S. Priebe

Unit for Social and Community Psychiatry, WHO Collaborating Centre for Mental Health Services Development, Queen Mary University of London, Newham Centre for Mental Health, London, Großbritannien

Wo kann es hingehen mit der Psychiatrie?

Der diesjährige Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) steht unter dem Motto „Die Psychiatrie und Psychotherapie der Zukunft“, und entsprechend soll der folgende Artikel einen Blick in die Zukunft der Psychiatrie werfen. Der Begriff Psychiatrie wird dabei in einem weiten Sinn gebraucht. So werden sich die Überlegungen mit der Versorgung von Menschen mit psychischen Leiden im Allgemeinen, mit der Tätigkeit von Psychiatern im Speziellen und auch mit den dazugehörigen Konzepten und wissenschaftlichen Erkenntnissen beschäftigen. Der Artikel wird sich auf die Situation in Europa beziehen, auch wenn globalisierte Tendenzen dort einfließen. Besonderheiten der aktuellen Situation in einzelnen Ländern, wie z. B. die starke Repräsentanz der Psychosomatik oder die hohe Zahl niedergelassener Fachärzte und psychologischer Psychotherapeuten in Deutschland, werden dabei unberücksichtigt bleiben. Mit Zukunft sind die kommenden 30 Jahre gemeint, also ein Zeitraum, der gewöhnlich mit einer Generation gleichgesetzt wird.

Der Weg bisher

Für Erwägungen, wo die Psychiatrie hingehen könnte, mag es hilfreich sein, sich zunächst zu vergegenwärtigen, wo sie eigentlich herkommt und wie sie sich bisher entwickelt und verändert hat. Hier also eine sehr kurze und notgedrungen

äußerst vereinfachte geschichtliche Zusammenfassung:

Seit vielen Jahrhunderten haben Gesellschaften Wege gefunden, Menschen mit psychischen Leiden zu versorgen, und einige davon – wie z. B. die Familienpflege im belgischen Geel – werden auch heute noch im Nachhinein durchaus als positiv betrachtet. Die Anstalten als wesentliche Institutionen aber waren noch im 18. Jahrhundert Ort einer aus heutiger Sicht menschenunwürdigen Behandlung. So waren Patienten im berühmten Bedlem Hospital in London quasi nackt angekettet und dienten zur Belustigung von Damen der besseren Gesellschaft, wenn diese dem Bedlem einen Besuch abstatteten. Dies alles wandelte sich, als die westlichen Gesellschaften Ende des 18. Jahrhunderts von einer geistigen und politischen Bewegung erfasst wurden, die in der französischen Revolution ihren Ausdruck fand und auch in der Psychiatrie zu grundlegenden Veränderungen und neuen Versorgungsformen führte: der Aufklärung. Psychisch Kranke wurden von Ketten befreit, und Einrichtungen wurden geschaffen, in denen psychisch Kranken mit Würde und Respekt behandelt wurden, wie etwa 1796 das York Retreat. Der Begriff und das Fach Psychiatrie wurden eingeführt [17], und innerhalb weniger Jahrzehnte wurden – zumindest in einigen europäischen Ländern – universitäre Lehrstühle für Psychiatrie eingerichtet. Die moderne Psychiatrie war als Teil der modernen Medizin entstanden und spiegelte den Geist der Aufklärung wider.

Das 19. Jahrhundert sah die Industrialisierung westlicher Gesellschaften, in der Familien vom Land in Städte zo-

gen und dort nicht mehr die gleichen Möglichkeiten hatten, sich um psychisch kranke Familienmitglieder zu kümmern. Zur Versorgung psychisch Kranker entstanden besonders in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts neue Großanstalten, die zumindest anfänglich gut ausgestattet waren und eine vom als krankmachend vermuteten städtischen Leben abgeschirmte Umgebung bereitstellten. Innerhalb weniger Jahrzehnte wuchs die Zahl der Patienten in diesen Anstalten jedoch weit über das ursprünglich geplante Maß hinaus. Die Bedingungen verschlechterten sich erheblich und wurden in Zeiten ökonomischer Krisen – wie z. B. im Ersten Weltkrieg – nochmals schwieriger.

Nach dem Ersten Weltkrieg kamen Ideen auf, die Anstalten und die Versorgung insgesamt zu verändern, und es gab auch einige Initiativen wie die offene Fürsorge von Kolb oder den ersten Versuch eines aufsuchenden Dienstes in der Gemeinde von Querido in den Niederlanden. Zur fast gleichen Zeit brachte der politische Kontext des Faschismus der Psychiatrie ihr dunkelstes Kapitel mit der organisierten Tötung von Patienten in Deutschland.

Ende der 1940er-Jahre erfolgten die ersten systematischen Reduzierungen von Anstaltsbetten. Die drei Jahrzehnte nach dem Zweiten Weltkrieg brachten dann die Entwicklung soziotherapeutischer Ansätze wie die therapeutischen Gemeinschaften, eine ganze Reihe neuer Psychotherapieformen wie die klientenzentrierte und kognitive Therapie und die Einführung praktisch aller bis heute bedeutsamen Klassen von Psychopharmaka wie Neuroleptika und Antidepressiva.

siva. Dies führte zu einem Optimismus und gesteigerten Selbstvertrauen unter Psychiatern, die wahrscheinlich auch die dann folgenden oder intensivierten Reformen begünstigten [1].

In den Jahren 1960/1 zeigte sich eine neue Bewegung, welche die gesamte Psychiatrie beeinflusste und ihr entscheidende Impulse gab: die sog. Antipsychiatrie. Innerhalb von nur 15 Monaten wurden vier Bücher publiziert, die in unterschiedlicher Weise bis heute relevant geblieben sind, ohne dass – soweit sich das heute recherchieren lässt – die vier Autoren vorher irgendeine Kenntnis voneinander gehabt hätten. Szasz betrachtete psychische Krankheiten als Mythos und lehnte medizinische Zwangsbehandlungen ab [18], ein Gedanke, der sich auch in der jüngeren UN-Behindertenrechtskonvention findet [19]. Laing sah psychotische Störungen als biographisch verständlich und versuchte, dies in therapeutischen Ansätzen zu nutzen [14]. Goffman beschrieb die Anstalt als eine totale Institution, die Denken und Handeln aller Beteiligten bestimmt und grundsätzliche Veränderungen durch die Insassen unmöglich macht [9]. Und schließlich betrachtete Foucault die Psychiatrie als gesellschaftliches Instrument zur Medikalisierung des Abnormalen [7]. Die Diskussionen um Zwangsbehandlungen, psychologische Konzepte des Verstehens von Psychosen und die Medikalisierung von mehr oder minder abnormalem Verhalten dauern bis heute fort. Damals konsolidierte sich auch die Idee der Deinstitutionalisierung, die als Grundprinzip weitreichende Reformen der psychiatrischen Versorgung für die nächsten Jahrzehnte beherrschen sollte. Die Antipsychiatrie kritisierte den Ansatz der Psychiatrie und die damaligen Zustände in psychiatrischen Institutionen, erfüllte die Psychiater aber auch mit der Hoffnung, dass radikale Verbesserungen möglich waren [1].

Die Reformen seit den 1960er-Jahren wurden möglich in einem politischen Klima von Emanzipationsbewegungen und durch ein größeres allgemeines Interesse an psychisch Kranken und deren menschenwürdiger Behandlung. Die Reformen unterschieden sich hinsichtlich ihres Zeitraums, ihrer Geschwindigkeit, ihrer politischen Protagonisten und vor

allem auch ihrer genauen Ergebnisse. Jedoch kam es in fast allen europäischen Ländern zum Schließen oder zumindest zu einer deutlichen Verkleinerung der Anstalten, dem Aufbau kleinerer stationärer Einrichtungen an Allgemeinkrankenhäusern und zu einer Landschaft unterschiedlicher und sich zum Teil oft verändernder ambulanter und komplementärer Einrichtungen in den Gemeinden.

Seit dem Jahr 2000 scheint es in Westeuropa keine allgemeine weitere Bettenreduzierung mehr zu geben [3]. Wegen des ökonomischen Interesses von Trägerorganisationen, zur Verminderung einer möglichen Gefahr psychisch Kranker für sich selbst oder andere oder zum Schließen vermeintlicher Versorgungslücken werden zum Teil sogar zusätzliche stationäre Kapazitäten geschaffen. Während diese Betten vorrangig zur Akutversorgung vorgesehen sind, befinden sich viele chronisch Kranke in einer Vielzahl unterschiedlicher Einrichtungen des betreuten Wohnens.

In jedem Fall hat sich die Versorgung psychisch Kranker in den letzten Jahrzehnten zweifellos verbessert: Viel mehr und oft auch besser ausgebildete Fachkräfte unterschiedlicher Berufsgruppen versorgen eine viel größere Zahl psychisch Kranker in baulich zweckmäßigeren und besser ausgestatteten Einrichtungen. Das ist nur möglich durch eine substanzielle Steigerung der finanziellen Ausgaben für die psychische Versorgung, was offensichtlich von der Gesellschaft und ihren politischen Vertretern getragen und unterstützt wird.

Die wissenschaftliche Forschung hat zu diesem Fortschritt in den letzten drei bis vier Jahrzehnten kaum etwas beigetragen. Trotz relativ hoher finanzieller Förderungen für die Forschung – und trotz Fortschritten im Verständnis pathophysiologischer Prozesse und genetischer Konstellationen – gibt es praktisch keine neue soziale, psychotherapeutische oder medikamentöse Behandlungsform, die deutlich effektiver wäre als die vor 40 Jahren zur Verfügung stehenden.

Diese kurze geschichtliche Synopsen kann zu zwei Schlüssen führen:

- Erstens, wesentliche grundlegende Veränderungen der Psychiatrie

entstanden kaum aus ihr selbst heraus und gingen auch nicht von neuen Erkenntnissen aus, sondern wurden von gesellschaftlichen und sozialen Entwicklungen bestimmt.

- Zweitens, fundamentale Veränderungen sind nicht häufig und ihre Umsetzung kann auch einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen. Aber sie sind möglich, jedoch sind sowohl ihre Richtung als auch ihr Zeitpunkt außerordentlich schwer vorhersehbar.

Was lässt sich daraus für die nächsten 30 Jahre extrapolieren? Mit hoher Wahrscheinlichkeit werden wesentliche Merkmale der jetzigen Psychiatrie fortbestehen. So wird es auch weiter stationäre, ambulante und komplementäre Einrichtungen geben, die psychische Versorgung wird als Teil der Gesundheitsbranche ein Wachstumsbereich bleiben, und die gegenwärtig etablierten psychologischen und pharmakologischen Behandlungsverfahren werden wohl in irgendeiner Form immer noch zur Anwendung kommen. Über die Möglichkeit, dass wissenschaftliche Erkenntnisse die Versorgung selbst revolutionieren, kann man nur spekulieren. Ich selbst halte einen solchen Durchbruch auch in den nächsten 30 Jahren für unwahrscheinlich, nicht weil die Forscher – ich verdiene mein Gehalt auch mit Forschung – alle Versager wären, sondern weil die dominierenden reduktionistischen Forschungsansätze kaum der Vielfalt menschlichen Erlebens, dem biographischen und sozialen Kontext psychischen Leidens und der Komplexität sozialer Prozesse gerecht werden können [16].

Szenarien für die Zukunft

Wie könnte also die psychiatrische Versorgung in 30 und mehr Jahren aussehen? Eine etablierte Methode zur Entwicklung von Zukunftsvisionen ist die Ausarbeitung verschiedener Szenarien [4, 21]. Solche Szenarien sind keine Voraussagen, sondern denkbare Möglichkeiten, um einen Horizont für weitere Überlegungen zu eröffnen. Die Szenarien beziehen sich auf unterschiedliche Aspekte und können, müssen sich aber nicht ge-

Hier steht eine Anzeige.

genseitig ausschließen. Anstatt also eine wahrscheinlichste Prognose abzugeben, werden im Folgenden fünf solcher Szenarien beschrieben. Die Entwicklung der Szenarien erfolgte in einem schrittweisen Prozess mit Diskussionen in verschiedenen Workshops. Einige der Szenarien sind bereits in ähnlicher Form publiziert worden [8], andere noch nicht. Die Reihenfolge spiegelt keinerlei Rangfolge wider.

Die Patienten übernehmen

Im Zuge weit ausgebauter Patientenrechte und einer umfassenden Informationsmöglichkeit über Einrichtungen und Behandlungen für alle Patienten wird die Versorgung von Patienten selbst gesteuert. Sie übernehmen weitgehend die Planung und Evaluation von Einrichtungen und bestimmen deren Ausrichtung und Organisation. Letztendlich entscheiden sie auch über deren Finanzierung, sowohl auf der Ebene öffentlicher Haushalte als auch im Einzelkontakt mit psychiatrischen Einrichtungen durch persönliche Budgets. Repräsentanten von Patientengruppen nehmen zentrale Rollen in gesundheitspolitischen Entscheidungsgremien ein. Zwangsbehandlungen sind nicht mehr vorgesehen. Wenn psychisch Kranke andere gefährden oder mit dem Gesetz kollidieren, müssen sich Polizei und Justizsystem darum kümmern.

Psychiater und andere professionelle Helfer vertreten die Interessen und Rechte von Patienten und folgen in ihrem Handeln deren Wünschen. Sie sind gleichsam Assistenten, die als Experten Patienten beraten und mit ihren Kenntnissen und Fähigkeiten die Patienten auf allen Ebenen unterstützen. Gleichzeitig sind sie davon abhängig, dass sie von Patienten in Anspruch genommen werden.

Die Spaltung

Der Begriff der psychischen Gesundheit ist so populär geworden, dass er in öffentlichen und privaten Diskussionen quasi alle Bereiche menschlichen Erlebens umfasst. Nicht nur werden die Wörter traurig und niedergeschlagen durch „depressiv“ ersetzt, sondern alle Aspekte von

Nervenarzt 2018 · 89:1217–1226 <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0589-y>
© Der/die Autor(en) 2018

S. Priebe

Wo kann es hingehen mit der Psychiatrie?

Zusammenfassung

Der Beitrag wirft einen Blick auf die Zukunft der Psychiatrie in Europa über die nächsten 30 Jahre. Zunächst soll ein historischer Überblick über die Geschichte der Psychiatrie seit der Aufklärung zeigen, dass wesentliche Veränderungen weniger aus der Psychiatrie selbst heraus entstanden als von jeweiligen gesellschaftlichen Kontexten bestimmt waren. Es werden dann fünf unterschiedlich denkbare Zukunftsszenarien beschrieben, bevor die jetzige Situation der Psychiater und mögliche Anzeichen einer Krise beleuchtet werden. Ausgehend von verschiedenen Besonderheiten, die die Tätigkeiten eines

Psychiaters – im Vergleich zu anderen medizinischen Disziplinen und anderen Berufsgruppen in der Psychiatrie – charakterisieren können, werden abschließend Optionen aufgezeigt, um die Psychiatrie attraktiver, effektiver und gesellschaftlich relevanter zu machen und so besser für die Zukunft zu rüsten.

Schlüsselwörter

Geschichte der Psychiatrie · Patientenrechte · Psychische Gesundheit · Virtueller Psychiater · Datengesteuerte Psychiatrie · Zukunft der Psychiatrie

Where can psychiatry go from here?

Abstract

The paper addresses possible perspectives for the future of psychiatry in Europe over the next 30 years. Initially, an historical overview over the history of psychiatry since the Enlightenment suggests that significant changes did not primarily originate in psychiatry itself but were rather the result of the given societal contexts. The paper then describes five different potential scenarios for psychiatric care in 30 years time. Following that, the current situation of psychiatrists and possible signs of a crisis are outlined, and specific aspects that characterize the job of

psychiatrists, as compared to other medical disciplines and other professional groups in mental healthcare, are considered. Finally, suggestions are made to make psychiatry more attractive, effective and relevant in society, which may make the profession better equipped for future changes.

Keywords

History of psychiatry · Patients rights · Mental health · Virtual psychiatrist · Data-driven psychiatry · Future of psychiatry

Elend und Leiden einschließlich jeder Leistungsminderung werden in Begriffen der psychischen Gesundheit verstanden. Die Grenze zwischen angemessenem seelischem Leiden und psychischer Störung ist aufgelöst, und Notsituationen – z. B. nach Naturkatastrophen, in Kriegen oder bei Massenarbeitslosigkeit – werden als Beeinträchtigung der öffentlichen psychischen Gesundheit beschrieben. Auch positives Erleben wie Freude, Genuss und Befriedigung werden in Kategorien psychischer Gesundheit erfasst. Die psychische Gesundheit ist somit im öffentlichen Diskurs die zentrale Dimension menschlichen Erlebens. Ihre Verbesserung in der Bevölkerung ist ein allgemein anerkanntes politisches Ziel und wird mit der Pro-

duktivität und dem Wohlstand einer Gesellschaft verbunden.

In der Versorgung gibt es eine Spaltung:

- Zum einen werden Psychiater und Psychotherapeuten von immer weiteren Teilen der Bevölkerung zu Rate gezogen, um deren Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit zu steigern. Ihre Rolle reicht dabei von der Krisenbewältigung bis zur allgemeinen Lebensberatung, wobei evidenzbasierte Methoden einen weit geringeren Raum einnehmen als gut vermarktete Interventionen ohne wissenschaftliche Grundlage.
- Zum anderen werden die schwer psychisch Kranken von der psychiatrischen Gesundheitsversorgung

kaum mehr erfasst und leben häufig in Armut. Ihre Versorgung bleibt im Wesentlichen dem Sozial- und auch dem Justizsystem vorbehalten.

Psychiater arbeiten zumeist in einer Art von „life coaching“, während einige wenige im anderen Teil der Versorgung tätig sind und Sozial- und Justizeinrichtungen beim Umgang mit schwer und chronisch Kranken unterstützen.

Virtuelle Psychiater und Psychotherapeuten

Die idealen Psychiater und Psychotherapeuten sind jederzeit – auch mitten in der Nacht – und von überall auf der Welt erreichbar, und das innerhalb von Sekunden auf einen bloßen Knopfdruck hin. Sie vergessen nie auch nur ein einziges Wort, das die Patienten gesagt haben, kennen die gesamte wissenschaftliche und nicht-wissenschaftliche Weltliteratur, sind dabei immer auf dem allerneuesten Stand, lernen schnell die bevorzugten Kommunikationsstile der Patienten, wenden diese mit absoluter Zuverlässigkeit an und sind niemals von Müdigkeit, schlechter Laune oder persönlicher Antipathie beeinflusst.

Diese idealen Helfer sind keine Menschen, sondern virtuelle Wesen und werden von künstlicher Intelligenz gelenkt. Sie können auch auf einem Bildschirm erscheinen – mit von Patienten bevorzugten Merkmalen – und, falls erforderlich und gewünscht, Medikamente mit Drohnen schicken oder durch 3-D-Drucker vor Ort zur Verfügung stellen.

Menschliche Professionelle werden möglicherweise noch für Notfallbehandlungen und aufsuchende Tätigkeiten eingesetzt – zumindest in einem Übergangszeitraum, bis auch diese Aufgaben von Robotern übernommen werden können –, und sehr wenige werden eventuell noch für die Softwareentwicklung benötigt, aber ihre Rolle ist insgesamt erheblich vermindert.

Partner der Armen

Die psychische Versorgung ist Teil umfassender Einrichtungen für alle sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen

und Individuen. Die Einrichtungen werden staatlich finanziert, um Probleme sozialer Ungleichheit einzugrenzen und das soziale Kapital der Gesellschaft zu stärken. Soziale Benachteiligungen sind durch verschiedene Kriterien definiert wie Obdachlosigkeit, Arbeitslosigkeit, soziale Ausgrenzung und Isolierung, Flüchtlingsstatus (evtl. auch Illegalität), Opfer häuslicher oder anderer Gewalt und Armut. Ein wesentlicher Teil des Klientels sind Patienten mit chronischen und komplexen Erkrankungen, die vereinsamt sind und realistischerweise nicht auf dem regulären Arbeitsmarkt konkurrenzfähig sein können. Die Versorgung erfolgt holistisch durch eine einzige Einrichtung und berücksichtigt die somatischen, psychischen und sozialen Probleme in gleicher Weise. Die gesamte Gesundheits- und Sozialversorgung erfolgt somit in einem koordinierten Prozess durch eine multidisziplinäre Einrichtung und schließt auch praktische Hilfen und die Sicherung materieller Grundbedürfnisse ein.

Psychiater sind in diesem Szenarium Teil multidisziplinärer Einrichtungen und Teams, in denen sie entweder eine sehr spezielle Rolle einnehmen oder ihre Kompetenz erweitern, um Aufgaben über ihre jetzige Qualifikation hinaus zu übernehmen.

Die datengesteuerte Psychiatrie

Die psychiatrische Versorgung ist darauf ausgerichtet, all jene Faktoren zu beeinflussen, die zu psychischen Erkrankungen führen bzw. deren Entstehung begünstigen, und überall dort einzugreifen, wo erste Anzeichen einer psychischen Störung sichtbar werden. Das ist möglich aufgrund umfassender und ständig aktualisierter Daten über soziale Belastungen und über das Wohlbefinden aller in einer bestimmten Region lebenden Menschen. Ein wesentlicher Teil der psychiatrischen Arbeit besteht aus der primären und sekundären Prävention, welche Interventionen in Gemeinden, Schulen, Arbeitseinrichtungen, Familien und kleineren Nachbarschaften erfordert. Solche Interventionen umfassen praktische und psychologische Hilfen für Eltern, die ein Kind erwarten oder gerade eins bekom-

men haben, Unterstützung und Begleitung von Kindern in vulnerablen Phasen in Schulen und die lokale Bereitstellung angemessener Beschäftigungsmöglichkeiten in Form bezahlter und freiwilliger Arbeit. Da soziale Bedingungen sehr variieren – z.B. zwischen ländlichen und innerstädtischen Gebieten – und sich auch rasch verändern können – z.B. wenn ein großer Arbeitgeber in die Region kommt oder aus ihr wegzieht –, müssen sich auch die Interventionen auf der Ebene der Gemeinde anpassen. Auf der Ebene von Familien, Nachbarschaften und Individuen erfordern sie variable und z.T. aus psychotherapeutischen Modellen abgeleitete Interventionen, die die soziale Kohärenz fördern und psychisches Leiden möglichst frühzeitig eindämmen oder überwinden helfen. Die Daten über die Befindlichkeit von Gruppen und Individuen fließen ein in eine andauernde Diskussion mit Vertretern unterschiedlicher Interessengruppen in der jeweiligen Gemeinde, in der die Ziele und Ansatzpunkte der Versorgung abgesteckt und die Interventionen evaluiert werden.

Psychiater arbeiten hierbei eng mit Sozialdiensten, lokalen Behörden und anderen Einrichtungen in der jeweiligen Gemeinde zusammen und haben besondere Kompetenzen im Umgang mit vulnerablen Gruppen, in niederschweligen präventiven Maßnahmen und in Familien- und Gruppeninterventionen. Sie lenken andauernde detaillierte Datenerhebungen über die soziale Situation und die psychische Gesundheit aller Gruppen in der jeweiligen Gemeinde und profitieren in ihrem Handeln von einem ständigen Rückgriff auf solche Daten.

Konsequenzen

Die Szenarien sind natürlich keineswegs vollständig. Vollkommen andere oder zumindest erheblich modifizierte Szenarien sind ebenso denkbar. Für fast alle Szenarien lassen sich in der Gegenwart erste Anzeichen ausmachen, die diese Szenarien mehr oder weniger plausibel erscheinen lassen (e.g. [12]). Gleichzeitig gibt es auch bei allen Szenarien Bedenken, die ihre Verwirklichung eher unwahrscheinlich machen. Alle würden Veränderungen

gen für den Beruf des Psychiaters mit sich bringen, wenn auch in sehr unterschiedlicher Weise und in unterschiedlicher Radikalität. Inwieweit diese Szenarien und ihre Konsequenzen erstrebenswert sind, ist eine Frage, deren Beantwortung sicher von persönlichen Perspektiven und Werten abhängt.

Zudem werfen alle Szenarien weitere und aus heutiger Sicht kritische Fragen auf. Hier einige Beispiele:

- Wenn Patienten übernehmen und alles nach bloßen Patientenwünschen geregelt wird, wo bleibt dann eine evidenzbasierte wissenschaftlich fundierte Psychiatrie?
- Wenn es zu einer Spaltung der Versorgung kommt, wollen Psychiater wirklich primär Menschen helfen, ihre Leistung im gesellschaftlichen Konkurrenzkampf zu steigern, und ist es mit ihren Werten vereinbar, wenn schwer psychisch Kranke vernachlässigt werden?
- Wenn künstliche Intelligenz Menschen mit psychischen Leiden versorgt, wer besitzt und kontrolliert die Software?
- Wenn die Psychiatrie zu einem Partner der Armen wird, können Psychiater eine spezifische Kompetenz beibehalten zwischen Allgemeinmediziner, Psychologen und Sozialarbeitern, und was ist ihr Beitrag zur Versorgung anderer, d. h. nicht benachteiligter Bevölkerungsgruppen?
- Wenn die Psychiatrie datengesteuerte Prävention und Frühintervention betreibt, ist es realistisch, dass dadurch wirklich die Prävalenz psychischer Störungen entscheidend reduziert wird?
- Und schließlich, würde man in dem jeweiligen Szenarium noch Psychiater werden wollen (oder werden können), und möchte man sich eventuell für die Verwirklichung oder für die Verhinderung eines der Szenarien einsetzen?

Natürlich sind all die Fragen nicht leicht zu beantworten.

Welche Relevanz können nun diese Spekulationen spezifisch für den Berufsstand der Psychiater in Europa haben,

wo steht dieser jetzt und wo könnte er hingehen?

Krise der Psychiater?

Es gibt in Europa zurzeit wahrscheinlich mehr Psychiater als je zuvor, dennoch werden in vielen Ländern weitere Psychiater dringend gesucht. Die Aus- und Weiterbildung unterliegt zunehmend geregelten Standards, in multidisziplinären Teams übernehmen Psychiater gewöhnlich die Führungsrolle, und der Aufgabenbereich kann vielfältig sein. Im gesellschaftlichen Kontext wird die Bedeutung psychischer Gesundheit und einer effektiven Versorgung zunehmend anerkannt, z. B. war in Großbritannien die Verbesserung der psychischen Versorgung eine wesentliche Forderung im Wahlprogramm verschiedener großer politischer Parteien. Es geht den Psychiatern also in vielerlei Hinsicht gut.

Gleichzeitig gibt es aber auch unterschiedliche Zeichen einer Krise [11]:

- Das Fach erscheint vielen Medizinstudenten als eine unattraktive Berufswahl, und viele Länder haben erhebliche Rekrutierungsprobleme.
- Die wissenschaftliche psychiatrische Forschung wird als für die Praxis zunehmend irrelevant kritisiert [13].
- Die Spannung zwischen einerseits dem Druck, Risiken von und für Patienten mit defensiv-absichern Maßnahmen zu vermeiden, und andererseits der Erwartung, die Patientenautonomie zu respektieren, ist nicht für alle, aber doch für viele in der Psychiatrie Tätige schwierig zu bewältigen und kann zu Unzufriedenheit führen.
- Die Zahl von Zwangsbehandlungen steigt in einigen Ländern rasant [2, 6]. Die Ursachen hierfür sind nicht eindeutig und mögen vielschichtig sein, aber für viele Psychiater ist es sicher keine Freude, eine zunehmende Zahl von Patienten gegen ihren Willen zu behandeln [20].
- Und schließlich wird es angesichts einer wachsenden Zahl anderer qualifizierter Berufskräfte in der psychiatrischen Versorgung – insbesondere Psychologen und Pflegekräften – immer schwieriger, die Kernkompetenz

der Psychiater zu bestimmen und sie von denen anderer Berufsgruppen abzugrenzen. Andere Berufsgruppen übernehmen zunehmend Behandlungsaufgaben und -rechte, die früher den Psychiatern vorbehalten waren. In der Psychotherapie arbeiten klinische Psychologen zunehmend eigenständig – und viele von ihnen sind darin auch mindestens so gut ausgebildet wie Psychiater –, und in manchen Ländern sind einige Psychologen und Pflegekräfte zur Verschreibung einiger Medikamente berechtigt. Und abhängig vom Gesundheitssystem wird die körperliche Untersuchung und somatische Versorgung psychisch Kranker oft Allgemeinmediziner überlassen und nicht von Psychiatern selbst durchgeführt. Die gelegentlich in der Abgrenzung von anderen Berufsgruppen als Alleinstellungsmerkmale definierten Kenntnisse somatischer Prozesse, der körperlichen Untersuchung und der Medikamentenverschreibung verlieren somit aus unterschiedlichen Gründen mit der Zeit an Überzeugungskraft.

Der letzte Punkt ist verbunden mit einem weiteren Aspekt, der die Position der Psychiater verändert. Psychiater haben sich stets bemüht, als Mediziner anerkannt zu werden. Das mag Eigeninteressen gedient haben, hatte aber sicher auch den Effekt, dass Menschen mit psychischen Leiden in der Regel von Gesundheitseinrichtungen versorgt wurden und nicht in reinen Sozialeinrichtungen oder gar Gefängnissen landeten. Psychisch Kranke haben davon insgesamt zweifellos profitiert. Für diesen über die letzten 200 Jahre wichtigen Effekt ist die Stellung der Psychiater in der Medizin aber weniger wichtig geworden, da auch andere Berufsgruppen wie klinische Psychologen als Gesundheitsberufe anerkannt sind und ihre Patienten mit psychischen Störungen Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen können.

Hier steht eine Anzeige.

Diskussionen um die Rolle von Psychiatern

Aus dem Ausland betrachtet kann sich zuweilen der Eindruck ergeben, dass die Diskussion um die Zukunft der Psychiater in Deutschland eher defensiv und mit dem Ziel geführt wird, die jetzige Stellung der Psychiater zu wahren. Das ist sicher legitim, aber vielleicht nicht unbedingt hilfreich. Ein Berufsstand, der vorwiegend um den eigenen Fortbestand bemüht ist, läuft Gefahr, irgendwann gesellschaftlich irrelevant und von der Zeit überrollt zu werden. Nichts ist für die Ewigkeit, auch der jetzige Beruf der Psychiater nicht. Eine aktive Mitgestaltung der zukünftigen Rolle – auch ggf. mit radikalen Veränderungen – mag mehr Aussicht haben, die Zukunft zu beeinflussen.

Wie kann man nun den Beruf des Psychiaters attraktiver, befriedigender und zukunftssträchtiger machen?

Es gibt Stimmen, die eine stärkere Orientierung auf Neurowissenschaften fordern und damit die Psychiatrie wieder der Neurologie näher rücken möchten [10, 23]. Neurowissenschaften können faszinierend sein und werden sicher grundlegende neue Erkenntnisse über pathophysiologische Prozesse und genetische Dispositionen hervorbringen. Es ist aber schwer zu sehen, wie das in einem überschaubaren Zeitraum die tägliche klinische Arbeit von Psychiatern wesentlich beeinflussen und verändern sollte. Andere betonen, dass die Psychiatrie ein medizinisches Fach wie jedes andere sei, sich halt nur mit Erkrankungen des Hirns und nicht etwa der Leber oder des Herzens beschäftige und dass es in der Psychiatrie genauso viel empirisch gesicherte Erkenntnisse gebe wie in anderen Fächern [5, 22]. Wenn Psychiatrie aber ein Fach wie jedes andere ist, warum soll man es dann wählen und nicht ein anderes Fach bevorzugen, in dem die Empirie vielleicht doch noch einen Schritt weiter ist?

Was ist die Alternative? Aus meiner Sicht ist die Psychiatrie keineswegs ein Fach wie jedes andere in der Medizin, sondern ganz anders als alle anderen Fächer. Sie ist einzigartig, und genau aus dem Grund sind auch viele begeistert Psychiater geworden. Natürlich gibt es

Überlappungen mit anderen Fächern. So ist der Umgang mit Menschen in allen Fächern zentral, und alle Fächer haben empirische Erkenntnisse, auf die sich ihre Arbeit stützt. Aber es gibt entscheidende Unterschiede. Hier sind nur einige:

- Für Diagnosen in der Psychiatrie gibt es keine objektiven Tests – biologischer oder anderer Natur –, sondern psychische Störungen zeigen sich in einem Verhalten, das im jeweiligen sozialen Kontext als Zeichen einer Störung interpretiert werden muss. Psychiater sollten deshalb in der Lage sein, komplexe soziale Situationen auch unter Berücksichtigung biographischer Kontexte und sozialer Umfelder zu analysieren und zu verstehen (ich räume ein, dass die gegenwärtigen diagnostischen Systeme dem nicht entsprechen; [16]).
- Die Diagnosen in der Psychiatrie sind von gesellschaftlichem Interesse und mit gesellschaftlichen Werten und Grundannahmen verbunden, wie es sich z. B. in Diskussionen um den Unterschied zwischen kriminellem und psychisch krankem Verhalten, im historischen Wandel in der Einschätzung von Homosexualität oder in Debatten um die psychischen Folgen von Kriegserlebnissen zeigt.
- Mehr als andere medizinische Berufsgruppen können Psychiater positive Veränderungen durch die therapeutische Beziehung erreichen, die sie mit den Patienten herstellen, d. h. sie sind als Person mit all ihren Eigenarten und Möglichkeiten nicht nur generell wichtig zur Beziehungsaufnahme, sondern potenziell entscheidend für das Erreichen eines therapeutischen Erfolges. Das gilt nicht nur, wenn sie im eigentlichen Sinn Psychotherapie betreiben, sondern für alle kürzeren und längeren therapeutischen Beziehungen.
- Die Psychiatrie ist das einzige medizinische Fach, das einen wesentlichen Teil seiner Patienten gegen deren Willen behandelt. Das ist keine angenehme Feststellung, unterstreicht aber die gesellschaftliche Relevanz der Psychiatrie, unabhängig davon, ob man Zwangsbehandlungen nun als erforderliche therapeutische

Maßnahme oder als reine Ordnungsfunktion betrachtet.

- Mehr als andere Mediziner arbeiten viele Psychiater in einem multidisziplinären Feld, wo Fertigkeiten in der Leitung solcher Gruppen und ihrer Dynamiken bedeutsam werden können.
- Psychiater können in ihrer Tätigkeit Fähigkeiten entfalten, wie es in dieser Form anderen Berufsgruppe kaum möglich ist, nämlich in äußerst schwierigen und komplizierten Situationen mit höchst gespannten oder verzweifelten Menschen Beziehungen herzustellen, in der sie Empathie vermitteln, effektiv kommunizieren und helfend intervenieren. Oft geschieht das in kurzer Zeit, und Psychiater passen dabei ihre Kommunikation sehr unterschiedlichen Situationen an, wie Notfällen, kurzen Beratungen, geregelten therapeutischen Sitzungen oder Familiengesprächen. Diese Herausforderung stellt sich jeden Tag aufs Neue und ermöglicht menschliche Begegnungen, die zutiefst irritierend und frustrierend, aber auch ungewöhnlich stimulierend und erfüllend sein können.

Optionen für die Zukunft

Der Beruf des Psychiaters bringt also verschiedene einzigartige Aspekte mit sich. Für manche mag dies unattraktiv sein, und dann werden sie sich eine andere Tätigkeit suchen. Vermutlich wird aber eine Psychiatrie, die diese Aspekte betont, für andere attraktiv werden und auch besser gewappnet sein, von ihren Stärken ausgehend zukünftige Änderungen zu meistern.

Es gibt mehrere Möglichkeiten, ausgehend von diesen Stärken erste Schritte in eine aktiv mitgestaltete Zukunft zu gehen:

Politisches Handeln

Hinreichend wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen, dass soziale Faktoren – wie soziale und Einkommensungleichheit, Armut, belastende häusliche Verhältnisse in der Kindheit, soziale Isolierung, Kriegs- und Foltererlebnisse –

die wesentlichen Determinanten für die Prävalenz psychischer Störungen in einer Gesellschaft sind. Psychiater selbst können diese Faktoren aber kaum beeinflussen. Dies ist eine Aufgabe der Politik. Ein Berufsstand, der sich der Reduzierung psychischen Leidens widmet und die empirischen Resultate kennt, wird aber unglaublich, wenn er nicht laut und deutlich politisches Handeln fordert und sich an Aktionen beteiligt, welche die sozialen Risikofaktoren vermindern und z. B. für mehr soziale Gleichheit, weniger Armut und Frieden eintreten. Entsprechende Aktionen auf internationaler, nationaler oder lokaler Ebene mögen unterschiedliche Formen annehmen und vielleicht auch erfolglos bleiben. Sie würden aber wahrscheinlich die gesellschaftliche Bedeutung und die Glaubwürdigkeit einer Psychiatrie stärken, die sich auf wissenschaftliche Evidenz und humanistische Werte beruft [15].

Kommunikationsfähigkeiten

Die jetzige Aus- und Weiterbildung zielt sehr auf die Vermittlung von Wissen ab und tendiert dazu, die Bedeutung der zentralen Fähigkeiten in der Psychiatrie zu übersehen. Viel mehr Training und Supervision sollte in die Verbesserung zweier wesentlicher Fähigkeiten investiert werden. Dies sind erstens die Kommunikationsfähigkeiten im Einzelkontakt, aber nicht im Sinne von Standardverhalten in bestimmten Situationen, sondern als variable Entwicklung und Nutzung individueller Stärken in der Art des Zuhörens, des Redens, des nonverbalen Verhaltens und des allgemeinen Umgangs mit Patienten und deren Angehörigen. Zweitens sind das Fähigkeiten in der Leitung kleinerer oder auch größerer Gruppen. Das überschneidet sich mit dem ersten Punkt, z. B. erfordern die Kommunikation im Einzelkontakt und die Leitung von Gruppen gleichermaßen die Ausarbeitung eines individuellen Stils. Die Gruppenleitung bringt aber weitere Aufgaben mit sich wie z. B. in der Entscheidungsfindung und -durchsetzung, insbesondere wenn die Gruppen nicht Patienten oder deren Fa-

milien, sondern Teams von Mitarbeitern sind.

Mehr Vielfalt

Man mag die gegenwärtige Ausrichtung der akademischen Psychiatrie auf neurowissenschaftliche Grundlagenwissenschaften für zukunftsweisend halten oder nicht, in jedem Fall würde die psychiatrische Forschung von mehr Vielfalt profitieren. Die Tendenz, dass fast alle universitären Einrichtungen in einem gewissen Feld einen ähnlichen Ansatz verfolgen, gibt es in vielen Disziplinen, nicht nur in der Psychiatrie. Sie ist in der Psychiatrie aber besonders hinderlich. Die Psychiatrie benötigt zu ihrer Fortentwicklung Kreativität, Innovationspielraum und vielfältige Anregungen. Sie hat eine besondere Stellung zwischen Natur-, Sozial-, Human- und Geisteswissenschaften. Sie kann mit all diesen Wissenschaftsbereichen zusammenarbeiten und von deren konzeptionellen und methodologischen Impulsen profitieren. Das gilt es aktiver zu nutzen, auch wenn dies zu unterschiedlichen Strömungen führen mag, die sich vielleicht nicht alle leicht integrieren lassen, im wissenschaftlichen Diskurs aber doch zu gegenseitiger Stimulation und zu Innovationen führen. Im reichen Europa mit so vielen gut finanzierten universitären Einrichtungen und großzügigen Forschungsförderungsprogrammen sollte es möglich sein, vielfältige Strömungen und Ideen in der Psychiatrie zu verfolgen und wissenschaftlich flexibler und innovativer zu nutzen.

Mehr Debatte

Verbunden damit ist die generelle Anforderung nach mehr Debatte. Wenn man über Zukunftsperspektiven spricht, kann man kaum erwarten, dass z. B. nahezu 10.000 Psychiater auf dem DGPPN-Kongress sich unisono auf eine bestimmte Perspektive einigen. Das ist aber auch nicht erforderlich. Im Gegenteil, ein Fach wie die Psychiatrie braucht eine ständige Debatte um Werte, Konzepte, wissenschaftliche Erkenntnisse und praktische Ansätze. Es gilt, alle diese Aspekte infrage zu stellen, neu zu überdenken und weiter-

zuentwickeln. Die Debatte darf durchaus kontrovers sein, sofern sie offen und respektvoll ist und weder in Feindseligkeiten ausartet noch mit berufspolitischem Machtgerangel verwechselt wird.

Herausforderung der ständigen Ungewissheit

Wenn in der internen Diskussion und Außendarstellung vorrangig empirische Resultate und wissenschaftliche Grundlagen betont werden, erweckt das den Eindruck, als ob die Psychiatrie von Gewissheiten lebe. Natürlich sind Kenntnisse über wissenschaftlich belegte Ergebnisse und etablierte Konzepte der Diagnostik und Behandlung wichtig. Für viele in der Psychiatrie ist es aber gerade die Herausforderung der ständigen Ungewissheit, die das Fach attraktiv macht, weil sie persönliche Positionen und Nachdenken erfordert und darin Veränderungen, neue Erkenntnisse und Kreativität möglich macht. Dies kann sowohl in der internen Diskussion als auch in der Außendarstellung betont und genutzt werden.

Werte und persönliche Motivationen

Und schließlich sind es auch die Werte und persönlichen Motivationen von Psychiatern, die sich vielleicht besser ansprechen und nutzen lassen. Wie schon ausgeführt, ist die Psychiatrie m. E. nicht ein medizinisches Fach wie jedes andere. Auch in anderen Fächern spielt natürlich das Bedürfnis, anderen Menschen zu helfen, eine große Rolle. Mehr als in anderen Fächern finden in der Psychiatrie aber auch humanistisches Engagement, eine Romantik des sozialen Einsatzes und der Wunsch eines gesellschaftlichen Einflusses ihren Platz. Und Psychiater, die von diesen Motivationen getragen sind – das müssen selbstverständlich nicht alle sein –, werden der Psychiatrie eine größere gesellschaftliche Bedeutung bringen.

Fazit

Auch wenn grundlegende Veränderungen der Psychiatrie nicht von ihr selbst, sondern im Wesentlichen von sozialem Wandel und technologischem

Forstschritt bestimmt werden, hat die Psychiatrie – hier als Gesamtheit der in der Psychiatrie Tätigen verstanden – doch einiges selbst in der Hand. Die oben genannten Punkte könnten bis zu einem gewissen Grad alle von der Psychiatrie selbst eingeleitet und umgesetzt werden. Möglicherweise kann das die Psychiatrie wichtiger, effektiver und attraktiver machen. Das könnte sie für die Zukunft besser rüsten, sodass sich ihrer bisherigen etwas mehr als 200-jährigen Geschichte weitere spannende und erfolgreiche Kapitel hinzufügen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. S. Priebe

Unit for Social and Community Psychiatry,
WHO Collaborating Centre for Mental Health
Services Development, Queen Mary University
of London, Newham Centre for Mental Health
E13 8SP London, Großbritannien
s.priebe@qmul.ac.uk

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. S. Priebe gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Literatur

- Burns T (2014) Our necessary shadow: the nature and meaning of psychiatry. Penguin, London
- Care Quality Commission (2018) Monitoring the Mental Health Act report 2018. <http://www.cqc.org.uk/content/monitoring-mental-health-act-report>. Zugriffen: 10. Juli 2018
- Chow WS, Priebe S (2016) How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since 1990. *BMJ Open* 6:e10188. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010188>
- Clark J (2005) Five futures for academic medicine: the ICRAM scenarios. *BMJ* 331:101. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7508.101>
- Craddock N, Antebi D, Attenburrow M-J, Bailey A, Carson A, Cowen P et al (2008) Wake-up call for British psychiatry. *Br J Psychiatry* 193:6–9
- de Stefano A, Ducci G (2008) Involuntary admission and compulsory treatment in Europe: an overview. *Int J Ment Health* 37:10–21
- Foucault M (1961) Madness and civilization. (Trans: R Howard). Random House, New York
- Giacco D, Amering M, Bird V, Craig T et al (2016) Scenarios for the future of mental health care: a social perspective. *Lancet Psychiatry* 4:257–260. [https://doi.org/10.1016/S22150366\(16\)30210-X](https://doi.org/10.1016/S22150366(16)30210-X)
- Goffman E (1961) Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates. Anchor, New York
- Insel T (2012) The future of psychiatry (= clinical neuroscience). Blog post by former NIMH director. <https://www.nimh.nih.gov/about/directors/thomas-insel/blog/2012/the-future-of-psychiatry-clinical-neuroscience.shtml>
- Katschnig H (2010) Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry* 9:21–28
- Kickbusch I (2014) Die Gesundheitsgesellschaft. Konzepte für eine gesundheitsfördernde Politik, 2. Aufl. Huber, Bern
- Kleinman A (2012) Rebalancing academic psychiatry: why it needs to happen – and soon. *Br J Psychiatry* 201:421–422. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.118695>
- Laing RD (1960) The divided self. Tavistock, London.
- Priebe S (2015) The political mission of psychiatry. Editorial. *World Psychiatry* 14:1–2. <https://doi.org/10.1002/wps.20172>
- Priebe S (2016) A social paradigm in psychiatry – themes and perspectives. *Epidemiol Psychiatr Sci* 21:521–527. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000147>
- Reil JC (1808) Ueber den Begriff der Medizin und ihre Verzweigungen, besonders in Beziehung auf die Berichtigung der Topik der Psychiatrie. In: Beiträge zur Beförderung einer Kurmethode auf psychischem Wege, Bd. 1. Curt, Halle, S 161–279
- Szasz TS (1961) The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct. Harper & Row, New York
- United Nations (2016) Convention on the rights of persons with disabilities. <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>. Zugriffen: 6. Juli 2018
- Valenti E, Banks C, Calcedo-Barba A, Bensimon CM et al (2015) Informal coercion in psychiatry: a focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 50:1297–1308. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1032-3>
- Vollmar HC, Ostermann T, Redaelli M (2015) Using the scenario method in the context of health and health care – a scoping review. *BMC Med Res Methodol* 15:89. <https://doi.org/10.1186/s12874-015-0083-1>
- Weih M, Kornhuber J (2010) Ende der ärztlichen Dominanz in der Psychiatrie. *Contrax Psychiatr Prax* 37:216–218
- White PD, Zeman AZJ (2012) Time to end the distinction between mental and neurological illnesses. *BMJ* 2012:344. <https://doi.org/10.1136/bmj.e3454>

In eigener Sache

Update Psychiatrie

Schon bestellt?

Die Update Newsletter von SpringerMedizin.de zu Ihrem Fachgebiet liefern Ihnen regelmäßig Aktuelles und Wissenswertes speziell zu Ihrem Fachgebiet:

- CME-Beiträge aus den Fachzeitschriften von Springer Medizin
- umfassende Übersichtsbeiträge und interessante Kasuistiken
- aktuelle internationale Studien
- Kongress-Highlights und Themen-Specials
- News aus Berufs- und Gesundheitspolitik

Jetzt Newsletter kostenlos bestellen unter www.springermedizin.de/mynewsletters