Aachen), Ulrike Schmidt (Großbritannien), Fernando Fernández-Aranda (Spanien), Martina de Zwaan (Hannover)

10:00 bis 11:30 Uhr

Keynote Lecture

Irre – wir behandeln die Falschen: Unser Problem sind die Normalen

Manfred Lütz (Köln)

11:45 bis 13:15 Uhr

Jetzt das
gesamte Programm
entdecken:
[www.wpaberlin
2017.com](http://www.wpaberlin2017.com)

GEBALLTES WISSEN

Zum Weltkongress haben sich hochkarätige Keynote Speaker aus der ganzen Welt angekündigt.



Dinesh Bhugra
London (Großbritannien)



Ursula Staudinger
New York (USA)



Peter Lehmann
Berlin



Michael Meaney
Montreal (Kanada)



Michaela Amering
Wien (Österreich)



Norbert Nedopil
München



Andreas Kruse
Heidelberg



Miia Männikkö
Helsinki (Finnland)

Fundstücke

Im Buchstaben-Wirrwarr
nebenan sind 16 Begriffe rund
um den Weltkongress versteckt.
Wer findet sie alle?

D	J	K	J	E	F	S	Q	B	I	R	W	G	D	H	A	C	B	C	I	Z	T	A	H
F	B	U	M	N	K	R	R	Q	C	P	X	D	T	M	E	E	I	R	X	F	Q	R	M
Y	J	P	R	X	B	G	Q	M	J	F	X	S	Z	Y	W	S	L	H	O	N	U	M	X
Z	M	R	C	Y	X	L	D	J	P	K	Y	L	F	V	Y	Y	D	E	R	P	C	N	P
Y	P	Q	V	V	I	R	Q	G	Y	G	W	K	O	X	K	M	G	W	E	Y	G	P	R
I	I	G	U	D	O	W	U	B	Y	W	I	I	R	T	P	P	E	T	C	U	R	E	A
W	O	I	J	U	F	O	R	E	N	S	I	K	T	I	S	O	B	J	O	V	E	I	E
R	C	K	U	F	V	X	R	F	H	N	B	I	B	I	Y	S	U	V	V	M	C	J	V
K	K	A	C	J	N	L	L	K	I	T	J	K	I	F	C	I	N	N	E	E	S	F	E
D	N	R	Q	B	B	Q	G	B	R	I	W	S	L	F	H	U	G	S	R	N	Z	I	N
S	O	C	T	H	E	V	L	T	S	J	Q	H	D	B	O	M	B	Y	Y	S	W	Z	T
C	P	D	J	R	N	H	O	G	C	M	M	H	U	G	P	S	K	F	W	C	M	N	I
M	J	G	T	G	E	B	B	D	H	D	C	O	N	B	A	H	N	F	C	H	H	P	O
J	U	I	H	W	D	S	A	E	H	K	S	X	G	F	T	L	E	H	J	E	V	X	N
Y	G	C	X	E	E	M	L	K	A	Q	X	K	R	K	H	X	P	T	F	N	U	Z	O
S	H	K	O	T	T	J	E	V	U	O	Y	M	D	Q	O	J	L	H	S	R	T	D	D
T	T	N	M	H	T	W	N	F	S	V	A	T	X	T	L	E	F	I	O	E	H	U	M
N	R	X	H	I	I	P	V	I	E	B	F	G	G	E	O	D	J	W	I	C	T	G	P
C	E	E	N	K	J	A	Y	F	N	K	E	T	L	H	G	S	N	H	T	H	M	V	W
Q	M	P	H	K	F	G	Z	L	H	Q	L	P	S	W	I	K	P	H	T	T	W	Q	K
X	G	U	G	K	X	R	K	N	W	I	P	G	B	Z	E	O	N	R	D	E	V	R	E
Z	L	H	F	J	I	S	E	P	I	G	E	N	E	T	I	K	I	T	H	M	W	D	T
E	M	U	E	S	D	P	G	C	V	K	B	O	I	K	O	G	N	I	T	I	O	N	G
X	P	C	B	E	R	L	I	N	R	Y	C	M	W	V	N	S	Q	D	Y	F	Q	V	G

Je früher, desto besser

Im Kampf gegen Essstörungen ist Zeit ein entscheidender Faktor. Hat sich die Krankheit erst einmal festgesetzt, so wird es immer schwieriger sie loszuwerden. Warum das so ist und welche neuen Therapieansätze es gibt, erklärt Psychiatrieforscherin Ulrike Schmidt im Interview.



Paleo, Low-Carb oder Veganismus: Essen ist zu einem sozialen Hype geworden. Was halten Sie davon?

Die Entwicklung, immer neue und exotischere Diäten zu erfinden, steht sicherlich auch im Zusammenhang mit dem Überangebot an höchst kalorienreichen Nahrungsmitteln, mit dem wir heute konfrontiert sind. Gleichzeitig will uns die dauerpräsenzte Werbung dazu verführen, mehr zu essen als eigentlich gut ist. Salopp gesagt: Druck erzeugt Gegen- druck – und natürlich spielen auf beiden Seiten auch kommerzielle Interessen eine Rolle.

Können diese Trends auch krank machen?

Extreme und rigide Diäten sind eindeutig ein Risikofaktor für die Entwicklung von Essstörungen, besonders für Bulimie. Dabei gibt es eine erstaunliche Entwicklung: Früher war Abnehmen hauptsächlich mit dem Wunsch verbunden, schlanker zu werden. Heute sagen uns viele unserer Patienten, dass sie eine Diät angefangen haben, weil sie sich besonders gesund ernähren möchten – dabei ist das, was sie zu sich nehmen, geradezu eine Karikatur gesunder Ernährung.

Gibt es heute mehr Patienten als früher?

Ja, in der Tat. Die Verbreitung von Essstörungen nimmt weiterhin zu. Bei den klassischen Krankheitsbildern wie Anorexia nervosa ist die Anzahl der neu auftretenden Fälle relativ stabil, doch die Betroffenen sind zunehmend jünger. In Bezug auf Bulimie zeigt sich ein leichter Abwärtstrend. Was allerdings deutlich zunimmt, ist die *Binge-Eating*-Störung und alle Essstörungen, die im Zusammenhang mit Adipositas auftreten. Gleichzeitig ist die Bevölkerung heute viel besser informiert und die Hemmschwelle, sich professionelle Hilfe zu suchen, deutlich tiefer.

Wer ist besonders gefährdet?

Adoleszente Mädchen und junge Frauen, besonders diejenigen mit perfektionistischen, zwanghaften oder ängstlichen Persönlichkeitszügen, sind nach wie vor die größte Risikogruppe. Doch wir behandeln auch immer mehr Jungen und junge Männer. Hinzu kommen Frauen im mittleren Alter, die eine perimenopausale Essstörung entwickeln. Darüber hinaus sind junge Leute, die in körperorientierten Branchen wie Tanz, Mode, Schauspiel oder Leistungssport arbeiten, eher gefährdet als die Durchschnittsbevölkerung.

Welche Rolle spielen der familiäre, der soziale und der kulturelle Hintergrund?

Wie viele andere psychische Erkrankungen sind Essstörungen multifaktoriell bedingt: Sie werden durch eine Interaktion von genetischen, individuellen, familiären und gesellschaftlich-kulturellen Faktoren ausgelöst und aufrechterhalten. Spezifisch für die Essstörungen prädisponieren allerdings Faktoren wie familiäre Kritik am Gewicht und ein Familienklima, das das Schlanksein als Wert vermittelt. Eine wichtige Rolle spielen auch soziokulturelle Faktoren, etwa Freundeskreise, die viel Wert auf Schlanksein legen. Schlüsselfaktoren sind zudem auch Medien und die sozialen Netzwerke.

Warum ist eine schnelle und frühzeitige Behandlung so wichtig?

Aus einer ganzen Reihe von Gründen: Essstörungen treten meist bei Jugendlichen oder jungen Erwachsenen auf, also mitten in einer Entwicklungsphase, die für die gesamte Weichenstellung im Leben eines Menschen äußerst wichtig ist. Sie können daher sowohl die Persönlichkeits- wie auch die psychosoziale Entwicklung stark beeinträchtigen. Zudem weisen neue Forschungsdaten darauf hin, dass der Behandlungserfolg bei Essstörungen, die weniger als drei Jahre bestehen, wesentlich größer ist als bei länger andauernden. Dies könnte daran liegen, dass die Krankheit die Hirnentwicklung beeinflusst. Neuere neurobiologische Studien stützen die These, dass eher eine Neuroadaption stattfindet, je länger das Gehirn den Symptomen einer Essstörung ausgesetzt ist. Dies macht es schwieriger, aus der Essstörung wieder herauszukommen – die Symptome entwickeln sich mit der Zeit zu festen Gewohnheiten, die die Betroffenen ganz schwer wieder ablegen können. Je früher also die Therapie einsetzt, desto besser.

Wie haben Sie es geschafft, die Patienten schneller zu behandeln?

Wir haben uns an den Entwicklungen in der Behandlung von Psychosen orientiert. Dort gibt es bereits seit 20 Jahren Modelle für Frühintervention. Darauf aufbauend haben wir ein spezifisch auf Essstörungen ausgerichtetes Konzept entwickelt. Dieses zielt darauf ab, Wartelisten abzubauen und die Behandlung bei den jungen Patienten so schnell wie möglich – und auf ihre Bedürfnisse abgestimmt – einzuleiten.

Was ist heute der *State of the Art* in der Behandlung?

Nach wie vor die psychotherapeutischen Verfahren – und zwar bei allen Essstörungen. Im Vordergrund stehen vor allem ambulante Behandlungsansätze. Für schwere Krankheitsbilder sind stationäre und teilstationäre Behandlungen zu empfehlen. Kinder und Jugendliche profitieren am meisten von Settings, die auch die Familie einbeziehen. Bei Erwachsenen mit Bulimie oder einer *Binge-Eating*-Störung erweisen sich kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren als wirksam. Für anorektische Patienten stehen eine Reihe von effektiven, individuellen psychotherapeutischen Verfahren zur Verfügung. Allerdings stellt in den meisten Gesundheitssystemen der Zugang zu evidenzbasierten Behandlungsverfahren weiterhin ein großes Problem dar. Hier wächst die Bedeutung von internetbasierten Behandlungsmodellen.

Welche neuen Ansätze gibt es in der Therapie?

Zum einen die kognitive Remediationstherapie: Diese hilft Patienten dabei, flexibler zu denken und sich nicht

in Details zu verlieren. Zu den neueren Ansätzen gehören auch Neurofeedback oder die nicht-invasive Hirnstimulation, etwa die repetitive transkranielle magnetische Stimulation. Damit versuchen wir bei den Patienten die Neuroplastizität zu verbessern, also neues Lernen zu ermöglichen. Relativ neu ist auch das *Cognitive or Attentional Bias Modification Training*, das darauf abzielt, die Aufmerksamkeit der Patienten von bestimmten krankheitsrelevanten Stimuli abzulenken.

Welches Potenzial bietet die tiefe Hirnstimulation?

Es gibt mittlerweile mehrere Einzelfallstudien und Serien von klinischen Fällen, in denen chronische Anorexia nervosa mit tiefer Hirnstimulation erfolgreich behandelt worden sind. Bisher ist allerdings noch unklar, welche Hirnareale die optimalen Stimulationsziele sind, für welche Patienten diese Art der Behandlung indiziert oder kontraindiziert ist und wie die Langzeitergebnisse aussehen. Es gibt zum jetzigen Zeitpunkt auch noch keine randomisierten Studien dazu.



Ulrike Schmidt

ist Psychiaterin und forscht am Londoner *King's College* zu Essstörungen. Sie hat über 350 wissenschaftliche Artikel und Bücher veröffentlicht und ein renommiertes Forschungsnetzwerk aufgebaut.

Weltkongress der Psychiatrie 2017

Keynote Lecture | Ulrike Schmidt:
Frühintervention bei Essstörungen
11.10.2017 | 11:45 bis 12:45 Uhr

State-of-the-Art-Symposium | Essstörungen
10.10.2017 | 13:30 bis 15:00 Uhr

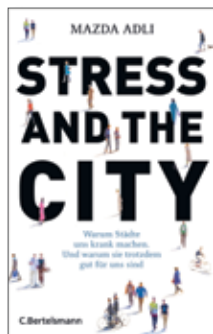
LESESEITEN

Die vielen Seiten der Psychiatrie

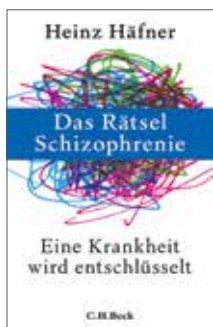
Wenn die Tage kürzer werden, bleibt mehr Zeit für gute Bücher! *Psyche im Fokus* hat vier Tipps für lange Herbstabende zusammengestellt.



1



2



3



4

1 Die Realität hat viele Facetten

Psychiatrisches Handeln zielt auf das Wohl des psychisch Kranken, birgt jedoch auch das Risiko unerwünschter Wirkungen. Diese „Doppelgesichtigkeit“ der Psychiatrie kommt etwa darin zum Ausdruck, dass Nutzen und Risiken vom Arzt oft anders beurteilt werden, als sie der Kranke erlebt. Hanfried Helmchen begibt sich in seinem neuen Werk auf die Suche nach Lösungen für dieses gelegentlich als unlösbar antagonistisch beschriebene Spannungsverhältnis.

Hanfried Helmchen: Das Janusgesicht der Psychiatrie. Nutzen und Risiken psychiatrischen Handelns. Kohlhammer, 2017.

3 Den Dämonen im Kopf auf der Spur

Keine andere psychische Erkrankung ist mit so vielen Vorurteilen behaftet wie die Schizophrenie: Heinz Häfners bedeutende Monographie wurde völlig überarbeitet und gibt einen umfassenden Überblick über die Erscheinungsformen, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten – und nimmt der Krankheit den Ruf des Unheimlichen. Das Standardwerk ist heute eine unverzichtbare Informationsquelle für Ärzte und Therapeuten, aber auch für Betroffene und Angehörige.

Heinz Häfner: Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt. 4., völlig neu überarbeitete Auflage, C.H.Beck, 2017.

2 Machen Städte unsere Psyche krank?

2050 werden rund 70 Prozent der Weltbevölkerung in Städten leben. Die Metropolen verändern nicht nur das Gesicht der Erde, ihre kulturelle und gesellschaftliche Vielfalt bietet auch unzählige Möglichkeiten zur persönlichen Entfaltung. Gleichzeitig prägen aber auch Dichte, Lärm, Hektik und Anonymität den urbanen Alltag. Mazda Adli fragt, wie unser Gehirn auf die permanenten Reize reagiert. Urbanisierung, so sein Fazit, wird sich für unsere Gesundheit als mindestens so relevant erweisen wie der Klimawandel.

Mazda Adli: Stress and the City. Warum Städte uns krank machen. Und warum sie trotzdem gut für uns sind. C. Bertelsmann, 2017.

4 Behandlung mit Humor

Nach der Diagnose seines Therapeuten ist Tobi Katze beinahe erleichtert. Endlich hat er einen Namen für das Gefühl, dass irgendetwas nicht in Ordnung ist. Die meiste Zeit schließt er sich in seiner Wohnung ein, spricht lieber mit der schmutzigen Wäsche als mit seinen Freunden und pflanzt sich ein Dauergrinsen ins Gesicht, damit niemandem auffällt, wie er sich fühlt. Das alles ist furchtbar. Und dann auch wieder furchtbar komisch.

Tobi Katze: Morgen ist leider auch noch ein Tag. rororo, 2015.

So bitte nicht

Keine wahre Geschichte, aber trotzdem geht die TV-Serie *Tote Mädchen lügen nicht* unter die Haut: Sie thematisiert den Suizid einer Schülerin und ist aufgrund der drastischen Darstellungsweise höchst umstritten. DGKJP und DGPPN warnen in einer Stellungnahme vor den erheblichen Risiken.

Seit einigen Monaten ist die Serie *Tote Mädchen lügen nicht* des amerikanischen Streamingdienstes Netflix auch in Deutschland abrufbar. Sie behandelt in 13 fiktionalen Episoden die Ereignisse bis zu dem Suizid der Highschool-Schülerin Hannah Baker. Jede Episode steht für einen der vielen belastenden Gründe, die sie schließlich zur Entscheidung, sich das Leben zu nehmen, bewogen haben. Die Darstellung des Suizids selbst ist explizit und verstörend. Dabei wird er als letzter Ausweg dargestellt und romantisiert.

In einer gemeinsamen Stellungnahme üben die *Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* DGKJP und die DGPPN deutliche Kritik an der Serie: Psychotherapeuten, Schulsozialarbeiter und Lehrer berichten, dass die Serie ein großes Thema unter Kindern und Jugendlichen mit psychischen Erkrankungen in den sozialen Netzwerken darstellt. Mehr noch: Die Fachgesellschaften sehen sich mit Berichten von Suizidversuchen und vollendeten Suiziden Jugendlicher konfrontiert, die direkt mit dem Konsum der Serie in Verbindung stehen sollen. Sie raten deshalb psychisch labilen und vulnerablen jungen Menschen dringend vom Konsum der Serie ab und verweisen auf das psychosoziale Hilfesystem, das von Telefonseelsorge über psychoso-

ziale Krisendienste bis hin zu Ärzten und Psychotherapeuten reicht. Lehrern und Eltern wird empfohlen, proaktiv mit Jugendlichen über die Serie zu sprechen. Dabei sollten auch effektive Strategien zum Erkennen und zum Umgang mit Traumata, Depressionen und suizidalen Krisen aufgezeigt werden. Journalisten sollten bei ihren Berichten über die Serie die Richtlinien zur Medienberichterstattung bei Suiziden beachten und insbesondere auf bestehende Hilfsangebote aufmerksam machen.

Vermehrt Anfragen bei Google

Dass eine drastische mediale Darstellung oder Beschreibung von Suiziden das Risiko von Nachahmungstaten signifikant steigen lässt, ist in der Wissenschaft unumstritten. Experten sprechen vom sogenannten Werther-Effekt. Der Begriff geht auf eine Reihe von Selbsttötungen nach der Veröffentlichung von Goethes Werk *Die Leiden des jungen Werther* zurück.

Eine aktuelle Studie aus den USA bestätigt indes die Bedenken. John Ayers von der San Diego State University und Mitarbeiter haben Suchanfragen bei Google ausgewertet. Demnach waren in den Wochen nach der Veröffentlichung der Serie die Suchanfragen mit dem Begriff „Selbstmord“ um 19 Pro-

zent gestiegen, das entspricht nahezu 1,5 Millionen zusätzlichen Suchanfragen zu diesem Thema. Darunter fanden sich Anfragen wie „How to commit suicide“ (plus 26 Prozent) „Commit suicide“ (plus 18 Prozent) und „How to kill yourself“ (plus 9 Prozent), aber auch Anfragen zu Beratungsangeboten.

Weitere Kritik an Netflix

Auch der neue Netflix-Film *To the Bone* sorgt momentan für heftige Diskussionen. Die Produktion handelt von der 20-jährigen Ellen, die an einer Magersucht leidet und sich auf Haut und Knochen herunter hungert. Sie wird in teilweise erschütternden Bildern völlig abgemagert gezeigt. Da die Protagonistin gleichzeitig als beliebt, lustig und vorlaut charakterisiert wird, befürchten Kritiker einen Nachahm-effekt bei gefährdeten oder erkrankten Jugendlichen. Das angebliche Ziel des Senders, das Stigma von Essstörungen aufzubrechen, werde so konterkariert.

Weltkongress der Psychiatrie 2017

Film und Diskussion | Social Media and Suicide Prevention?

11.10.2017 | 11:45 bis 13:15 Uhr

Auf dem Prüfstand

Onlinepsychotherapie und E-Mental-Health sind in aller Munde, doch was steckt dahinter? Welche technischen Möglichkeiten gibt es? Und wie wirken diese Programme?

Am 12. Oktober 2017 – im Rahmen des Weltkongresses der Psychiatrie – sprechen renommierte Wissenschaftler über die Chancen und Risiken von E-Mental-Health und geben einen Überblick zur aktuellen Studienlage. Die Informationsveranstaltung richtet sich an Ärzte, Therapeuten und die interessierte Öffentlichkeit und vermittelt das notwendige Hintergrundwissen, um verschiedene Programme hinsichtlich ihrer Qualität einschätzen zu können. Psychiater und Psychologen berichten von ihren Erfahrungen mit internetgestützten Psychotherapien im Klinikalltag und stellen konkrete Anwendungen vor. Im Mittelpunkt stehen

sowohl begleitete als auch unbegleitete Onlineinterventionen. Dabei sprechen die Experten auch über die Bedeutung der virtuellen Realität für die Behandlung von psychischen Erkrankungen.

Das Highlight der Veranstaltung ist ein Start-up-Slam: Sechs innovative Unternehmen stellen im Fünf-Minutentakt ihre Ideen zur digitalen Unterstützung der Psychotherapie vor. Zum Schluss können alle vorgestellten E-Mental-Health-Programme vor Ort getestet sowie Fragen diskutiert werden. Die Veranstaltung findet im Rahmen des EU-Projektes „eMEN“ statt und wird von *Interreg North-West Europe* finan-

ziert. Die DGPPN und das *Aktionsbündnis Seelische Gesundheit* sind Projektpartner und verantworten gemeinsam mit dem LVR-Klinikum Düsseldorf die Organisation in Deutschland. eMEN hat sich zum Ziel gesetzt, internetbasierte Interventionen zu fördern und damit die Versorgung in Europa zu verbessern.

Wann & wo?

12.10.2017 | 13:00 bis 17:00 Uhr
Messe Berlin | Messedamm 22 | 14055 Berlin
Eingang: Halle 7 | Raum: New York 2
Eintritt frei | Anmeldung erforderlich auf www.dgppn.de > Schwerpunkte > E-Mental-Health

Spannende Talkrunde

Digital Detox – einfach mal abschalten!

Überall online, ständig auf Facebook, WhatsApp oder Instagram: Digitale Medien verbinden uns mit der ganzen Welt – doch die Dauerpräsenz kann ganz schön anstrengend sein und zur psychischen Erschöpfung führen. Ist „Digital Detox“ die Lösung gegen die Überreizung? Am Vorabend des Welttages der Seelischen Gesundheit laden die DGPPN und das *Aktionsbündnis Seelische Gesundheit* zu einer interaktiven Talkrunde nach Berlin ein – um gemeinsam mit renommierten Experten und dem Publikum über die spannende Frage zu sprechen.

Darüber reden wir:

- Nutzung von Internet & Co.: Wie viel ist okay?
- Was sind Risiken für die Gesundheit?
- Welche Folgen hat übermäßige Internetnutzung?
- Wie funktioniert „Digital Detox“ – die digitale Entgiftung?

Wann & wo?

09.10.2017 | 17:30 bis 20:00 Uhr
Maison de France | Ku'damm 211b
10719 Berlin

Eintritt
frei

Auf Safari mit **Generation PSY**

Im Herbst wird es exotisch, denn dann wird ein Nilpferd die neue Attraktion der Generation PSY. Die Nachwuchsinitiative der DGPPN geht mit einer neuen Kampagne an den Start. Dahinter steckt wie immer eine wichtige Botschaft.

Nein, im Hippocampus leben keine Nilpferde – und auch Seepferdchen planschen hier nicht, selbst wenn der lateinische Begriff dies vermuten lässt. Was erfahrene Psychiater natürlich bestens wissen, ist für die frischgebackenen Medizinstudierenden, die im Herbst an Deutschlands Universitäten starten, noch unbekanntes Territorium: Der Hippocampus ist eine zentrale Schaltstation im Gehirn, die in einer Tour ordnet und verarbeitet, sodass sich nichts ins Gehege kommt. Er spielt eine entscheidende Rolle beim Einspeichern neuer Gedächtnisinhalte und beim Verarbeiten von Emotionen und Sinesindrücken. Damit rückt er auch in den Fokus der Psychiatrieforscher, die nach Therapien gegen Demenzen, Schizophrenie und andere psychische Erkrankungen suchen und die Funktionsweise der Hippocampi noch besser verstehen wollen.

Hier setzt die neue Kampagne der Generation PSY an. Sie rückt die Gehirnstruktur in den Fokus, erklärt wie sie aufgebaut ist und welche Funktionen und Aufgaben sie übernimmt. Die Botschaft ist klar: Die Psychiatrie ist unter den medizinischen Fächern zugleich eine der spannendsten Forschungsdisziplinen. Die moderne Wissenschaft spürt die Ursachen psychischer Erkrankungen bis ins kleinste Molekül im Hirn auf. Dafür hat sie faszinierende Tools: zum Beispiel Hochleistungsrechner, die einzelne Nervenzellen, Netzwerke oder ganze Hirnabschnitte simulieren, oder die Positronen-Emissions-Tomografie, mit der sich markierte Moleküle im Körper verfolgen und neurochemische Veränderungen von Erkrankungen beobachten lassen.

Die Kampagne nimmt den Nachwuchs mit auf eine spannende Ex-

kursion durch die Forschungsfelder. Auf www.generation-psy.de erklärt Psychiatrieforscher Andreas Meyer-Lindenberg im Interview, wohin sich Psychiatrie und Psychotherapie in Zukunft bewegen. Marc Augustin von der Generation PSY gibt Tipps, wie man als junger Psychiater den Zugang zu Wissenschaft und Forschung findet und zeigt Wege für die Karriere auf. Die neue Kampagne geht im Oktober online, ab dann erstrahlt das Kampagnenmotiv auch als Poster von Uni- und Klinikwänden und liegt als Postkarte zum Mitnehmen auf.

Für den German Design Award nominiert

Mit Generation PSY hat die DGPPN 2016 eine neue Nachwuchsinitiative ins Leben gerufen: Sie hat sich zum Ziel gesetzt, junge Menschen für den Psychiaterberuf zu begeistern und

Im Hippocampus leben keine Nilpferde.

Generation PSY

Unsere Gesellschaft braucht junge Psychiater.
Wir brauchen dich: generation-psy.de

Die Nachwuchsinitiative der DGPPN

gleichzeitig mit Klischees und Vorurteilen aufzuräumen. Die Initiative ist bunt, laut und plakativ und begegnet der Zielgruppe auf allen Kanälen – im Internet, auf Facebook, in Blogs, auf Uniportalen und direkt vor Ort in den Kliniken. Das Herz der Kampagne ist das Internetportal generation-psy.de. Dort finden sich nützliche Informationen rund um den Beruf, überraschende Storys, die erst auf dem zweiten Blick etwas mit dem Fachgebiet zu tun haben, und nützliche Angebote für das Studium und die Facharztweiterbildung.

Nun wird der Nachwuchsinitiative eine große Ehre zuteil: Der Rat für Formgebung hat die Generation PSY für einen der renommiertesten Branchenpreise in der Kommunikation nominiert: den German Design Award 2018. Im Oktober verkündet die Jury ihre Entscheidung – bis dahin heißt es: Daumen drücken!

Winter School 2018 – save the date

Die Summer School ist schon seit mehreren Jahren ein Erfolgsrezept – jetzt gibt es die Winter-Edition. Zusammen mit dem Isar-Amper-Klinikum München-Haar lädt Generation PSY zur ersten Winter School ein.

Wann: 24. bis 25. Januar 2018

Was: Forensik

Wo: Isar-Amper-Klinikum München-Haar

Infos und Anmeldung in Kürze auf www.generation-psy.de

Willkommen zur Psychiatrie-WM

Alle drei Jahre treffen sich die Top-Player der Psychiatrie und Psychotherapie zum ultimativen Spitzentreffen. In diesem Herbst bist du dabei.

Wann: 08. bis 12. Oktober 2017

Was: Weltkongress der Psychiatrie

Wo: Messe Berlin

Spannende Vorträge, konkrete Fälle, Wege in die Wissenschaft und alle Infos aus erster Hand – in Symposien, Meet-the-Expert-Runden, Lectures und Diskussionsforen kannst du die Experten live erleben und deine Fragen loswerden.

Alle Infos auf: www.wpaberlin2017.com

Blick über die Grenzen

Der 1971 in Deutschland einberufenen Kommission der Psychiatrie-Enquete gingen Impulse voraus, die vorwiegend aus den angelsächsischen Ländern kamen. Dort hatten bereits zwei Jahrzehnte zuvor sozialpsychiatrische Entwicklungen eingesetzt. Doch inwieweit haben sie die Reform in Deutschland vorbereitet?*

Die Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen wurde in der Bundesrepublik erst spät in der Öffentlichkeit thematisiert. Lange Zeit bestimmte die Verdrängung der NS-Verbrechen der Medizin den öffentlichen Diskurs, zahlreiche Beteiligte der „Euthanasie“ lebten im Verborgenen oder wurden im Verlauf wieder beruflich aktiv – es gab eine personelle Kontinuität, das Vertrauen in psychiatrische Einrichtungen war erschüttert. Die psychiatrische Versorgung selbst tendierte wie schon in den Vorkriegsjahren zu Verwahrung und Ausgrenzung.

Voraussetzungen für Reformen – internationale Vorbilder

Im westlichen Ausland, insbesondere in Großbritannien und den USA, waren die zum Teil unwürdigen Lebensbedingungen in psychiatrischen Einrichtungen allerdings schon in den 1940er und 1950er Jahren Gegenstand öffentlicher Diskussionen. 1955 befanden sich in den USA etwa

eine halbe Million Patienten in stationärer Behandlung. In Großbritannien wurde im Jahr 1954 mit einem Belegungsstand von 148.100 Patienten ein Höhepunkt erreicht. Die Unterbringung psychisch Kranker in chronisch überfüllten Großeinrichtungen wurde kritisiert und als unzumutbar diskutiert.

1970 untersuchten der Sozialpsychiater John Wing und der Psychiatriesoziologe George Brown die Zusammenhänge zwischen Institutionalisierung, Erkrankungsverlauf und einer aktiven, integrationsorientierten Behandlung in drei stationären Reformeinrichtungen des Landes [1]. Parallel dazu setzte ein Wandel im Hinblick auf psychisch Kranke ein. Der Begriff der „seelischen Gesundheit“ (*Mental Hygiene*), der auf Clifford Beers zurückgeht, wurde nun häufig verwendet. Ein Impulsgeber zur Reform der psychiatrischen Versorgung in England war der zuvor im Juni 1945 erschienene Bericht des Home Office *The Future Organisation of the Psychiatric Services* [2]. Dessen Hauptanliegen war die Gleichstellung der psychiatrischen mit der soma-

tischen Medizin. Verstärkt wurde die britische Reformbewegung durch die Erfahrungen in den Kriegsjahren. Unter unfreiwillig improvisierten Behandlungssituationen erfuhren die Beteiligten, dass psychiatrische Versorgung auch auf anderem Weg als durch Separierung der Kranken in Großanstalten möglich ist.



Der Psychiater Franco Basaglia war der führende Kopf der Reformbewegungen in Italien.

Italien als Vorreiter

Im Jahr 1960 – dem Weltjahr für seelische Gesundheit – erfuhr die Mental-Health-Bewegung eine starke Belebung und fand ihren Höhepunkt auf dem internationalen Mental-Health-Kongress 1961 in Paris. Die Bewegung konnte vor allem in den Vereinigten Staaten und in Europa, insbesondere in Großbritannien, aber auch in den Niederlanden und Belgien, in der Schweiz und in den skandinavischen Ländern, Fuß fassen. In den Staaten des Ostblocks fanden in Polen und in der CSSR Gründungen von Mental-Health-Gesellschaften statt. Auf großes Interesse stießen auch weitreichende Entlassungsprogramme in Italien. Im Jahr 1961 hatte der italienische Psychiater Franco Basaglia in Gorizia begonnen, ein Konzept der Reformpsychiatrie umzusetzen – mit dem langfristigen Ziel, die psychiatrischen Anstalten aufzulösen. Die Krankenhausschließungen in Italien wurden in der Folge der Umsetzung des „Gesetzes 180“ (1978) erreicht: In der Folge entstand ein Netz (regional unterschiedlich implementierter) gemeindepsychiatrischer Zentren und (sehr kleiner) psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern.

Dieser Prozess in Italien löste international ein Beben aus [3]. In der Bundesrepublik folgten dem italienischen Experiment in seiner Radikalität heftige Debatten. Auch die in

Frankreich in den 1960er Jahren eingeführte Sektorisierung der psychiatrischen Versorgung, das heißt die Einteilung nach Standardversorgungsgebieten, wurde rezipiert. Die Bettenabbauprogramme der späten 1950er sowie der 1960er Jahre in Italien, Großbritannien und den USA wurden auch durch Publikationen von Journalisten und Soziologen beeinflusst, die kritisch über Missstände und „skandalöse Verhältnisse“ in psychiatrischen Einrichtungen berichteten. Presseberichte und öffentliche Debatten beschäftigten auch in der Bundesrepublik Deutschland eine sensibilisierte Nachkriegsgesellschaft, was wiederum den Austausch mit dem Ausland stärkte.

Schon im Frühjahr 1949 hatten mit Walter von Baeyer und Werner Wagner zwei unbelastete deutsche Psychiater eine offizielle Einladung der US-amerikanischen Regierung zu einer dreimonatigen Forschungsreise in die Vereinigten Staaten erhalten – für von Baeyer ein „kräftige, vielleicht der kräftigste [...] Anstoß, seinen psychiatrischen Horizont zu erweitern“ [4]. Hier konnten die beiden Ärzte reformpsychiatrische Programme der US-amerikanischen psychiatrischen Großanstalten kennenlernen. Von Baeyer erinnerte sich später: „Die Eindrücke waren überwältigend. [...] Die Psychiatrie der Vereinigten Staaten trat uns in einer schon damals bestehenden, geradezu verwirrenden Vielfältigkeit entgegen, keineswegs nur organisatorisch höchst verschiedenartig, sondern auch in den geistigen Grundlagen differenziert. [...] Was verwirrend wirkte, war besonders die ungeheure, qualitative und quantitative Unterschiedlichkeit des psychiatrischen Betriebes, der zum Teil unter dem Niveau europäischer Anstalten lag, sich dafür an anderen Stellen zu ungeahnter Verfeinerung und Intensität erhob.“ [4]

Einflüsse auf die Reformpsychiatrie in der Bundesrepublik

Trotz eines zunehmenden Austauschs mit England und den USA dauerte es längere Zeit, bis die reformpsychiatrischen Konzepte in die Bundesrepublik überschwappten. So finden sich in den 1950er Jahren nur punktuell Impulse zur Erneuerung der westdeutschen psychiatrischen Krankenversorgung. 1956 forderte der deutsche Psychiater Jürg Zutt hinsichtlich der Modernisierung der psychiatrischen Betreuung, „nicht neue Anstalten zu schaffen oder die bestehenden zu vergrößern, sondern psychiatrischneurologische Krankenabteilungen [...] in allgemeinen Krankenhäusern zu errichten“ [5]. Einzelne junge Psychiater schlossen sich 1958 zu dem informellen *Rhein-Main-Klub* zusammen, darunter

Heinz Häfner, Caspar Kulenkampff, Karl Peter Kisker, Gregor Bosch, Werner Janzarik und Walter Bräutigam. Nach der Analyse von Hans-Ludwig Siemen [6] konnten deren Initiativen zwar „keine allgemeine Durchschlagskraft entwickeln, die die desolante Situation in den psychiatrischen Anstalten hätte ändern können“ [3]. Sie nahmen aber „wichtige Teilschritte des späteren Enquete-Programms vorweg“ [7].

Angeregt durch die internationalen Entwicklungen und Diskussionen über die Psychiatrie in Großbritannien, Dänemark, Schweden und den Niederlanden, gründeten im Herbst 1959 zwei Institutionen als sichtbares Zeichen ihrer intensiven Kooperation den *Aktionsausschuss zur Hilfe für psychisch Kranke*, um damit Reformen voranzutreiben. Dabei handelte es sich um den *Deutschen Verein für Öffentliche und Private Fürsorge* – der Verein hatte bereits 1957 unter dem Vorsitz von Walter von Baeyer psychiatrische Reformen in der Bundesrepublik gefordert – sowie die *Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege*.

Im folgenden Jahr, das die WHO zum „Weltjahr für seelische Gesundheit“ erklärt hatte, griffen Gregor Bosch und Caspar Kulenkampff Boschs Eindrücke eines Forschungsaufenthalts an der Pariser Psychiatrie auf und strukturieren zwei Stationen der Frankfurter Klinik um. Kulenkampff „schuf 1962 die erste Tagesklinik, dann eine Nachtambulanz und ein Übergangsheim. Zusammen mit dem Heidelberger Lehrstuhlinhaber, Prof. Dr. Walter von Baeyer, gelang es ihm, die Ideen einer Psychiatriereform im Deutschen Verein für Öffentliche und Private Fürsorge publik zu machen“ [8]. Diesem Modell folgten Einrichtungen in Bonn (1965), Winnenden (1966), Düsseldorf und Heidelberg (1967), Hannover sowie Gießen (1968).

Weltkongress der Psychiatrie 2017

Discussion Forum | National socialism and psychiatry: accounting for the past and future prospects

09.10.2017 | 11:45 bis 13:15 Uhr

Symposium | Neue historische Kommission der DGPPN – Psychiatrie in Deutschland nach 1945

10.10.2017 | 15:15 bis 16:45 Uhr

Keynote Lecture | Frank Schneider: Psychiatry in national socialism – remembrance and responsibility

11.10.2017 | 17:00 bis 18:00 Uhr

Während in England 1968 bereits 35.000 Patienten in Tageskliniken versorgt wurden, dauerte es eine Weile, bis sich das Modell in der Bundesrepublik Deutschland durchsetzte. So befanden sich 1968 nicht mehr als 300 Patienten in tagesklinischer Versorgung. In den Vereinigten Staaten erarbeitete in den frühen 1960er Jahren die *Action for Mental Health* (mit Blick auf die Versorgungsentwicklung seit Kriegsende) „einen Bericht, der zur Grundlage der Sonderbotschaft des Präsidenten John F. Kennedy“ [9] im Februar



Schon zwei Jahre nach seinem Amtsantritt machte US-Präsident John F. Kennedy die psychische Gesundheit zu einem Schwerpunktthema.

1963 wurde. Mit seiner international viel beachteten Rede *Mental Illness and Mental Retardation* erhob der US-Präsident den „Kampf gegen Geisteskrankheiten“ zu einem der Hauptanliegen der amerikanischen Gesundheitspolitik. Kennedy propagierte ausdrücklich die wohnortnahe psychiatrische Versorgung der Patienten und forderte die Humanisierung der Psychiatrie, vor allem die Verkleinerung der psychiatrischen Großanstalten. Weiter sollten psychiatrische Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern und extramurale Versorgungsangebote eingerichtet werden. Kennedys Botschaft folgte die Bereitstellung beträchtlicher Bundesmittel für die Erforschung psychischer Erkrankungen und den Ausbau moderner Versorgungseinrichtungen und -programme.

Doch längst nicht alle propagierten Ziele wurden erreicht. Diese Sonderbotschaft zur Situation psychisch Kranker in den USA wertete der in Emmendingen tätige Martin Schrenk als ein „politisches Dokument der Brüderlichkeit“ [10]. Der *Aktionsausschuss zur Hilfe für psychisch Kranke* nahm in der Folge Bezug auf die Entwicklung der psychiatri-

schen Versorgung in den Vereinigten Staaten und versuchte, „die starke außenpolitische Bindung der Bundesrepublik an die USA zu nutzen. Das amerikanische Vorbild sollte gleichsam als Zugpferd vor den Karren des Aktionsausschusses gespannt werden und der politischen Implementierung und Popularisierung seines Anliegens dienen“ [11]. Gleichzeitig sollte in der Verschränkung von Reform und der Aufarbeitung der Kriegserfahrungen die Anerkennung der westdeutschen Psychiatrie im Ausland gefördert werden. „Es galt, den Wiederanschluss der deutschen Psychiatrie an die allgemeine internationale Fachdiskussion zu fördern, die Nachkriegsisolation der deutschen Psychiatrie zu durchbrechen sowie Vertrauen zurückzugewinnen“ [12]. Helfen sollte dabei neben konkreten praktischen Aktivitäten auch die wissenschaftliche Auseinandersetzung, die in der BRD ebenfalls in den frühen 1960er Jahren eingesetzt hatte. So hatte Kulenkampff 1961 [13] zur Arbeit der Nachtambulanz 1962 zur Bedeutung soziologischer Faktoren in der Genese endogener Psychosen publiziert [14, 15, 16], Horst Flegel 1963 über soziotherapeutische Ansätze geschrieben [17, 18]. Heinz Häfner und Detlev von Zerssen hatten 1964 eine Arbeit über die soziale Rehabilitation als integralem Bestandteil psychiatrischer Therapie veröffentlicht [19]. Waren im Jahr 1962 die Reaktionen auf die Kritik an der asylierenden Anstaltsversorgung in Fachorganen noch ablehnend gewesen [20], konnten jetzt „Kisker, Häfner, Kulenkampff und Bosch aus ihrer universitären Schutzzone [...] unter Berufung auf die in angelsächsischen Ländern bereits erzielten (Erfahrungen) [...] ihre Kritik formulieren“ [21]. Im Auftrag des Aktionsausschusses zur Hilfe für psychisch Kranke sprachen folgerichtig 1964 Hans-Erich Schulz, Kulenkampff und Kisker „Empfehlungen zur Gestaltung neuzeitlich psychiatrisch-neurologischer Einrichtungen zur Versorgung der Bevölkerung“ [22] aus. Diese konzentrierten sich auf die Reform von psychiatrischen Großeinrichtungen.

Orientierung nach Westen

Auch in den osteuropäischen Ländern fand ein Umdenken statt; in der Deutschen Demokratischen Republik wurden reformpsychiatrische Ansätze in den Rodewischer Thesen [23] entwickelt, die 1963 Ergebnis eines internationalen Symposiums in Rodewisch (Sachsen) waren, dennoch orientierte sich die Diskussion in der Bundesrepublik stärker an Großbritannien, den USA und Italien. Im Jahr 1965 legten Häfner, von Baeyer und Kisker mit der Denkschrift „Dringliche Reformen in der psychiatrischen Krankenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland –

über die Notwendigkeit des Aufbaus sozialpsychiatrischer Einrichtungen“ einen aufrüttelnden Text vor, der unter Bezug auf die nationalsozialistische Vergangenheit der deutschen Psychiatrie die Reformnotwendigkeit aufgrund eines „nationalen Notstands“ [24] der Psychiatrie unterstrich. Die Autoren schlugen den Aufbau von 250 „Psychiatrischen Gemeindezentren“ vor und formulierten in ihrer Denkschrift „bereits alle wesentlichen Forderungen [...], die zehn Jahre später in der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages ihren Niederschlag fanden“ [25]. Das Echo auf diese Publikation blieb allerdings eher verhalten. Auch im Zusammenhang mit der Planung des *Zentralinstituts für Seelische Gesundheit* in Mannheim besichtigten Häfner, von Baeyer und Mitarbeiter Einrichtungen verschiedener Länder; Besuche galten etwa dem *Yale Connecticut County Mental Health Center* in New Haven und dem *Institute of Psychiatry* in London [26]. Der Durchbruch der westdeutschen Psychiatriereform gelang 1970 mit der maßgeblichen Unterstützung des Bundestagsabgeordneten Walter Picard (CDU). Die von ihm vor dem Deutschen Bundestag vorgelegte, von Häfner und Kulenkampff vorbereitete Anfrage zeigte deutlich den Reformbedarf der psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik auf und bereitete der Psychiatrie-Enquete den Weg.

Felicitas Söhner, Heiner Fangerau und Thomas Becker

Felicitas Söhner ist Historikerin und wiss. Mitarbeiterin, Heiner Fangerau Professor und Lehrstuhlinhaber für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, beide an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Thomas Becker ist Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm.

Literatur

Sämtliche Literaturangaben finden Sie in der Online-Fassung des Artikels auf www.175jahredgppn.de



*Auszug aus: Söhner F, Fangerau H, Becker T (2015) Der Blick über die Grenzen: Internationale Entwicklungen im Vorfeld der Psychiatrie-Enquete. In: Armbruster J, Dieterich A, Hahn D, Ratzke K (Hrsg) Blick zurück nach vorn – 40 Jahre Psychiatrie Enquete, Psychiatrie-Verlag, Köln: 122–138

Heute benachteiligt, morgen krank

Wer wird krank, wer bleibt gesund und inwieweit begünstigen soziale Einflussgrößen in der Kindheit die Entstehung psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter? Der britische Epidemiologe Sir Michael Marmot erforscht diese Zusammenhänge seit Jahrzehnten. In seinem neuen Buch *The Health Gap* beschreibt er, wie gesundheitliche Ungleichheit entsteht. Für *Psyche im Fokus* hat er einen Auszug zusammengestellt.*



[...] Die Arbeiten des britische Wissenschaftlers David Barker haben gezeigt, dass das Wachstum in der Gebärmutter und die ersten Lebensjahre entscheidend sind in Bezug auf das Risiko, als Erwachsener Herzerkrankungen und Diabetes zu entwickeln. Dieses Risiko wird zwar von späteren Ereignissen beeinflusst, aber eine Phase mit schlechter Ernährungsweise in dieser frühen Lebensphase kann einen langanhaltenden Effekt haben.

Negative Erfahrungen tendieren also dazu, gehäuft aufzutreten. Die Frage ist, was passiert, wenn diese Menschen erwachsen werden?

Was David Barker für die Folgen schlechter Ernährung bei Säuglingen aufgezeigt hat, lässt sich auch auf soziale und psychologische – psychosoziale – Erfahrungen übertragen. Dies zeigte eine Studie, die 1998 in Kalifornien durchgeführt wurde und heute als ACE-Studie, *Adverse Childhood Experiences*, bekannt ist. Mehr als 8000 Menschen in San

Diego wurden befragt, ob sie in ihren ersten 18 Lebensjahren eine der drei folgenden Formen von Kindesmissbrauch erlebt hätten: psychischen – häufige Herabsetzungen, Beschimpfungen oder Angst vor körperlicher Gewalt – physischen und sexuellen. Außerdem fragte die Studie nach dysfunktionalen Strukturen im Elternhaus: übermäßiger Alkohol- oder Drogenkonsum, psychische Erkrankungen oder Suizidversuche, Gewalt von Seiten der Mutter oder kriminelles Verhalten. Schon die ersten Ergebnisse sind bemerkenswert: Menschen, die eine dieser negativen Erfahrungen berichtet haben, gaben mit größerer Wahrscheinlichkeit auch mindestens eine weitere an. Über die Hälfte erwähnte sogar mehr als zwei Erfahrungen. Negati-

ve Erfahrungen tendieren also dazu, gehäuft aufzutreten. Die Frage ist: Was passiert, wenn diese Menschen erwachsen werden?

Bei dieser Frage muss Nietzsche oft herhalten: „Was mich nicht umbringt, macht mich stärker.“ Nur: Das stimmt eigentlich nicht. Vielmehr erhöht sich dadurch die Wahrscheinlichkeit, krank zu werden. Diejenigen, die in der Studie mehrere verschiedene Arten negativer Erfahrungen aufwiesen, zeigten ein größeres Risiko für Suizidversuche und die Entwicklung von Depression im Vergleich zur Kontrollgruppe – also denen, die von keinen negativen Erfahrungen berichteten.

Was uns nicht umbringt, macht uns ... verwundbarer.

Erfahrungen in der Kindheit beeinflussen die Gesundheit im Erwachsenenalter – der Latenzeffekt.

Wer vier und mehr verschiedene Arten von negativen Erfahrungen in der Kindheit aufwies, zeigte ein beinahe fünffach höheres Risiko für eine mindestens zweiwöchige depressive Verstimmung in den letzten zwölf Monaten und ein zwölffach höheres Risiko für einen Suizidversuch. Außerdem wurde beobachtet, dass je mehr verschiedene Formen negativer Kindheitserfahrungen vorlagen, desto eher beschrieben sich die Personen als alkoholabhängig, tendierten zu intravenösem Drogenkonsum und berichteten von mindestens fünfzig verschiedenen Sexualpartnern.

Als ich diese Studie zum ersten Mal las, wandte ich ein, dass möglicherweise Menschen mit psychischen Erkrankungen lediglich eher von negativen Kindheitserfahrungen berichteten – die Erinnerung an solche Dinge ist bekanntermaßen nicht zuverlässig. Mit anderen Worten, die Beziehung zu psychischen Erkrankungen ist möglicherweise nicht kausal, sondern unterliegt einem Bias, da eine Erklärung für ihre Erkrankung gesucht wird. Aber – und dies ist ein

großer Widerspruch zu meinem Einwand – je negativer die Erfahrung, desto höher ist das Risiko für Diabetes, COPD, Schlaganfälle und Herzerkrankungen. Es ist deutlich weniger plausibel, dass Menschen bei körperlichen Krankheiten fälschlicherweise ihre Kindheit als Erklärung für ihre Erkrankungen heranziehen.

Die ACE-Studie blieb nicht die einzige. Ein Review von 124 Studien bestätigte, dass physischer und emotionaler Kindesmissbrauch und Vernachlässigung (sexueller Missbrauch wurde nicht untersucht) in Verbindung stehen mit psychischen Erkrankungen, Suizidversuchen, Drogenkonsum, sexuell übermittelten Krankheiten und riskantem Sexualverhalten im Erwachsenenalter. Die Autoren der Studie schlossen daraus, dass dies mehr als bloße Korrelation ist, sondern ein kausaler Zusammenhang. Das graduelle Verhältnis zwischen Missbrauch und psychischen, teilweise auch somatischen, Erkrankungen – nämlich je mehr Arten des Missbrauchs, desto schlechter die Gesundheit – legt

nahe, dass wir nicht nur außergewöhnliche Episoden des Missbrauchs betrachten sollten, sondern auch allgemein die Qualität der frühkindlichen Entwicklung.

Großbritannien hat das Glück, dass es hier viele Langzeitstudien gibt, bei denen Menschen, die zu einer bestimmten Zeit geboren worden sind, über ihre Lebensspanne hinweg beobachtet wurden. Eine von diesen, die *1958 British Birth Cohort Study*, untersuchte eine Stichprobe von Menschen, die in der ersten Märzwoche des Jahres 1958 geboren wurden. Sie zeigt, dass Kinder, denen nicht täglich von ihren Eltern vorgelesen worden ist, denen der Schulbeginn nicht leicht fiel, deren Wachstum verlangsamt war (was ein Anzeichen schlechter Ernährung ist) mit deutlich größerer Wahrscheinlichkeit im Alter von 33 in einer sehr viel schlechteren gesundheitlichen Verfassung waren als Menschen, die unter günstigeren Bedingungen aufwuchsen. Dieser Effekt war unabhängig von allen anderen Einflüssen späterer Lebensabschnitte. Dies klingt alles nach gesundem Menschenverstand. Kindheitserfahrungen sind wichtig. Aber die Tatsache, dass es vernünftig klingt, macht es noch nicht wahr – wie in Nietzsches sinnträchtiger Erklärung.

Genetiker würden sagen, dass nicht die Umgebung, sondern die Natur die Entwicklung bestimmt. Natürlich sind Gene wichtig. Aber die Forschung zeigt, dass das, was in der frühen Kindheit passiert, einen starken Effekt auf die Gesundheit im Erwachsenenleben aufweist. Die Langzeitfolgen früher und gehäufte positiver wie negativer Erfahrungen, wobei Kindheitserfahrungen, Bildung, Berufstätigkeit, Einkommen und insgesamt Empowerment prägen, sind verantwortlich für die Ungleichheit in der Gesundheit. [...]

Die Herausforderung

[...] Wir möchten, dass unsere Kinder klug, sprachengebapt, sozial kompetent sind, ihre Emotionen kontrollieren können und sich körperlich gesund entwickeln. Die Wahrscheinlichkeit, dass unseren Kindern diese gesunde Entwicklung gelingt, verringert sich schrittweise je niedriger das Einkommen der Eltern ist. Warum ist das so? Und was können wir dagegen tun?

Einige Eltern tun mehr

Wenn Kinder in die Schule kommen, ist die sprachliche Kompetenz bei Kindern mit niedrigerem sozioökonomischen Status häufig weniger entwickelt. Im Rahmen einer

bemerkenswerten Studie in Kansas wurde zu bestimmten Zeitpunkten in den ersten vier Lebensjahren erhoben, wie viele Wörter an die Kinder gerichtet wurden. Die Ergebnisse sind beeindruckend: Je höher der sozioökonomische Status der Familie, desto mehr Wörter wurden an die Kinder gerichtet. Die Kinder von berufstätigen Eltern wurden mit 30 Millionen Wörtern mehr angesprochen als Kinder, die in sozialhilfebedürftigen Familien aufwuchsen. Dies entspricht mehr als 20.000 Wörtern zusätzlich pro Tag. Qualitativ betrachtet zeigte sich, dass Entmutigungen bei Familien, die von sozialer Hilfe leben, deutlich häufiger vertreten waren. Um den Einfluss der Kindeserziehung auf das soziale Gefälle in der kindlichen Entwicklung zu untersuchen, analysierte eine Gruppe von Forschern der *University College* in London Daten der *Millennium Birth Cohort Study*, einer landesweiten Studie in England. Sie fragten Mütter von dreijährigen Kindern: „War es wichtig, mit den Kindern zu sprechen und zu kuscheln?“ Etwa 20 Prozent der Mütter gaben an, dass dies unwichtig sei. In Bezug aufs Lesen, Singen und Spielen ergab die Studie, dass, je geringer das Einkommen war, desto geringer die Werte bei diesen Aktivitäten. Unsere Analysen legen nahe, dass etwa ein Drittel des sozialen Gefälles bei der sprachlichen Entwicklung und die Hälfte des sozialen Gefälles bei der emotionalen und sozialen Entwicklung den Unterschieden in der Erziehung zugerechnet werden kann.

Die Wahrscheinlichkeit, dass unseren Kindern diese gesunde Entwicklung gelingt, verringert sich schrittweise je niedriger das Einkommen der Eltern ist.

[...] Zum Beispiel folgt auch die Depression bei Müttern dem sozialen Gefälle: je niedriger der Status, desto häufiger die Erkrankung. Hier ist es nicht überraschend, dass depressive Mütter weniger Antrieb aufbringen können, um ihren Kindern vorzulesen. Auch ohne eine Depression kann es bei Familien mit einem sozial benachteiligten Status, die mit Armut, Not und beengten Wohnverhältnissen zu kämpfen haben, ein nicht realisierbarer Luxus sein, mit ihren Kindern zu spielen. Die Beschaffenheit der Erziehung hängt ab vom Kontext, in dem sie stattfindet. Eine wichtige Frage, die sich daran anschließt: Wie gehen Eltern mit der *Work-Life-Balance* um? Sollten sie zu Hause sein, um an ihre Kinder täglich zusätzliche 20.000 Wörter zu richten oder sollten sie arbeiten, um über die Runden zu kommen, oder an ihrer Karriere feilen, wovon ihre Kinder möglicherweise auch profitieren könnten? Es ist schwierig, diese Optionen gegeneinander abzuwägen. [...]

Wie das soziale Gefälle unter die Haut geht – biologische Einbindung

[...] Die Art und Weise wie wir sehen, sprechen, denken, fühlen und uns verhalten und die neurologischen Pfade, die dem zugrunde liegen, sind für alle Menschen gleich. Störungen der genetisch determinierten Verschaltungsmuster können zu psychischen Störungen führen. Beispielsweise sind die meisten Wissenschaftler, die Autismus erforschen, der Annahme, dass sich dieser auf eine biologische Vererbung zurückführen lässt. Eltern tragen keine Verantwortung. Allerdings kann das Gehirn durch Erfahrung geformt werden. Das Wort „geformt“ ist dabei entscheidend. Wenn ein Kind leicht ablenkbar ist, während ein anderes sich mit einer bewundernswerten Beständigkeit konzentrieren kann – was ebenfalls dem sozialen Gefälle folgt: sozial stärker benachteiligte Kinder sind stärker ablenkbar – ist es nicht verwunderlich, dass hierbei verschiedene neurologische Pfade involviert sein können. Aber Formung impliziert Veränderung in der Architektur des Gehirns, als Folge von Erfahrungen. Der kanadische Bildungsforscher Clyde Hertzmann untersuchte die Bedeutung kritischer Perioden. Die Idee ist, dass ein Kind die angemessenen Inputs aus der Umwelt während kritischer Zeitfenster erhalten muss, da sich bestimmte Pfade ansonsten niemals entwickeln. [...]

Er und sein Kollege Tom Boyce identifizierten vier biologische Systeme, bei denen soziale Benachteiligung unter die Haut gehen kann. Erstens ist die HHNA-Achse (Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse), die die Ausschüttung des Stresshormons Kortisol steuert, ein Weg, wie das Gehirn dem Rest des Körpers die Reaktion auf einen Stressor übermittelt. Zweitens ist das autonome Nervensystem ein essentieller Teil des *Fight-or-Flight*-Mechanismus des Körpers. Drittens kann die Entwicklung des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit und anderer exekutiver Funktionen im Präfrontalkortex die kognitive Entwicklung untermauern. Viertens sind die Systeme der sozialen Zugehörigkeit inklusive der Amygdala und des Locus coeruleus, die über Serotonin und andere Hormone vermittelt werden, zu nennen. Es gibt hier spannende Bereiche für Wissenschaftler, die den Einfluss der sozialen Umwelt auf die Psyche und den Körper untersuchen. Eine der besten Arbeiten auf diesem Bereich kommt von Michael Meaney von der McGill University in Montreal. Er hat hier Licht ins Dunkel gebracht und auf bemerkenswerte Weise gezeigt, nicht nur wie die Umwelt das Gehirn und die Stresspfade beeinflusst, sondern wie es die Funktion der Gene verändert – die Epigenetik. [...]

Zu lange haben wir über *nature versus nurture* gestritten. Auch ich habe dies getan. Es ist die falsche Debatte. Die Umwelt kann die Natur und die Natur die Umwelt prägen.

Meine Hauptaussage dieses Beitrags ist, dass die frühkindliche Entwicklung einen enormen Einfluss auf die weitere gesundheitliche Entwicklung und Gerechtigkeit hat. Eine gute frühkindliche Entwicklung ist durch die Umwelt, in der das Kind aufwächst und sich entwickelt, geformt. Gesundheitliche Gerechtigkeit von Beginn an ist möglich, aber es besteht Handlungsbedarf auf allen Ebenen: von der Breite der Einkommensunterschiede und sozialer Mobilität über die Armut bis hin zur Qualität der Angebote und Fürsorge von Eltern und anderer für Kinder.

Sir Michael Marmot

ist ein britischer Professor für Epidemiologie und Public Health am University College London.

In seinem Buch beleuchtet Michael Marmot die sozialen Ursachen von Gesundheit und Krankheit und arbeitet heraus, wovon die individuellen Gesundheitschancen abhängen.



Weltkongress der Psychiatrie 2017

Keynote Lecture | Michael Marmot:
The health gap – the challenge of an unequal world
09.10.2017 | 10:00 bis 11:00 Uhr

Keynote Lecture | Michael Meaney:
Genetic and epigenetic basis of differential susceptibility to adversity
10.10.2017 | 10:00 bis 11:00 Uhr

*Auszug aus *The Health Gap – The challenge of an unequal world*, Kapitel 4: *Equity from the Start*

IMPRESSUM

Herausgeber

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

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

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

Registergericht:
VR 26854 B, Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg

Redaktion

Jürg Beutler, lic. phil. (Leitung)
Dipl.-Psych. Gabriel Gerlinger, M.A. (Leitung)
Isabelle Lork, M.A.
Michael Wassiliwizky, M.Sc.
Robert Zeidler, MPH

Auflage

10.500 Exemplare

Erscheinungsdatum

September 2017

Design- und Gestaltungskonzept

wenkerottke.

Layout und Reinzeichnung

Irene Pranter

Schlusskorrektur

Heide Frey

Druck

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

ABBILDUNGEN

Titelseite, S. 26: gettyimages/Westend61; S. 4: iStock/Nikada; S. 6: iStock/lolostock;
S. 8: picture alliance/BSIP; S. 10, 14: Thinkstock/Ryan McVay; S. 16: iStock/knoppper;
S. 21–25: Daniel Lopez-Paullada (www.danlopezphoto.com); S. 32: Photocase/kemai;
S. 34: King's College London; S. 39: iStock/gio_cala; S. 41: picture alliance/De Filippo
Francesco; S. 42: picture alliance/AP Photo; S. 44: Photocase/taviphoto



DGPPN

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

Geschäftsstelle DGPPN e.V.

Reinhardtstraße 27 B

10117 Berlin

TEL 030.2404 772-0

FAX 030.2404 772-29

sekretariat@dgppn.de

dgppn.de

Das große Jubiläum

175 Jahre DGPPN

175 Facetten der Psychiatrie
und Psychotherapie –
jetzt entdecken auf
www.175jahredgppn.de