

Jubiläumsrede des DGPPN-Präsidenten Arno Deister

gehalten am 29. Juni 2017 in der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften

175 Jahre – das ist Anlass und Grund zur Auseinandersetzung mit der bewegten und bewegenden, oft faszinierenden und motivierenden, zeitweise aber auch erschreckenden Geschichte unseres Landes, unseres Faches Psychiatrie und Psychotherapie – und damit auch unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaft.

175 Jahre DGPPN sind aber in gleicher Weise auch Anlass zur Auseinandersetzung mit der Gegenwart und Grund für einen Blick in die Zukunft.

Wir müssen uns der Frage stellen, was wir aus der Vergangenheit für die Gegenwart lernen können – und wir müssen uns den umfassenden Herausforderungen stellen, die die Zukunft für uns bereithält.

Unser Fach steht nämlich gleichzeitig vor besonderen medizinischen und vor besonderen sozialen Herausforderungen.

Aus unserer Geschichte leiten wir Erfahrungen ab, die unsere Zukunft prägen. Und unsere Zukunft wird zeigen, wie wir diese Erfahrungen verantwortungsvoll umsetzen.

Denn was Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft der DGPPN verbindet – was UNS verbindet – ist die Verantwortung für die Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Psychische Erkrankungen führen zu massivem Leid und massivem Leiden, das den betroffenen Menschen und die Angehörigen häufig überfordert.

Nicht ganz selten stellen sie aber auch einen Anlass dar, etwas über sich zu lernen und etwas am Leben zu verändern.

Beides gehört zusammen - und mit beidem müssen wir uns in der Beziehung mit unseren Patientinnen und Patienten befassen.

Die DGPPN setzt sich deshalb intensiv mit der Frage auseinander, welche ethischen Grundüberzeugungen uns prägen.

- Die Würde des Menschen als grundsätzliches Prinzip
- Die Wissenschaftlichkeit als Basis unserer Überzeugungen und unseres Denkens
- Die Verantwortung im Umgang mit den Menschen – und insbesondere den Menschen mit psychischen Erkrankungen
- und die Wirksamkeit unseres Handelns nach innen und nach außen

Und wir wollen diese Prinzipien umsetzen mit Kompetenz und Offenheit – Kompetenz in der Hilfe für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Kompetenz im Wissen. Offenheit gegenüber den



Menschen – Offenheit gegenüber deren Überzeugungen und auch Offenheit im therapeutischen Handeln.

Das sind die wesentlichen Prinzipien, denen wir uns verpflichtet fühlen und die unser Handeln auch in Zukunft prägen werden. Die Überzeugung von der Unantastbarkeit der Würde des Menschen – und das stete Streben danach, dies auch zu leben – ist DIE Grundlage unserer Gesellschaft.

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind in besonderer Weise davon bedroht, dass ihre Würde angetastet oder verletzt wird – in erster Linie durch die Erkrankungen und deren Auswirkungen selbst, aber in manchen Fällen auch durch den gesellschaftlichen und fachlichen Umgang damit.

Die Würde des Menschen ist kein unverbindliches oder gar verhandelbares Ziel – sie muss der Maßstab sein für alles, was wir für Menschen mit psychischen Erkrankungen tun.

Die Erwartungen der Gesellschaft an das psychiatrisch-psychotherapeutische Hilfesystem sind umfassend, vielfältig und oft auch widersprüchlich.

Die Menschen, die in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik arbeiten und hier Verantwortung übernehmen, sehen sich mit deutlich komplexeren gesellschaftlichen und sozialen Herausforderungen konfrontiert als dies für die entsprechenden Tätigkeiten in einem Fach der somatischen Medizin gilt. Die komplexe ordnungspolitische Funktion, die von der Psychiatrie und Psychotherapie auch erwartet wird, verstärkt diese Herausforderungen noch deutlich.

Im Gegensatz zu der oft vorherrschenden kritischen oder skeptischen Einstellung gegenüber unserem Fachgebiet wird von uns jedoch ebenfalls erwartet, dass wir Antworten auf grundsätzliche gesellschaftliche Fragen bereithalten. Dabei denke ich an das Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Krankheit, zwischen Freiheit und Sicherheit, zwischen Autonomie und Fremdbestimmung, aber auch an den schwierigen Umgang mit Themen wie Gewalt und Terror.

Stets ist dabei die Gefahr der Funktionalisierung der Psychiatrie und Psychotherapie gegeben für Problembereiche, die von der Gesellschaft nicht verstanden werden – vielleicht auch, weil sie nicht verstehbar sind – oder die von ihr nicht gelöst werden können - vielleicht auch, weil sie nicht lösbar sind.

Vor diesem Hintergrund ist es die zentrale Aufgabe unseres Faches – und damit auch der DGPPN – , die Verpflichtung dem einzelnen Patienten gegenüber immer in den Vordergrund zu stellen und Ansprüche der Gesellschaft nur mit Blick auf das Patientenwohl zu akzeptieren.

Alles andere ist eine Instrumentalisierung psychiatrisch-psychotherapeutischer Kompetenz und damit die Überschreitung einer Grenze, die im Interesse der Patienten nicht überschritten werden darf.

Denn Menschen mit psychischen Erkrankungen fällt es krankheitsbedingt oft schwer, sich für ihre eigenen Bedürfnisse und Belange adäquat und erfolgreich einzusetzen. Angehörige übernehmen mitunter einen Teil dieser Aufgaben. Es bleibt aber auch eine wesentliche Herausforderung der in



diesen Bereichen Tätigen, diesen Aspekt psychischer Erkrankung in ihr Handeln mit einzubeziehen und die Betroffenen bei der Wahrnehmung ihrer Interessen zu unterstützen.

Die seelische Gesundheit des Menschen ist über die gesamte Lebensspanne vielfältigen Einflussfaktoren und damit auch vielfältigen Bedrohungen ausgesetzt. Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen des Menschen überhaupt. Sie betreffen – in unterschiedlicher Häufigkeit und Ausprägung – alle Altersgruppen, alle sozialen Schichten und finden sich in allen Lebenssituationen.

Niemand kann sich davon frei machen.

Die Häufigkeit einzelner psychischer Störungen ist dabei in hohem Maße auch abhängig von weiteren Faktoren, sei es vom Geschlecht, vom Alter oder von den sozialen Umweltbedingungen.

Im klinischen Kontext bilden sich die Wechselwirkungen mit dem gesellschaftlichen Bereich in dem Bestreben ab, durch psychosoziale Maßnahmen wie Milieugestaltung, Psychoedukation und Empowerment einen umfassenden Prozess von Genesung – von Recovery - anzustoßen und zu unterstützen.

Es ist deshalb die Aufgabe der DGPPN, sich auch in Zukunft dafür einzusetzen, dass die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen so gestaltet sind, dass dieser Prozess gelingen kann.

Das Gelingen dieser Aufgaben hängt dabei auch von der Antwort auf die Frage ab, was das eigentlich ist – eine psychische Erkrankung.

Diese Frage ist noch deutlich älter als unsere Fachgesellschaft.

Und in keinem anderen medizinischen Fach sind Krankheitskonzepte so abhängig von den sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen wie in Psychiatrie und Psychotherapie. Und in keinem anderen Fach ist es von so großer diagnostischer und therapeutischer Bedeutung, wie die Gesellschaft mit dem Begriffsfeld umgeht, mit dem psychische Störungen und die davon betroffenen Menschen bezeichnet werden.

Diese Frage zieht sich durch unsere Geschichte. Und es hat immer wieder andere Antwortversuche darauf gegeben.

Jahrhundertlang wurden psychische Erkrankungen als Folge von Besessenheit oder moralischer Verfehlung gesehen. Abweichendes Verhalten galt als böse und schlecht und Menschen mit psychischen Erkrankungen wurden eingekerkert oder lebten am Rande der Gesellschaft.

Griesinger prägte im 19. Jahrhundert durch seine wegweisende Auffassung, dass Geisteskrankheiten Erkrankungen des Gehirns seien, einen biologischen Krankheitsbegriff und läutete somit einen grundlegenden Paradigmenwechsel in der Nervenheilkunde ein.

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts führte Sigmund Freud das Konzept der Neurose und die damit verbundene Vorstellung von unbewussten psychischen Konflikten als Ursache psychischer Erkrankungen ein.



Anfang des 20. Jahrhunderts kam der Begriff der Erbkrankheit und damit verbunden die Vorstellung der Unheilbarkeit psychischer Erkrankungen auf – und damit die entsetzliche Vorstellung von „unwertem Leben“.

In der antipsychiatrischen Bewegung der 1960er Jahre wurde behauptet, es gäbe es gar keine „Geisteskrankheit“. Symptome wie z. B. Wahnvorstellungen könnten nach diesem Verständnis lediglich als ein ungewöhnliches Verhalten und Lebensereignis angesehen werden.

Heute besteht in unserem Fach ein weitgehender Konsens darüber, dass der Krankheitsbegriff so gestaltet sein sollte, dass er die von einer Erkrankung betroffenen Menschen schützt und ihnen Unterstützung durch therapeutische Leistungen gewährt, ohne für Pathologisierung sozial missliebiger Verhaltensweisen verwendet werden zu können.

Der Begriff von Krankheit muss deshalb neben den biologischen Störungen auch das individuelle Leiden und die Beeinträchtigung im Alltag umfassen.

Die Diskussion um psychiatrische Klassifikationssysteme – und hier insbesondere die Diskussion um die Definition und Klassifikation depressiver Symptome in Abgrenzung etwa zu Trauer – hat gezeigt und wird weiterhin zeigen, wie fragil die Grenzen zwischen krank und gesund, normal und „ver-rückt“ tatsächlich sind.

Grundsätzlich besteht die Gefahr darin, dass Lebenskrisen und Lebensschwierigkeiten - wie sie in beinahe jeder Biographie vorkommen - zu psychischen Erkrankungen umdefiniert werden. Es besteht die Gefahr, dass die Probleme bei der Bewältigung von Lebenskrisen oder auch normale biologische Alterungsprozesse als krankhaft bewertet werden - mit allen Konsequenzen, die sich daraus ergeben können.

Durch eine solche pathologisierende Bewertung werden nicht nur die gesunden Prozesse der Selbstregulierung ernsthaft gestört oder sogar unmöglich gemacht. Es besteht auch die Gefahr, dass sich dadurch Verschiebungen in der Zuordnung von therapeutischen Ressourcen ergeben, die letztendlich zu einer gravierenden Benachteiligung derjenigen Menschen führen, die unter schweren psychischen Erkrankungen leiden und die dringend die volle Aufmerksamkeit des Versorgungssystems benötigen.

Ein anderes Abgrenzungsproblem besteht gegenüber sozial abweichendem bzw. gesellschaftlich unerwünschtem Verhalten. Eine zentrale historische Errungenschaft der Psychiatrie ist es, sozial abweichendes Verhalten nur dann als psychische Störung zu sehen, wenn es Resultat einer sich anderweitig auch manifestierenden Krankheit ist.

Diese Frage spielt gerade heute eine wesentliche Rolle. So werden z.B. Terroristen oder Amokläufer vorschnell und unbesehen für psychisch krank erklärt, allein weil sie sozial massiv abweichendes Verhalten zeigen und sozial abweichendes Verhalten von vielen Menschen als Anzeichen – und evtl. auch Beweis – von psychischer Erkrankung gesehen wird.



Andererseits werden psychisch Kranke diskriminiert, weil sie per se für sozial abweichende Personen gehalten werden.

Dieses Denken ist falsch – und es ist gefährlich.

Denn der in der Öffentlichkeit häufig angenommene unmittelbare Zusammenhang zwischen psychischer Krankheit und sozial abweichendem Verhalten begünstigt das Stigma, das Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Bevölkerung haben.

Diesen Tendenzen müssen und werden wir entgegentreten.

Es ist nicht einfach, im Zusammenhang mit den hier angesprochenen Fragestellungen auch das dunkelste Kapitel der Psychiatrie-Geschichte anzusprechen.

Es ist aber unverzichtbar.

Die absolute Pervertierung psychiatrischer und vor allem grundlegender menschlicher Prinzipien in der Zeit des Nationalsozialismus – durch Politik und Gesellschaft, aber auch allzu oft aktiv durch uns Psychiater selbst – mit der Folge hunderttausend-facher Ermordung von Menschen mit psychischen und neurologischen Erkrankungen und millionen-facher Erniedrigung und Entwürdigung – führt uns immer wieder vor Augen, dass wir auch heute noch eine große Verantwortung tragen:

- Eine Verantwortung und Verpflichtung, dafür zu sorgen, dass dies nie wieder geschehen darf.
- Eine Verantwortung, niemals zu vergessen, wohin es führen kann, wenn Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht mehr als kranke und leidende, hilfeschende und schutzbedürftige, aber vor allem auch mit Menschenrechten versehene Individuen akzeptiert werden.
- Und eine Verantwortung, niemals zu vergessen, wohin es führen kann, wenn sich die Gesellschaft und auch die Psychiatrie nicht für die Menschen einsetzt, die ihnen anvertraut sind

„Auch in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen aber muss sich eine Gesellschaft der Frage stellen, wieviel Mittel sie aufbringen will, um das Leid von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erleichtern.“

Dies, meine Damen und Herren, ist kein aktuelles Zitat. Dieses Zitat stammt aus der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages aus dem Jahre 1975. Es ist also älter als 40 Jahre – aber es hat bestimmt nichts an Aktualität verloren.



Wir alle wissen und wir alle sagen es immer wieder, dass es – auch – eine gesellschaftliche Entscheidung ist, wie wir mit Menschen mit psychischen Erkrankungen umgehen – wie wir das Leid der davon betroffenen Menschen bewerten – und was wir bereit sind, an personellen und finanziellen Ressourcen dafür bereitzustellen.

Wir alle wissen auch, dass dies einfach zu sagen – aber äußerst schwierig umzusetzen – und vor allem äußerst schwierig durchzuhalten ist.

Zu Recht sind wir durch die Gesellschaft gefordert, die Grundlagen unseres Handelns zu definieren und zu beschreiben – zu Recht erwarten wir von der Gesellschaft, dies zu unterstützen und die Mittel dafür bereit zu stellen.

In aktueller ethischer Perspektive auf das Gesundheitssystem stehen neben dem Gebot, zum Wohl des Patienten zu handeln und dem Gebot, nicht zu schaden, der Respekt vor der Autonomie des Patienten – und auch das Gebot einer fairen Verteilung von Nutzen, Risiken und Kosten im Gesundheitswesen.

Dabei wird deutlich, wie eng ethische und ökonomische Aspekte in einer wechselseitigen Beziehung stehen.

Im Sinne unserer Patientinnen und Patienten müssen wir beides miteinander verbinden.

Die Frage, wie die verfügbaren Ressourcen einer Gesellschaft im Gesundheitsbereich verteilt sind, hat für die Medizin insgesamt eine wesentliche Bedeutung – für die Psychiatrie und Psychotherapie ist diese Frage aber von einer ganz zentralen – und für die Patienten oft von existentieller Bedeutung.

Denn die Ressourcen der Psychiatrie – der Sprechenden Medizin insgesamt – sind die Menschen, die hier arbeiten und die Beziehung mit ihren Patienten. Zeit ist hier der wichtigste Wirkfaktor – aber auch gleichzeitig der wichtigste Kostenfaktor.

Aus unserer Sicht sind die Ressourcen des Gesundheitswesens heute leider meist noch mehr zu Gunsten der apparativen Medizin verteilt.

Haben multimorbide und hochbetagte Menschen, haben Menschen am Rande der Gesellschaft oder eben Menschen mit psychischen Erkrankungen in besonderer Weise ein Recht auf Zugang zu den erforderlichen Gesundheitsleistungen und auf die Bereitstellung der dafür erforderlichen Ressourcen?

Oder werden insbesondere psychische Erkrankungen als oft selbst verschuldet, ohne wirklichen Krankheitswert – oder einfach auch als unheilbar – angesehen und den davon betroffenen Menschen deshalb notwendige Ressourcen verweigert?

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind häufig krankheitsbedingt nur sehr begrenzt in der Lage, die für sie notwendigen und ihnen zustehenden Gesundheitsleistungen einzufordern und diese Forderungen dann auch durchzusetzen. Und die Gesellschaft ist nicht per se bereit, die notwendigen Gesundheitsleistungen zur Verfügung zu stellen bzw. diese zu finanzieren.



In zahlreichen Staaten – und natürlich auch bei uns – finden derzeit Debatten über die Grenzen der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens statt. Dabei mehren sich die Anzeichen dafür, dass im Rahmen dieser Debatte über die relative Begrenzung von zur Verfügung stehenden Mitteln auch Qualitätseinbußen in Kauf genommen werden.

Intensive Diskussionen über den Umfang der Leistungskataloge der Krankenversicherungen stehen im Zusammenhang mit diesen Entwicklungen.

- Um sicherzustellen, dass in unserem Gesundheitssystem jeder Bürger – auch langfristig – alle medizinisch sinnvollen Leistungen in Anspruch nehmen kann, muss über legitime Ansprüche und eine faire Verteilung, also letztlich über soziale Gerechtigkeit in Fragen der Gesundheitsversorgung diskutiert werden.

In diesem Zusammenhang darf die gesellschaftliche Notwendigkeit von Wissenschaft und Forschung nicht unerwähnt bleiben.

- Psychiatrieforschung befindet sich aktuell an einem Wendepunkt. Einerseits ist die Herausforderung durch psychische Störungen für Forschung und Gesellschaft aktuell so groß wie nie; andererseits ergeben sich von verschiedener Seite her methodische und wissenschaftliche Innovationen, die es erstmals ermöglichen, diesen Herausforderungen in ihrer Komplexität, aber auch in ihrer Breite zu entsprechen.

Um diese aktuellen Forschungschancen in neue Therapieverfahren umsetzen zu können, um neue Präventionsmethoden und neue Verfahren der Präventionsmedizin zu entwickeln, ist es notwendig, dass der rasante Wissenszuwachs auf der wissenschaftlichen Seite begleitet wird durch die politische Bereitschaft zur nachhaltigen, strukturellen Förderung - zum Beispiel durch multiprofessionelle Netzwerke - die diese Ergebnisse beim Patienten, bei den Angehörigen und in der Gesellschaft ankommen lassen.

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen hat in der Zeit nach 1975 eine dramatische Wendung erfahren – die Veränderungen in dieser Zeit sind eng verbunden mit der Geschichte, dem Selbstverständnis und dem Auftrag unserer Fachgesellschaft.

In der Zeit davor - zwischen 1945 und 1975 - waren die Hälfte der Patienten mit psychischen Erkrankungen länger als 5 Jahre ununterbrochen im Krankenhaus - und zwar bereits nach der Erstmanifestation ihrer Erkrankung! Viele davon blieben ihr ganzes Leben lang hospitalisiert – oder waren zu einem verantwortlichen Leben außerhalb des Krankenhauses nicht mehr fähig.

In dieser Phase der „verwahrenden Anstaltspsychiatrie“ gab es weder eine tragfähige gesellschaftliche Verantwortung für Menschen mit psychischen Erkrankungen – noch spezialisierte therapeutische Ansätze.

Die Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestags im Jahr 1975 – und davor auch die Rodewischer Thesen in der damaligen DDR – haben vieles verändert.



Die Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist stärker in den Fokus der Gesellschaft und in den Fokus der Medizin gerückt.

Die Anstrengungen zur De-Hospitalisierung allerdings wurden dadurch begrenzt, dass die nicht-stationären Angebote noch längst nicht so ausgebaut – und vor allem auch nicht so finanziert – waren, dass sie den Patienten eine langfristige Perspektive bieten konnten. Gehäufte Wiederaufnahmen waren oft die Folge.

Die 1991 eingeführt Psychiatrie-Personalverordnung hat – und das war damals nicht nur neu, sondern revolutionär – den am individuellen Patienten orientierten Behandlungsaufwand zum Maßstab der Personalbemessung gemacht.

Seit der Einführung des DRG-Systems in der somatischen Medizin ab dem Jahr 2003 haben dann aber auch in der Psychiatrie und Psychotherapie ökonomische Aspekte eine deutlich stärkere Bedeutung erhalten. Im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie ergibt sich daraus die Problematik, dass medizinische und soziale Leistungen evtl. verstärkt an ökonomischen Anreizen und weniger an dem Bedarf des Patienten ausgerichtet werden.

Im Zuge der neuen gesetzlichen Regelungen des PsychVVG ergeben sich jetzt neue Chancen für das Hilfe- und Versorgungssystem in Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie.

Chancen – insbesondere auch dahingehend, die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Region gezielter berücksichtigen zu können.

Denn im bestehenden System kommt es zu vermeidbaren Brüchen in der Behandlung – und oft auch zu Behandlungsabbrüchen.

Wir streben daher ein System von Unterstützung, Hilfe und Behandlung an, das die hochgradige Fragmentierung überwindet, also ein Hilfe- und Versorgungssystem, das die Konstanz in der Behandlung und damit die Konstanz in der Beziehung unterstützt.

Das gilt nicht nur für die Überwindung der Fragmentierung innerhalb der Angebote nach SGB V – also der Behandlung im engeren Sinn – sondern auch für eine Überwindung der Grenzen zwischen unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern – insbesondere zu SGB IX und SGB XII.

Die Qualität des Unterstützungs- und Versorgungssystems muss darin bestehen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen immer genau die Hilfe erhalten, die sie in der jeweiligen Situation benötigen – und die ihren besonderen individuellen Bedürfnissen angemessen ist.

In diesem Sinne bedeutet eine Überwindung der Fragmentierung, dass nicht das Behandlungssetting die Qualität bestimmt – sondern dass die Qualität der Behandlung unabhängig vom jeweiligen Setting sichergestellt sein muss.

Unser Ziel ist also eine setting-unabhängige Behandlungsqualität.



Die Verantwortung, die die DGPPN und alle ihre Mitglieder haben und die in der Zukunft nicht weniger wichtig sein wird, verpflichtet uns, eine Psychiatrie und Psychotherapie zu gestalten, die sich strikt und konsequent an den Bedürfnissen und dem Bedarf von Menschen mit psychischen Erkrankungen orientiert.

Dies gilt für unsere Haltungen und Einstellungen, für Wissenschaft und Forschung, für unsere Bemühungen um Hilfe und Versorgung, für unsere gesundheitspolitische Verantwortung und ganz besonders für die Beziehung zu den Menschen – im gleichberechtigten Umgang zwischen betroffenen Menschen, Angehörigen sowie Ärzten und Therapeuten aller Disziplinen.

— 175 Jahre DGPPN – 175 Facetten von Psychiatrie und Psychotherapie. Diese Vielfalt der Facetten – das macht unser Fach aus. Das, was diese unterschiedlichen Perspektiven und Facetten und was uns miteinander verbindet ist der jeweils betroffene Mensch.

Es ist die individuelle Person, die an einer psychischen Erkrankung leidet– die nicht Objekt, sondern in erster Linie Subjekt in Teilhabe, Versorgung und Forschung ist und sein muss.

— Dieser Bezug auf den Menschen – das ist unser Fach – das macht es so zwiespältig und so komplex– so individuell und so politisch – so medizinisch und so sozial – und so faszinierend und so menschlich.