

Psychotherapeut 2013 · 58:219–236
DOI 10.1007/s00278-013-0977-5
Online publiziert: 23. Mai 2013
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Wolfgang Schneider

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin,
Zentrum für Nervenheilkunde, Universitätsmedizin Rostock

Redaktion

W. Schneider, Rostock
B. Strauß, Jena

Medikalisierung sozialer Prozesse

Die Medikalisierung sozialer Probleme

Die Themen Krankheit und Gesundheit, Prävention und Gesundheitsverhalten haben in den letzten Jahrzehnten erhebliche Bedeutung in der öffentlichen Diskussion unter Beteiligung der medizinischen Fachgesellschaften, der Krankenkassen, der Politik, der Gewerkschaften, aber auch der Massenmedien eingenommen. Die öffentliche Aufmerksamkeit für diese Themen findet ihren Niederschlag im „Problembewusstsein“ von öffentlichen Institutionen (z. B. Schulen, Universitäten, Betrieben und Gewerkschaften), die Programme zur Gesundheitsförderung und Rehabilitation implementiert haben, sowie weiter Teile der Bevölkerung, die, dafür sensibilisiert, sich um ein proaktives Gesundheitsverhalten kümmert, sich aber auch um ihre körperliche und psychische Integrität sorgt.

So konstruktiv die Debatte um Gesundheit und Krankheit sowie der Appell an die Menschen, gesund, zufrieden und mit Wohlbefinden zu leben, erscheinen mögen, beinhalten sie doch ein stark normatives und reglementierendes Element, und nicht zuletzt bilden sich darin handfeste ökonomische Interessen ab. So stellt der Gesundheitssektor, der sowohl präventive Einrichtungen und Initiativen, den Bereich der Krankenhäuser und der Rehabilitation, die Pharmaindustrie sowie die Pflegeeinrichtungen und die Träger sozialer Leistungen sowie die Wellness- und Beratungsbranche umfasst, einen prominenten wirtschaftlichen Wachstumsmarkt dar. Immer wieder wird argumentiert, dass die treibende

wirtschaftliche Kraft der Zukunft – nach dem russischen Ökonomen als „7. Kondratieff“ bezeichnet – die Gesundheitsindustrie sei. Die Gesundheits-/Krankheitsindustrie sowie ihre Akteure genießen wohl v. a. ihren Zugang zu den finanziellen Töpfen und sind weniger, als sie oftmals formulieren, an ethischen Werten orientiert. Auch in der BRD nehmen die Organisationen der „sozialen Hilfe“ (Sozialbranche) sowohl auf der Ebene der Beschäftigtenzahl – nach Expertenschätzungen ist diese mit 2 Mio. Beschäftigten die größte Beschäftigungsbranche der deutschen Volkswirtschaft (Wüllenweber 2012) – als auch auf der Ebene des Umsatzes eine herausragende Bedeutung ein. Gemäß Schätzungen, da keine offiziellen Zahlen vorliegen würden, beträgt der Umsatz der Sozialunternehmen nach Wüllenweber zwischen EUR 115 Mrd. und 140 Mrd. Der Autor fragt dann, ob „das reichste Deutschland in der Geschichte“ tatsächlich so hilfsbedürftig sei, dass diese Unternehmen zur größten Branche der Volkswirtschaft werden konnten oder ob die Helferindustrie sich die Hilfsbedürftigen nicht selbst schaffen würde. Auch wenn im System der sozialen Hilfen nicht nur als (psychisch) krank apostrophisierte Individuen versorgt werden, ist die Grenze zwischen den sozialen Notlagen – z. B. im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe oder in der Altenpflege – und medizinischen bzw. psychiatrischen Problemen jedoch fließend, und es ist davon auszugehen, dass auch dieser wirtschaftliche Sektor in relevanter Weise zur Medikalisierung/Psychopathologisierung beiträgt. Werden die großen Gruppen weiterer Anbieter von psychosozialen Problemlö-

sungen oder Präventivmaßnahmen (z. B. Organisationspsychologen, Coaches) oder die Wellness-Industrie einbezogen, die anders als die Sozialorganisationen nicht primär von der öffentlichen Hand (Steuern) gefördert werden, liegt nahe, dass die ökonomischen Umsätze in diesen Feldern immens sind. Zusätzlich kommen die offiziellen Institutionen und Akteure der medizinischen Versorgung (niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser und medizinische Rehabilitation), die Pharmaindustrie und paramedizinische Gesundheitsanbieter (Heilpraktiker, Geistheiler und Schamanen) hinzu. Alle diese Akteure weisen ein ökonomisches Interesse an den Medikalisierungsprozessen auf.

Gemäß dem Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (1984), der diese als körperliches, soziales und psychisches Wohlbefinden definiert, ist in der Gesellschaft das Augenmerk zunehmend auf die psychische Befindlichkeit, das Erleben und Verhalten von Individuen gelegt worden. Dabei werden die psychischen und die psychosomatischen Erkrankungen fokussiert, da deren Relevanz sowohl unter versorgungs- und gesundheitspolitischen als auch volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten seit Mitte der 1990er Jahre deutlich angestiegen ist. Gefragt oder behauptet wird auch immer wieder, dass diese zahlenmäßig zugenommen hätten. In diesem Zusammenhang wird schnell argumentiert, dass diese Entwicklung gesellschaftliche Verhältnisse und insbesondere auch arbeitsbezogene Bedingungen reflektieren würde, die ein Zuviel an psychosozialen Belastungen aufweisen würden.

Diese Pointierung der Sorge um die Gesundheit, das Wohlbefinden sowie um gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen wird in der Regel kaum hinterfragt; sie wird als human und sozial verantwortlich apostrophiert. Dass sie zumindest implizit Abweichungen von der Norm auf der körperlichen, sozialen und psychischen Ebene oftmals zu schnell als „krank“ und vielleicht auch defizient bewertet und entsprechend „korrigierende“ Handlungsmuster nahelegt, wird scheinbar wenig reflektiert und kritisch diskutiert. Dabei gab und gibt es sozialwissenschaftliche Ansätze zur Medikalisierung sowie zum „labeling approach“, die ihre Hochzeit in den 1960er und 1970er Jahren und der Antipsychiatrie hatten und die sich kritisch mit den oben skizzierten Entwicklungen auseinandergesetzt haben. Im Folgenden sollen relevante Argumentationslinien dieser Perspektive aufgeführt werden.

Medikalisierung der Gesellschaft

Unter den Begriff der Medikalisierung können unterschiedliche Aspekte gefasst werden: die Übersetzung von sozialen Prozessen/Problemen in die Sprache der Medizin; Erleben, Verhalten oder Interaktionen werden pathologisiert. Eine zweite Bedeutung verweist darauf, dass die Medizin sowie das gesamte System der Gesundheitsversorgung expansiv mehr und mehr den Alltag und gesellschaftliche Bereiche bestimmen. Dabei spielen natürlich ökonomische, aber auch (sozial-)politische Interessen bedeutsame Rollen. Aber auch die „Objekte“ von Medikalisierungsprozessen, das Individuum oder Gruppen von Individuen, nehmen aus unterschiedlichen Motiven – mehr oder weniger intentional – an dieser Entwicklung teil.

Illich (2007) hat eine sehr engagierte und damals viel beachtete Kritik an der Medizin verfasst, in der er argumentiert, dass sich diese zunehmend von einer Unterstützung „des Wirkens der Natur“ zu einer technologisch und biochemisch ausgerichteten Disziplin entwickelt habe, die das „Interesse des Patienten“ manipulierte. Die Medizin schwäche die Gesundheit nicht nur durch direkte Aggression gegen den Einzelnen, sondern auch durch die Auswirkung ihrer gesellschaft-

lichen Organisation auf die ganze Umwelt (Illich 2007, S. 31). Illich führt den Begriff der „sozialen Iatrogenese“ ein und charakterisiert damit Prozesse, die sich aus der gesellschaftlichen Institutionalisierung und Organisation des Gesundheitssystems ergeben und letztlich Gesundheitsschäden evozieren würden. Soziale Iatrogenese würde da vorliegen, wo das Gesundheitssystem Krankheit produziere, indem sie den Stress verschärfen oder lähmende Abhängigkeiten vermehre, indem sie quälende Bedürfnisse erzeuge oder die Toleranzschwelle für Unbehagen oder Schmerz senke, den Spielraum für das individuelle Leiden einenge und ihm das Recht auf Selbstheilung abspreche. Er formuliert, dass die Gesundheitsversorgung zunehmend zu einer Massenware geworden sei und dem Menschen in einer bürokratisch verwissenschaftlichten und technologisierenden Sprache gegenüber treten würde, in der individuelles Leiden, Trauer und Hoffnung in der Patientenrolle keinen Raum mehr finden und als Abweichung abgestempelt werden würden. Im Weiteren exemplifiziert Illich in seiner Monografie seine Sichtweise und Bewertung an unterschiedlichen Themenbereichen, zu denen das Definitions- und Handlungsmonopol der Ärzte, die Maximen einer „wertfreien“ Behandlung, die Ausweitung der Diagnostik und Diagnosenstellung, die Zunahme des Einflusses der Pharmaindustrie sowie die Ökonomisierung der Gesundheitsversorgung gehören. Darauf folgend beschreibt er, welche Konsequenzen diese Entwicklung auf der sozialen und der kulturellen Ebene aufweisen würde; die Schmerzwahrnehmung sowie der Umgang mit Schmerz würden unter dem Einflusse der Medizin dessen jeweils kulturspezifischen Charakter verändern und würden von der Medizin einer technologischen Wertung unterzogen, die keinen Raum für individuelles Leiden zulassen würde. Schmerz verliere seine individuelle Bedeutung und auch traditionelle kulturspezifische Bewältigungsmechanismen wie „Psychotherapie, das Glaubenssystem und die Drogen“, die auch Raum für die Überzeugung lassen würden, dass „die Wirklichkeit hart und der Tod unvermeidlich“ seien. Dieses Verständnis habe unter einer medizinischen Rationale, die Leiden als Versagen eines sozioöko-

nomischen Systems interpretiert und in der Schmerz als „störender Zwischenfall“ aufgefasst werde, keinen Platz mehr (Illich 2007, S. 96). Diese technologisch-rationale Umbewertung zeigt der Autor auch für das veränderte Verständnis von Tod und Sterben auf und widmet sich ebenfalls der für den vorliegenden Aufsatz bedeutsamen Frage der Erfindung und Ausweitung von Krankheiten.

Illich hat eine Entwicklung aufgezeigt, die sich heute im medizinischen Feld auf vielfältige Weise äußert:

- Durch die *Schaffung neuer „Krankheiten“* („chronique fatigue“, Fibromyalgie) bzw. die Veränderung und Ausweitung von Krankheitsbegriffen in Form der Herabsetzung der diagnostischen Schwellen. Dies lässt sich insbesondere für die psychischen Krankheiten zeigen, auf die weiter unten ausführlich eingegangen wird.
- Umdefinition von „normalen“ *Zuständen zu behandlungsbedürftigen Problemen*. Dies vollzieht sich insbesondere auch auf der Ebene der Gerontologie (z. B. Grönemeyer u. Welt o. J.).
- *Identifikation von Risikofaktoren* und deren Behandlung (z. B. Frank 2012): Beispiele sind die Normen von Cholesterin- oder Blutdruckwerten, die relativ zu niedrig angesetzt werden und zu früher Medikation führen. Die Bestimmung des Prostata-spezifischen-Antigen (PSA)-Werts wird aktuell als unsicher in Bezug auf die Aussagekraft für das Vorliegen einer Prostatakreberkrankung angesehen, aber weiterhin breit als Vorsorgeuntersuchung empfohlen. Gleiches gilt für Vorsorgeuntersuchungen beim Mamakarzinom. Dazu gehören ebenfalls genetische Untersuchungen, die letztlich ohne therapeutische Konsequenzen für die Betroffenen bleiben, sondern diese mit großer Wahrscheinlichkeit in eine massive psychische Verunsicherung oder Krise „treiben“ (z. B. Huntington-Chorea).
- *Ausweitung intensivmedizinischer und lebensverlängernder Maßnahmen*, die oftmals die Fragen der Prognose und Lebensqualität zugunsten des technologisch Machbaren vernachlässigen.

— *Lifestyle-Medizin*: Beispiele dafür sind Medikamente zur Verbesserung der Sexualität. Zur Steigerung des Absatzes von Medikamenten zur Behandlung von erektilen Dysfunktionen hat der Hersteller des Medikaments Viagra (Sildenafil®) versucht, den Absatzmarkt zu erweitern, indem argumentiert wurde, dass die erektile Dysfunktion häufig bereits bei Männern über 40 Jahren ein relevantes Problem darstelle. Auch für die Frau wurde versucht, den Begriff der sexuellen Dysfunktion zu implementieren, um entsprechende Absatzmärkte für Medikamente zu schaffen (Mache 2006). Weitere Beispiele für Lifestyle-Medikamente stellen Psychopharmaka – hier insbesondere Antidepressiva (Fluoxetin® als „Glücksspieler“) – dar und in jüngster Zeit Medikamente zur kognitiven Leistungssteigerung (Gehirn-Doping).

— Auch die *Wellness-Bewegung* trägt zu einer Medikalisierung individueller Befindlichkeitsstörungen bei, indem sie die Maßstäbe an das Wohlbefinden sehr hoch ansetzt. Sie hat insbesondere aufgrund der gesellschaftlich hohen Standards und Ansprüche an die körperliche sowie psychische Verfassung – das Jugendideal – ihre zunehmende öffentliche Attraktivität gewinnen können.

Illichs Kritik der Ökonomisierung, Enthumanisierung und Entsubjektivierung der Medizin fand Ende der 1960er Jahre ihre Entsprechung in der antipsychiatrischen Bewegung (z. B. Szasz 1960), die die Medikalisierung/Psychopathologisierung von abweichendem Verhalten, dessen Ausgrenzung und Disziplinierung in den „totalen Institutionen“ (Goffman 1967) durch die Psychiatrie kritisiert hat. In den 1960er und 1970er Jahren hat der „Labeling“-Ansatz (Peters 1996) im Bereich der kritischen Kriminologie und Soziologie, aber auch bei engagierten Psychiatern und sozialen Berufen weit verbreitete Resonanz gefunden. Dieser Ansatz kritisierte die ätiologische (pathologisierende) Sichtweise der Kriminalität bzw. von abweichendem Verhalten und charakterisierte sie als Ausdruck sozialer Kontrolle.

Psychotherapeut 2013 · 58:219–236 DOI 10.1007/s00278-013-0977-5
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

Wolfgang Schneider

Medikalisierung sozialer Prozesse

Zusammenfassung

Die Medikalisierung sozialer Prozesse umfasst mehr und mehr gesellschaftliche Bereiche und führt zur Ausweitung des Krankheitsbegriffs sowie zur Schaffung neuer Krankheiten. Im vorliegenden Beitrag werden die Fächer Psychiatrie und Psychotherapie in ihrer Medikalisierungstendenz diskutiert. Hierbei wird ein Augenmerk auf die diagnostischen Modelle und deren klinische Anwendung gelegt. Es werden die Wechselwirkungen zwischen gesellschaftlichen Bedingungen, dem medizinischen Versorgungsmodell und den Individuen in ihren Einflüssen auf die Medikalisierung sowie die Psychopathologisierung dargestellt und diskutiert. Weiter wird die Bedeutung aufgezeigt, die die zunehmende gesellschaftliche Offenheit für psychische Phänomene und der Einfluss der Massenmedien

bei den Medikalisierungsprozessen einnehmen. Auf der individuellen Ebene werden gesellschaftstypische psychologische Merkmale herausgearbeitet, die Einfluss auf die Bereitschaft von Individuen haben, sich selbst als „krank“ und sozial defizient zu erleben. Die Pathologisierungs- und Chronifizierungsprozesse werden dann am Beispiel der „Arbeitslosigkeit“, ihren psychischen Folgen und am „Burn-out-Begriff“ exemplifiziert. Abschließend werden Ansätze einer gesellschaftskritischen medizinischen und psychotherapeutischen Wissenschaft und Praxis skizziert.

Schlüsselwörter

Pathologisierung · Psychische Störungen · Arbeitsunfähigkeit · Arbeitslosigkeit · Burn-out

Medicalization of social processes

Abstract

Medicalization of social processes increasingly more involves societal areas and leads to the extension of disease concepts and the creation of new diseases. In this article the disciplines in psychiatry and psychotherapy will be discussed with reference to the trends towards medicalization. Particular attention is paid to the diagnostic models and their critical implementation. The interaction between societal conditions, the medical healthcare model and the individual will be presented and discussed with respect to their influence on medicalization and psychopathologization. Furthermore, the importance will be shown by which the increasing societal openness for psychic phenomena and the influence of mass media on the

medicalization process becomes incorporated. At the individual level societal-typical psychological characteristics which have an influence on the readiness of individuals to experience themselves as sick and socially deficient will be elucidated. The pathologization and chronification processes are exemplified using the case of unemployment and the psychological sequelae, such as on the term burnout. Finally, approaches of a societal-critical medical and psychotherapeutic science and practice will be sketched.

Keywords

Disease mongering · Mental disorders · Absenteeism · Unemployment · Burnout

Auch in der Psychoanalyse gab es sehr früh kritische Stimmen (einen historischen Abriss zeigt Russel 1985) gegenüber der Psychoanalyse als bloßer „medizinischer Behandlungsmethode“, die den subjektiven – widerständigen – Sinn von psychischen Störungen und ihr eigenes gesellschaftskritisches Potenzial vernachlässigen würde und damit zu einem trockenen und szientistischen Idiom werden würde, das „von konventionell und pragmatisch denkenden Ärzten praktiziert werde (Russel 1985, S. 175).

Castel (1982) nimmt für die USA aus einer gesellschaftskritischen Perspektive eine Analyse vor, wie sich der Umgang mit der „Psyche“ auf den Ebenen der Institutionen, der Professionalisierung und der Techniken historisch über die Modernisierung der Gesellschaft verändert und dennoch die grundsätzliche gesellschaftlich determinierte Funktion der sozialen Kontrolle, Machtausübung und subtilen Ausgrenzung beibehalten hat. Die Institutionalisierung habe einen Weg von der die „Geisteskranken“ wegsperrenden und aufbewahrenden Anstaltspsychiatrie

über die Modernisierung der psychiatrischen Kliniken und einer Differenzierung der Behandlungsmethoden zunehmend zu einer Entinstitutionalisierung über die gemeindepsychiatrischen Ansätze oder „freien Kliniken“ („free clinics“) genommen. Diese Entwicklung wurde auf der Ebene der Professionalisierung durch eine Ausweitung der die psychischen Probleme behandelnden Berufe (z. B. Sozialarbeiter, Berater jedweder Provenience) bis hin zu einer Bewegung der Antiprofessionalisierung begleitet, die von gesellschaftlich engagierten Personen getragen wurde, die vor dem Hintergrund einer Kritik der hegemonialen und anpassungsorientierten psychiatrischen Wissenschaft und Versorgung andere Modelle des psychosozialen Engagements für Randgruppen (z. B. Drogenabhängige) entwickelt haben. Aber letztlich – so Castel – seien diese Aktivisten wieder, meist in subalternen Funktionen, reprofessionalisiert worden, und dadurch hätte sich ein neuer Arbeitsmarkt erschlossen, der ein erstaunliches ökonomisches Entwicklungspotenzial aufweisen würde. Durch die Zunahme und Differenzierung der Interventionstechniken – hierzu rechnet er ausdrücklich auch die unterschiedlichsten Psychotherapieformen – hätte sich eine zahlenmäßige Ausweitung und Diversifizierung der Population ergeben, die in den Bereich der „Mentalmedizin“ (so Castel (1982) fallen würde. So würden unterschiedlichste Benutzergruppen die Angebote der psychiatrischen oder psychologischen Experten nutzen. „Einige werden durch unerbitterlichen gesellschaftlichen Zwang dorthin gedrängt, andere treffen ihre Wahl als höhere Form ihrer Freiheit (oder glauben dies zumindest). Aber für die einen wie für die anderen wird eine Antwort bereit gehalten“ (Castel 1982, S. 330). Dies bedeutet für Castel, dass immer Möglichkeiten existieren würden, die Probleme zu behandeln, die die Individuen als persönliches Unbehagen empfinden würden oder mit denen „es ausstaffiert wird, soweit es ein soziales Problem darstellt“ (Castel 1982, S. 330). Die Entwicklung der „Mentalmedizin“ hat nach Castel als „Reperaturschema“ begonnen und sich später zu einem Präventionschema weiterentwickelt, bei dem diese in die Umweltbedingungen eingreift, in-

sofern diese geeignet seien, die Gesundheit zu beeinträchtigen, zu erhalten oder wiederherzustellen. Ergänzend zu diesen am medizinischen Modell orientierten Interventionen würden vermehrt Techniken entwickelt und eingesetzt werden, die der „Normalitätsverstärkung“ dienen würden. Darunter fasst Castel Ansätze der Manipulation des Individuums (Verhaltensmodifikation oder Gruppentechniken) und der Umwelt, deren Ziel nicht die Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung von Gesundheit sei, sondern die Maximierung der Funktionstüchtigkeit bzw. die Reduktion von Abweichungen. Die verschiedenen Methoden zur Verhaltens- und Effektivitätsregulierung (z. B. Stressverarbeitungsprogramme, „work-life balance“), die heute im Rahmen der Organisations- und Personalentwicklung breit angeboten werden, würde Castel wohl dazu rechnen.

Die Hauptströmung in der Medizin sowie auch in der Psychiatrie und in weiten Teilen der Psychotherapie hat sich jedoch in ihrer Entwicklung weitestgehend unberührt von der Medikalisierungs- oder (Psycho-)Pathologisierungsdebatte entwickelt, aber treibt diese weiter voran, wie im Folgenden gezeigt werden wird.

Bedeutung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen

Die Bedeutung psychischer Erkrankungen wird seit Ende der 1990er Jahre von Medizinern und Psychologen, der Politik sowie den öffentlichen Medien mit zunehmender Nachhaltigkeit betont und hat so zu einer bemerkenswerten gesellschaftlichen Sensibilität für diese Thematik geführt.

Epidemiologische Daten aus einem Gesundheitssurvey, der 1998 durchgeführt wurde, sowie eine Auswertung europäischer Daten (Jacobi et al. 2004, Wittchen u. Jacobi 2005) gehen davon aus, dass die Jahresprävalenz psychischer und psychosomatischer Erkrankungen der europäischen Bevölkerung bei ca. 30% liegt. Führend sind dabei die Angsterkrankungen mit über 14,5% und die Depressionen (ca. 12%), gefolgt von den Suchterkrankungen und den somatoformen Störungen (Jacobi et al. 2004; Wittchen et al.

2012). Die Depressionen stellen aufgrund ihrer hohen Tendenz zur Chronifizierung und einem u. U. auch ätiologisch zu wertenden Zusammenhang zu körperlichen Erkrankungen (Haug et al. 2012) sowohl auf der Versorgungsebene als auch volkswirtschaftlich die relevanteste psychische Erkrankung dar. In einer jüngst durchgeführten (fragebogenbasierten und mithilfe eines computergestützten ärztlichen Interviews) repräsentativen Untersuchung von nahezu 8000 Individuen im Alter zwischen 18 und 79 Jahren (Hapke et al. 2012) fand sich bei 8,1% der Teilnehmer (10,2% Frauen und 6,1% Männer) eine aktuelle Depression. Bemerkenswert war, dass die Jahresprävalenz bei den 18- bis 29-Jährigen mit 9,9% am höchsten und bei den über 65-jährigen Teilnehmern am niedrigsten war. Ebenfalls von Interesse ist der Befund, dass die Häufigkeit von Depressionen mit dem sozialen Status der Teilnehmer sinkt. Insgesamt wiesen in dieser Studie jede 3. Frau (ca. 33%) und jeder 4. Mann (ca. 25%) eine klinisch relevante psychische Erkrankung auf, unabhängig davon, ob diese behandelt wurde oder nicht.

Die *Arbeitsunfähigkeit(AU)-Zeiten* wegen psychischer Erkrankungen sind in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich angewachsen (z. B. Klusen o J.); hierbei haben die Fehlzeiten von 2006 bis 2011 um mehr als 60% bei der Techniker Krankenkasse (TK) zugenommen. Eine ähnliche Entwicklung findet sich auch bei anderen großen gesetzlichen Krankenkassen. Allerdings zeigen sich deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der Versichertenstruktur (Geschlecht, Alter, Sozialstruktur, Branchenstruktur) sowie des Fallmanagements sowie ggf. unterschiedlicher Prozeduren der Fallaufbereitung und -dokumentation. Nach einer zusammenfassenden Auswertung der Entwicklung der AU-Zeiten der TK, der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK), der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) und der Betriebskrankenkassen (BKK) durch die Bundespsychotherapeutenkammer (2012, BPTK) sind ca. 12,5% aller betrieblichen Fehltage durch psychische Erkrankungen bedingt. Von 2000–2011 hat sich der Anteil der AU-Tage wegen psychischer Krankheiten bei diesen Krankenkassen verdoppelt. Von Bedeutung

ist auch, dass die AU-Zeiten dieser Patienten besonders lang andauern (30 Tage im Schnitt für alle psychischen Erkrankungen, für die Depressionen sogar 39 Tage). Arbeitslose weisen bei den unterschiedlichen gesetzlichen Krankenversicherungen nahezu die doppelte Anzahl an AU-Tagen auf als erwerbstätige Versicherte (z. B. BKK: 27,2 Tage vs. 14,1 Tage bei Erwerbstätigen in 2010; TK: 24,8 AU-Tag bei den Arbeitslosen vs. 13,8 Tagen bei den Erwerbstätigen). Dabei nehmen die psychischen Erkrankungen nach den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems den 2. Platz bei den AU-Schreibungen ein. Bei Arbeitslosen entfielen 25,7% auf die psychischen Erkrankungen; demgegenüber waren bei den erwerbstätigen Versicherten nur 12,0% der AU-Tage durch psychische Erkrankungen begründet. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, dass die Statistiken der Krankenversicherungen seit der Zusammenlegung von Arbeitslosen- und Sozialhilfe nur noch die Empfänger des Arbeitslosengelds (ALG) I berücksichtigten, sodass langzeitarbeitslose ALG-II-Empfänger nicht eingegangen sind. Deshalb ist davon auszugehen, dass die Anzahl an AU-Tagen bei dem Gesamt an Arbeitslosen höher liegen wird.

Die Verschreibung von Psychopharmaka hat ebenso in relevanter Weise zugenommen; die Antidepressivaverschreibung hat sich in den Jahren von 2000–2010 verdoppelt. Für Frauen ist sie sogar um 130% abgestiegen (TK 2011).

Auch bei den Erwerbsunfähigkeitsrenten stellen die psychischen und die psychosomatischen Erkrankungen seit 2010 mit einem Anteil von 40% die größte Krankheitsgruppe (Irle u. Fischer 2012). Dabei ist bemerkenswert, dass Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit aufgrund psychischer und psychosomatischer Erkrankungen deutlich früher erfolgen als bei anderen Erstdiagnosen (um ca. 3 Jahre). Auch bei der Inanspruchnahme von privaten Berufsunfähigkeitsrenten nehmen die psychischen und die psychosomatischen Erkrankungen eine führende Position ein (Grundmann 2012).

Wenn weiter berücksichtigt wird, dass den psychosozialen Faktoren auch ein großer Einfluss auf die Chronifizierungsprozesse von Organerkrankungen zukommt, lässt sich die Bedeutung psy-

chischer und sozialer Prozesse auf die Gesundheit leicht ermessen.

Dennoch bleibt zu fragen, inwieweit die in den epidemiologischen Studien erhobenen, bemerkenswert hohen Erkrankungszahlen bei den psychischen Störungen, aber auch die Diagnosenstellungen der Ärzte die „Wirklichkeit“ abbilden.

Ausweitung des Krankheitsbegriffs und Schaffung neuer Krankheiten in Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie

Gerade auf der Ebene der psychischen Störungen werden subjektive Befindlichkeitsstörungen zunehmend zu Krankheiten hochdefiniert, was sicherlich vielfach für somatoforme Störungen, Anpassungsstörungen oder auch das Burn-out-Syndrom gilt. Letzteres nimmt aktuell einen prominenten Platz in der öffentlichen Diskussion ein. Abweichungen von der Norm werden als Krankheiten definiert und in der klinischen Praxis als solche diagnostiziert. Die Begriffe „Krankheit“ oder „Gesundheit“ sind wissenschaftstheoretisch jedoch problematisch. Hucklenbroich (2008, S. 6) führt aus, dass es neben dem medizinisch-wissenschaftlichen Krankheitsbegriff noch den der alltäglichen Lebenswelt gibt, der sich nicht mit dem medizinischen Konzept decken würde, sowie den Krankheitsbegriff des Arbeits- und Sozial- und Versicherungsrechts, der mit dem Krankenstatus bestimmte Rechte, Pflichten, Ansprüche und Privilegien verbinden würde. Weiterhin weist die Konzeptionalisierung von Krankheit einen stark soziokulturellen und historischen Bezug auf. Der wissenschaftlich medizinische Krankheitsbegriff sei nicht explizit formuliert und müsse sich an den nicht-explizierten Voraussetzungen orientieren, auf die in der medizinischen Bewertung und Theoriebildung regelhaft bei der Definition von Krankheiten Bezug genommen werden würde. Zu diesen Voraussetzungen würden gehören (Hucklenbroich 2008, S. 7):

1. die Definition eines (primären) Kriteriums für Krankhaftigkeit;
2. bestimmte Phänomene müssen als Teil-, Begleit- und Folgeerscheinungen krankhafter Vorgänge zu identi-

fizieren und daher als krankhaft zu klassifizieren sein, auch wenn diese Phänomene nicht zu den primären Krankheitskriterien gehören;

3. sollen sich alle krankhaften Erscheinungen im Organismus prinzipiell innerhalb des Systems aller Krankheiten – der Nosologie – als Erscheinung einer oder mehrerer Krankheitsentitäten zuordnen lassen müssen.

Dieses dritte Prinzip würde der Diagnostik und Differenzialdiagnostik konstitutiv zugrunde liegen und postuliere, „dass es keine ‚isolierten‘ aus dem System der Krankheitsentitäten herausfallenden Krankheitserscheinungen gibt, sondern jedes pathologische Phänomen im Rahmen einer oder mehrerer kombinierter Krankheitsentität(en) auftritt und dementsprechend diagnostisch zugeordnet werden muss“.

Die beiden aktuell am prominentesten und etabliertesten Diagnosesysteme für psychische Erkrankungen sind das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM; American Psychiatric Association 1980) und die International Classification of Diseases and Related Health Problems-10 der WHO (ICD-10, Kap. F; Dilling et al. 1991). Beide diagnostischen Zugänge beanspruchen für sich, eine Klassifikation der psychischen Erkrankungen über die Definition und Beschreibung von diagnostischen Kategorien durch Symptome, Schweregrad und Verlaufskriterien vorzunehmen, die frei von nichtbelegten, sondern hypothetisch –theoriegebundenen – Annahmen zur Ätiologie sei. Für diese diagnostischen Systeme ist eine Vielzahl von halbstrukturierten sowie strukturierten Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren entwickelt worden, die sowohl in wissenschaftlichen als auch klinischen Studien vielfältigen Einsatz gefunden haben. Bereits zu Beginn der 1990er Jahre wurde von unterschiedlichen Autoren (Schneider u. Freyberger 1994) formuliert, dass der Anspruch der Ätiologiefreiheit dieser Diagnosenmodelle in eine diesen Systemen inhärente Biologisierung psychischer Erkrankungen und eine Favorisierung psychopharmakologischer Therapieansätze über die reine syndromale Beschreibung münden würde. In der weiteren Entwick-

lung wurde dann auch von den Protagonisten des DSM der – bei Weitem nicht-erfüllte Anspruch – formuliert, dass die Definition von diagnostischen Kategorien auf der Grundlage von neurobiologischen Befunden erfolgen sollte (Stieglitz u. Hiller in dieser Ausgabe).

Allerdings belegt die klinische Praxis, dass psychische oder psychosomatische Beeinträchtigungen von den behandelnden Ärzten, aber auch von den Patienten doch häufig im Zusammenhang mit psychosozialen Ereignissen oder Belastungen gesehen werden, wie sich z. B. an der Häufigkeit der Diagnose einer „Anpassungsstörung“ zeigt. Auch das „Burn-out-Syndrom“ (s. Abschn. „Burn-out“), die Charakterisierung von psychischen Störungen als Mobbing-Folge oder die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) attribuieren die Genese einer Störung auf psychosoziale Faktoren.

Mit diesen diagnostischen Ansätzen ist eine Zunahme der diagnostischen Kategorien (Stieglitz u. Hiller in dieser Ausgabe) verbunden, d. h., es werden mehr psychische und psychosomatische Erkrankungen geschaffen sowie eine Absenkung der kritischen Schwelle vorgenommen, ab wann ein bestimmtes Erleben und Verhalten als „krank“ gewertet wird. So wird von Frances (2012) – einem der beiden hauptverantwortlichen Wissenschaftler des DSM-IV – darauf hingewiesen, dass z. B. die diagnostischen Kriterien des „Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Syndroms (ADHS)“ im DSM-IV zu einer epidemischen Entwicklung geführt haben; die Antwort auf diese Diagnosenstellungen ist in der Regel die Therapie mit Psychopharmaka (Methylphenidat). Nach Kovács (2012) wird diese Diagnose zu oft bei wenig angepassten und leistungsschwachen Kindern auf Initiative der Eltern, Lehrer und von Kinderärzten diagnostiziert. Auch andere Lern-, Leistungs- oder Anpassungsprobleme haben den Stellenwert einer Diagnose erhalten (z. B. Legasthenie oder Akalkulie).

Weitere Beispiele für die Schaffung neuer Krankheitsbilder oder deren Ausweitung auf Prozesse des „Normalerlebens“ im DSM-IV sind die Einführung der bipolaren Störung für Kinder und Jugendliche, die seit 2000 um das Vierfache zugenommen hat, und die krankheits-

wertige Klassifikation von Schüchternheit oder Lampenfieber als „soziale Phobie“.

Das DSM-5, das voraussichtlich im Mai 2013 eingeführt wird, und mit ihm in Folge die ICD-11, die sich erfahrungsgemäß an den Entwicklungen des DSM orientiert, werden sicherlich noch deutlich mehr neue Krankheitsbilder „schaffen“ und insbesondere die Kategorie „krank“ über die Einführung eines dimensional Ansatzes weiter aufweichen. Nach diesem Ansatz ist die Abgrenzung unterschiedlicher Krankheitsentitäten oftmals künstlich, da unterschiedliche Eigenschaften und Verhaltensweisen wie z. B. Angst, Depression oder Hyperaktivität nicht in klar voneinander abgrenzbare diagnostische Kategorien einteilbar seien. Die Übergänge zwischen unterschiedlichen diagnostischen Kategorien seien fließend, da einzelne psychische Erkrankungen häufig Komorbidität zu anderen psychischen Störungen aufweisen würden. Vor diesem Hintergrund verschwimmt jedoch tendenziell die Schwelle zwischen „krank und gesund“ weiter, da die Diagnosenvergabe aufgrund von „kritischen“ Werten auf Symptomskalen großzügiger erfolgen wird (Beise 2010). Mit der geplanten Einführung des Konzepts der Risikosynonyme in das DSM-5 werden der Krankheitsbegriff und damit das Indikationsspektrum zur psychopharmakologischen Therapie weiter ausgeweitet. Es sollen entsprechend der Praxis in anderen medizinischen Fächern Risikofaktoren in der Diagnostik und Therapie berücksichtigt werden (Beise 2010). So sollte beispielsweise in das DSM-5 das „psychosis risk syndrome“ eingeführt werden, in das Individuen eingestuft werden sollten, die für Psychosen charakteristische Symptome in abgeschwächter Form aufweisen (z. B. relevantes Misstrauen, Wahnvorstellungen oder desorganisierte Sprache). Die Identifikation dieser Risikosynonyme sollte dann, neben psychologischen Ansätzen, die frühe und präventiv-wirkende Psychopharmakotherapie ermöglichen. Studien an „Hochrisikopatienten“ hätten jedoch gezeigt, dass nur 30% dieser „Patienten“ innerhalb von 2 Jahren manifest an einer Psychose erkranken würden. Die Zahl an falsch-positiven Diagnosen war somit als hoch anzusetzen, was wohl letztlich zur Auf-

gabe dieser diagnostischen Kategorie geführt hat.

Das klassifikatorische Vorgehen der aktuellen psychiatrischen Diagnostik (DSM-IV und ICD-10) erscheint gegenüber den von Hucklebroich explizierten Kriterien (s. oben), nach denen Krankheitsbegriffe wissenschaftlich begründet sein sollten, doch eher willkürlich und wird tendenziell immer beliebiger, wenn unterschiedliche Symptome oder Folgeerscheinungen nun im DSM-5 (nach dem Prinzip der Dimensionalität) unterschiedlichen diagnostischen Kategorien zugeordnet werden. Sicherlich findet sich eine Vielzahl von Symptomen bei unterschiedlichen diagnostischen Klassen; das DSM verfügt jedoch nach Ansicht des Autors über keine adäquate Rationale der Zuordnung von Symptomen zu Krankheitsentitäten. Letztere sind auch nicht überzeugend begründet, wenn die Zunahme der diagnostischen Kategorien in der Geschichte des DSM beachtet wird (Stieglitz u. Hiller in dieser Ausgabe).

Grundsätzlich ist das dimensionale Verständnis von „Gesundheit und Krankheit“ gegenüber einer kategorialen Fassung des Krankheitsbegriffs als angemessen anzusehen, da insbesondere die Wertung psychischen Erlebens und Verhaltens einen starken soziokulturellen Bezug aufweist. Was als gesund oder krank beurteilt wird, variiert über Kulturen und Zeiten. Als problematisch ist jedoch anzusehen, dass der dimensionale Zugang des DSM-5 eine Ausweitung des Pols der Krankheit vornimmt und entsprechend „präventive“ Maßnahmen (hier insbesondere psychopharmakologische Interventionen) impliziert und praktisch umsetzen lassen wird. Hier zeigt sich, dass das Konzept der Prävention durchaus starken Bezug zu Medikalisierungsprozessen aufweisen kann, wie auch bereits im Abschn. „Medikalisierung, Gesellschaft“ von Castel (1982) beschrieben. Präventive Maßnahmen, die sich auf die Förderung des Gesundheitsverhaltens orientieren, nimmt Castel demgegenüber vom Medikalisierungsvorwurf aus.

Bemerkenswert ist doch, dass die hier beschriebene Entwicklung der zunehmenden Pathologisierung innerhalb der Psychiatrie und der Psychosomatik wenig kritischen Widerhall sowohl bei den

Vertretern der „Psychofächer“, innerhalb des medizinischen Versorgungsmodells, den sozialpädagogisch-arbeiterisch Tätigen sowie in der Öffentlichkeit findet. Dies scheint durch ein verändertes gesellschaftliches Bewusstsein in Richtung auf ein anpassungsorientiertes Problem- und Handlungsverständnis bedingt zu sein.

Im Folgenden sollen die Faktoren diskutiert werden, die derart imponierende Befunde für diese Störungen auf der epidemiologischen Ebene sowie in der medizinischen Versorgung einschließlich der Beratungen beeinflussen.

Zu diesen Bedingungen zählen die Wechselwirkungen zwischen gesellschaftlichen Einflussfaktoren, des Systems der Gesundheitsversorgung sowie des Selbsterlebens, der Selbstreflexion und -bewertung der Individuen. Die ausgewählten themenspezifischen relevanten Aspekte dieser unterschiedlichen Wirkvariablen und ihrer Interaktionen sollen herausgearbeitet werden.

Gesellschaftliche Einflussfaktoren

Die globalisierte Gesellschaft ist durch zunehmende Komplexität, Schnelligkeit, Vielfältigkeit und Widersprüchlichkeit charakterisiert, die von den Individuen ein hohes Ausmaß an psychosozialen Adaptationsmechanismen und der Fähigkeit zur Selbstregulierung erfordert. Insbesondere das Wegbrechen von tradierten gesellschaftlichen Werten sowie orientierungs- und wertvermittelnden Institutionen (wie z. B. Kirche, Gewerkschaften, politische Parteien und Vereine) hat diese Entwicklung forciert.

Der französische Soziologe Alain Ehrenberg hat in 2 Monografien herausgearbeitet, wie die aktuellen gesellschaftlichen Kontext- und Lebensbedingungen die Individuen oftmals dabei überfordern, die grundsätzlich verfügbaren Optionen an Freiheit und Entwicklung für sich zu realisieren. Es resultiere nach Ehrenberg ein „erschöpftes Selbst“ (Ehrenberg 2008), und es entstehe ein „Unbehagen in der Gesellschaft“ (Ehrenberg 2011).

Wir leben in einer „Arbeitsgesellschaft“, in der die Teilhabe an der Erwerbsarbeit nicht nur existenziell, sondern auch sozial und psychologisch ei-

nen zentralen Stellenwert für den Einzelnen und die Familien einnimmt. Die befriedigende Integration in den Prozess der Erwerbsarbeit vermittelt dem Individuum materielle und soziale Sicherheit. Darüber hinaus weist sie eine wichtige Funktion für die (soziale) Identitätsbildung des Individuums sowie eine selbstwertfördernde und -stützende Bedeutung auf (z. B. Siegrist 2009). Auf dieser Basis könne das Individuum sein Leben konstruktiv und unabhängig für sich und für seine Familie gestalten.

Die moderne Arbeitswelt ist durch zunehmende Technologisierung und Verwissenschaftlichung sowie das Anwachsen des Dienstleistungssektors (u. a. des Gesundheitssystems) gekennzeichnet. In diesem Zusammenhang wird immer wieder beschrieben, dass die Arbeitsbedingungen durch Intensivierung und Verdichtung der Arbeitsaufgaben, Multitasking, erhöhte psychosoziale Komplexität aufgrund technologischer Erneuerungen, wachsende psychosoziale und interaktive Anforderungen – insbesondere im Dienstleistungssektor – sowie durch Verwischung von Grenzen zwischen Arbeit und Privatem (Entgrenzung von Arbeit) immer höhere psychosoziale Herausforderungen an die Bewältigungsfähigkeit der Individuen stellen würden. Diese würden infolge dieser Belastungen vielfach Stresserleben und -symptome sowie psychische und psychosomatische Erkrankungen entwickeln. Diese Prozesse in der Arbeitswelt sind seit einer Reihe von Jahren von unterschiedlichen Akteuren der Politik, der Gewerkschaften und der Arbeitsmedizin (Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. 2008, IG-Metall 2012) sowie einschlägigen medizinischen und psychologischen Fachgesellschaften kritisch diskutiert worden (z. B. Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen 2008). Die Bundesanstalt für Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2012) hat die Zunahme von psychischen Erkrankungen auf der Grundlage einer Befragung von 20.000 Erwerbstätigen jüngst als Folge der arbeitsbezogenen psychosozialen Belastungen (Stress) noch einmal nachhaltig betont. – Dies gelte auch für Führungskräfte und für die unterschied-

lichen Arbeitsfelder. Die Ergebnisse dieser Studie sowie relevante Schlussfolgerungen sind am 29. Januar dieses Jahres von der Politik, den Gewerkschaften sowie arbeitsmedizinischen und -psychologischen Experten im Rahmen eines Symposiums diskutiert worden. Aus dem Report geht hervor, dass 58 Mio. AU-Tage auf Kosten psychischer Erkrankungen gehen würden und dass sich die Zahl in den letzten 6 Jahren um 80% erhöht hätte. Als positiv wird hervorgehoben, dass mehr als 50% der Beschäftigten ihr Betriebsklima und ihre Arbeitssituation als positiv charakterisieren würden, und als Lösung der Probleme werden eine Reduzierung des Arbeitsdrucks, ein Mehr an Selbstgestaltungsmöglichkeiten bei der Arbeit, die Förderung der sozialen Unterstützung in den Betrieben durch Vorgesetzte und Kollegen sowie ein angemesseneres Verhältnis von Freizeit und Arbeit angeführt.

Auch in den Betrieben und Organisationen ist die Sensibilität für diese Problemstellung deutlich angewachsen. Insbesondere in größeren Unternehmen finden sich Ansätze des Gesundheitsmanagements, die sowohl auf der individuellen als auch organisationalen Ebene die psychischen Belastungsfaktoren, die damit verbundenen Herausforderungen und ggf. negativen Folgen für die (psychische) Gesundheit der Arbeitnehmer aufgreifen (Jurkschat u. Glomm 2010). Besonders hoch im Kurs stehen in diesem Zusammenhang die Themen Burnout und Mobbing, aber auch das Auftreten von PTBS in spezifischen Organisationen (wie z. B. Bundeswehr, Rettungsdienst oder Deutsche Bundesbahn).

Die Aufrechterhaltung oder Schaffung von sozialen Beziehungen und Netzwerken wird unter der geforderten räumlichen und sozialen Mobilität sowie einer wachsenden Entgrenzung der Arbeit (die Trennung zwischen Freizeit und Arbeit hebt sich tendenziell auf) ebenfalls problematisch. Sie erfordert vom Individuum ein hohes Maß an Fähigkeiten zur Selbstregulierung und zur psychosozialen Adaptation auch in der Gestaltung von persönlich tragenden Beziehungen. Dass dies häufig nicht gelingt, zeigt sich in den Veränderungen, die klassische Familien- und Beziehungsformen mittlerweile aufweisen. Jede 2. bis 3. Ehe wird heute

geschieden. Familien stellen mehr und mehr eine „flüchtige“ Sozialgemeinschaft mit unterschiedlichen Beziehungsformen dar (Patchwork-Familien), in denen Kinder aus verschiedenen Ehen oder Beziehungen in neuen „elterlichen“ Gemeinschaften kontinuierlich oder zeitlich begrenzt aufwachsen. Daraus ergeben sich erhebliche psychosoziale Anforderungen für die Erwachsenen und für die Kinder, die sicherlich häufig zu psychischen Beeinträchtigungen führen können.

Auch die hohe Arbeitslosigkeit bzw. die häufig real erlebte Gefahr des Arbeitsplatzverlustes ist mit massiven psychosozialen Belastungen und Beeinträchtigungen für die Arbeitnehmer und ihre Angehörigen verbunden. Die oben gezeigten Befunde weisen aus, dass psychische Erkrankungen bei Arbeitslosen fast doppelt so hoch sind wie bei Erwerbstätigen. In diesem Zusammenhang ist immer wieder die Frage diskutiert worden, ob Arbeitslosigkeit zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands (Kausalitätshypothese) führt oder Personen mit schlechterem Gesundheitszustand mit einer höheren Wahrscheinlichkeit arbeitslos (Selektionshypothese) werden. Sowohl die kausale als auch die selektive Wirkungsrichtung erscheinen plausibel. In den meisten Untersuchungen zeigt sich, dass beide nebeneinander ihre Berechtigung haben und als Erklärung für die gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei Erwerbslosen herangezogen werden können (Egger 2007; Paul u. Moser 2009). In dieser Diskussion wird jedoch der interessante Aspekt der Medikalisierung bzw. Pathologisierung sozialer Probleme ausgeklammert. Die Befunde und Diskussionen über prekäre ökonomische, soziale und psychische Lebensverhältnisse belegen zum einen, dass viele Individuen oder Familien zunehmend in ökonomisch unsichere und abhängige Verhältnisse geraten, in denen sie auf staatliche Unterstützung angewiesen sind, die in hohem Ausmaß mit der Erfahrung der Stigmatisierung, sozialer Kontrolle und psychosozialer Unselbstständigkeit verbunden sind. Zum anderen machen sie deutlich, dass eine große Zahl an Individuen mit diesen Lebensbedingungen überfordert ist und dass daraus für den Einzelnen und seine Familie ein hohes Risiko für seine psychosoziale Inte-

grität und Anpassung resultiert (Schneider 2010). Zu den besonderen psychosozialen Problemen zählen die Unzufriedenheit mit der Lebenssituation, die Bedrohung der sozialen und der persönlichen Identität, Hoffnungs- und Hilflosigkeit, Selbstwertverlust durch mangelnde soziale Einbindung, Selbst- und Kontrollverlust sowie wachsender sozialer Rückzug. Vor dem Hintergrund dieser Probleme könnten dann depressive Entwicklungen, Ängste und alle möglichen anderen psychischen Erkrankungen entstehen.

Akzentuierung der psychischen Entwicklung in der postmodernen Gesellschaft

Die letzten Jahrzehnte sind durch eine wachsende Offenheit in der westlichen Gesellschaft und der Individuen gegenüber dem Thema „Psyche“ und den psychischen Erkrankungen gekennzeichnet. Als positiv ist die zunehmende Tendenz zur Beachtung von Gefühlen, inneren Motiven und Verhalten zu werten. Themen wie Liebe, Trauer, Selbstwert, Identität oder Kommunikation nehmen größeren Raum ein als früher. Die Diskussion über die große Bedeutung psychischer Erkrankungen stellt die andere Seite dieser Medaille dar.

Die kulturvergleichende Persönlichkeitspsychologie (Asendorpf 2007) charakterisiert das Individuum in der westlichen Kultur als egozentrisch, mit vorherrschender Wertorientierung an der Realisierung eigener persönlicher Lebensentwürfe, Ziele, Motive und Wünsche. Die Beziehung zu anderen sei insbesondere durch den Wunsch nach Anerkennung motiviert. Wünsche und Normen in Bezug auf das seelische Wohlbefinden sind hoch – wie oben dargestellt – und oftmals an den gesellschaftlichen, beruflichen und persönlichen Erfolg gebunden. Entsprechend werden egozentrische und narzisstische Akzentuierungen vielfach als typische Persönlichkeitsmerkmale unserer Zeit beschrieben (Maaz 2013). Gerade die akzentuiert narzisstischen Persönlichkeitszüge korrespondieren oftmals stark mit den vordergründig von der Gesellschaft geforderten Qualitäten von Individuen in Führungspositionen. Dazu gehört insbesondere die ausschließlich nach

der Selbstwertregulierung ausgerichtete Beziehungsgestaltung, bei der die Bedürfnisse des anderen (hier des Mitarbeiters) ignoriert werden. Zur effektiven Erreichung dieser Beziehungsmotive haben Personen mit „pathologischem“ Narzissmus früh manipulative Kommunikations- und Interaktionsmuster erlernt, die der Selbstwertstabilisierung durch das Erzielen von Anerkennung und Bewunderung durch andere dienen. Aufgrund ihres labilen Selbstwertgefühls reagieren entsprechende Personen bei Nichterfüllung ihrer narzisstisch getönten Bedürfnisse schnell mit massiven Kränkungen, die zu Aggressionen nach außen (gegen andere) oder gegen sich selbst führen können. Infolge kommt es häufig zu destruktiven Interaktionen und Konflikten, die in Organisationen und im Privaten mit relevanten Belastungen einhergehen (Braungardt et al., in dieser Ausgabe).

Als weiteres zentrales psychologisches Thema unserer Zeit werden von kritischen Sozialpsychologen und Soziologen die problematischen Bedingungen der Identitätsbildung in der postmodernen Gesellschaft beschrieben (z. B. Keupp u. Höfer 1998). Die Veränderungen sowohl in der privaten Sphäre, die durch zunehmende Auflösung tradierter familiärer Strukturen und damit verbundenen privaten Rollen charakterisiert seien, sowie die Anforderungen an die berufliche Flexibilität, die Veränderung beruflicher Aufgaben sowie des sozialen Status und ggf. der Verlust der Arbeit und die damit verbundenen psychosozialen Konsequenzen würden eine nachhaltige Instabilisierung der Prozesse der Identitätsentwicklung bewirken. Ergänzend führe das angesprochene Wegbrechen traditioneller Werte sowie bedeutender gesellschaftlicher Institutionen zu einer Verunsicherung der individuellen Identitätsentwürfe, sodass die Individuen über die gesamte Lebensspanne hinweg neue Identitätsentwürfe entwickeln und diese leben müssten.

Diese hier beschriebenen Anforderungen an eine flexible und dennoch persönliche und sozial-kontinuierliche Identitätsbildung unter Lebensbedingungen, die durch eine schnelllebige, komplexe, wenig überschaubare und widersprüchliche Gesellschaft mit einem, wie oben beschriebenen, niedrigen Strukturierungs-

grad gekennzeichnet sind, erfordern seitens des Individuums grundsätzlich die Verfügbarkeit von stabilen und adaptiven innerpsychischen und interaktionellen Kompetenzen, die in der Psychoanalyse/der psychodynamischen Psychotherapie als persönlichkeitsstrukturelle Faktoren aufgefasst werden (z. B. Arbeitskreis OPD 2006a).

Die Fähigkeit zu einer adaptiven Selbstregulierung und einer für das Individuum sowie für die soziale Gruppe angemessenen Gestaltung der Beziehung zu anderen stellt eine Funktion früher Entwicklungsbedingungen (Beziehungserfahrungen) dar. Diese erfordern eine psychosozial stabile, angemessene/phasengerechte und empathisch auf die kindlichen Bedürfnisse eingehende Eltern-Kind-Beziehung, die im Weiteren z. B. durch die Integration in angemessene konstruktive und entwicklungsfördernde Einrichtungen wie Kindertagesstätten oder Kindergärten ergänzt werden kann. Die gesellschaftlichen Entwicklungsbedingungen haben jedoch dazu geführt, dass Eltern, aufgrund ihrer prekären sozialen, aber auch psychischen Konstellation, vielfach nur wenig in der Lage sind, ihren Kindern einen angemessenen Entwicklungsraum zu bieten. Auch in Familien mit besserem Status in Bezug auf Bildung, berufliche Position, den damit verbundenen finanziellen Ressourcen und der sozialen Anerkennung werden die notwendigen stabilen, kindgemäßen und empathischen Beziehungsangebote häufig nicht mehr oder nur unangemessen vorgehalten. Dies stellt u. a. eine mögliche Folge der vielfältigen beruflichen Aufgaben sowie deren Realisierungsbedingungen (Entgrenzung/Überwertigkeit der Arbeit, Mobilität, Wochenendpendler) sowie der Brüchigkeit und Diskontinuität von Partnerschaften und damit verbundenen familiären Kontexten dar. Der wachsende Raum, den die Nutzung von modernen Medien und elektronischen Kommunikationsmitteln bzw. Internet einnimmt, hat sicherlich ebenso seine Konsequenzen für die Entwicklungsbedingungen von Kindern. So steht zu befürchten, dass das hohe Ausmaß an persönlichkeitsstruktureller Kompetenz und Ressourcen, das aufgrund der psychosozialen Umgebungsbedingungen – der Gesellschaft – gefordert

wäre, vielfach nur ungenügend von Individuen herausgebildet worden ist.

Wir sehen nun – vereinfacht typisiert – unterschiedliche Wege, auf denen es zu psychosozialen Problemstellungen in unserer Gesellschaft kommt. Ein Scheitern der narzisstisch aufgeladenen Ziele und Motive – das für eine Vielzahl von Individuen eine relativ große Wahrscheinlichkeit aufweist – resultiert aufgrund deren Überwertigkeit in narzisstischen Kränkungen, für die eine nachhaltige Destabilisierung des Selbstwertgefühls und damit die verbundenen depressiven Reaktionen typisch sind.

Die Ansprüche an die Realisierung von persönlichen und beruflichen Zielen waren gerade für die Mittelschicht hoch, solange unsere Gesellschaft noch ein Mehr an Aufstiegschancen geboten hat. Heute haben sich die realen beruflichen Entwicklungschancen, die Perspektive auf eine weitere Verbesserung der materiellen Situation und des sozialen Aufstiegs oder zumindest deren Erhalt auch für die Mittelschicht verringert. Nach der Sicht vieler Autoren (z. B. Hartmann 2012; Wüllenweber 2012) weist die Mittelschicht immer weniger Entwicklungsräume auf, da mehr und mehr Individuen sozial „abrutschen“ würden. Daraus resultiere die Gefahr der Enttäuschung oder des subjektiven Leidens, angesichts der eigenen nichterfüllten Wünsche und Ziele, die Ehrenberg (2008; Ehrenberg 2011) als konstituierend für die von ihm beschriebene Tendenz zur Kränkung und Depression des postmodernen Individuums ansieht.

Die Entwicklung von depressiven Verarbeitungen findet in unserer Gesellschaft jedoch nicht nur entlang einer primär narzisstischen Problemstellung statt, sondern stellt häufig den Ausdruck einer passiven Grundhaltung und eines defizitären sowie desintegrierten Identitätsgefühl dar. Dies ist für die sozial prekären Schichten charakteristisch. Für diese sozialen Gruppen sind die gesellschaftlichen Versprechungen von Erfolg, Karriere, Geld und sozialer Anerkennung von vornherein nicht erreichbar. Das Erleben dieser Diskrepanz zwischen den grundlegend verfügbaren Entwicklungshorizonten und der eigenen als defizitär erlebten Realität löst resignative, depressiv getönte Emotionen sowie Gefühle der Selbstunwirksamkeit und des

Angewiesenseins auf die Unterstützung von anderen aus (Schneider 2011). Leicht vorstellbar ist, dass mit der Arbeitslosigkeit, der Abhängigkeit von staatlicher Unterstützung und Transferleistungen, aber auch der oben beschriebenen sozialen Kontrolle die grundsätzlich identitäts- und selbstwertstiftenden psychosozialen Funktionen und Beziehungen in der Familie tangiert werden. Ein anderer psychischer Verarbeitungsmodus besteht in externalisierten fremdaggressiven Impulsen, die sich z. B. in devianten oder rechtsextremen Haltungen und Handlungsmustern ausdrücken können.

Entlang dieser hier angeführten Perspektiven ist gut vorstellbar, dass Individuen während unterschiedlicher Etappen ihres Lebenswegs in psychosoziale Konflikt- und Problemlagen kommen. Daraus können dann unterschiedlichste Beschwerden, subjektiv erlebte individuelle und interaktionale Beeinträchtigungen resultieren, die letztlich vielfach als eine psychische oder psychosomatische Erkrankung erlebt und etikettiert werden. Von Interesse ist, auf welchem Weg und durch welche Einflüsse das Erleben von psychischen oder auch somatischen Beschwerden vom Individuum als krankheitswertig und die körperliche sowie psychosoziale Integrität bedrohend wahrgenommen bzw. attribuiert werden.

Die bereits angesprochene zunehmende gesellschaftliche und damit auch individuelle Offenheit für psychische Prozesse, aber auch für die Wahrnehmung psychischer Beeinträchtigungen hat in der Vergangenheit dazu geführt, dass Individuen schneller bereit sind, ihre psychische Befindlichkeit als „anormal“ bzw. „krank“ zu erleben und zu bewerten. Der öffentliche Hype um die gravierenden psychosozialen gesellschaftlichen Anforderungen, den alltäglichen und beruflichen Stress hat dazu geführt, dass die Bevölkerung nachhaltig für diese Thematik sensibilisiert worden ist. Ergänzend kommt hinzu, dass es die bereits angesprochene – über die Massenmedien, die Politik, Gewerkschaften und über das Gesundheitssystem vermittelte – Tendenz zur Betonung der psychosozialen Risiken der Lebenswelt und der „Zunahme“ der psychischen und psychosomatischen Erkrankungen gibt. Es ver-

geht seit Jahren kaum eine Woche, in der die Themen „Burn-out“ oder „psychische Erkrankungen“ nicht als Titelgeschichte – zumeist mit beeindruckenden Fotos garniert – in den Printmedien oder in Rundfunk und Fernsehen auftauchen.

So wird nachvollziehbar, dass Individuen eine größere innere „Bereitschaft“ entwickelt haben, ihre Lebenskontexte sowie die beruflichen Anforderungen als überfordernd und brisant zu bewerten sowie eigene Befindlichkeitsstörungen und psychische Probleme als Ausdruck einer psychischen Erkrankung zu attribuieren. Die Erfahrungen im Feld der medizinischen Versorgung verstärken dann diese Tendenzen.

Medizinische Versorgung

Eine zentrale Rolle im Medikalisierungsprozess kommt den ärztlichen Behandlern bzw. dem medizinischen Versorgungssystem zu. Ein Patient konsultiert einen Arzt, und dieser stellt nach einer mehr oder weniger ausführlichen Untersuchung in der Regel eine Diagnose. Dies wird schon durch die medizinische Ausbildung – Ärzte fokussieren Krankheiten – induziert und noch einmal durch das Entgeltsystem. Obwohl Ärzte in der klinischen Praxis und ärztlichen Weiterbildung zur psychosomatischen Grundkompetenz relativ lange auch bei psychischen und psychosomatischen Problemstellungen an somatisch orientierten Krankheitskonzepten und Behandlungsverfahren festhalten – Befunde aus den 1990er Jahren legten nahe, dass ein Patient mit psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen im Durchschnitt 7 Jahre im System der Organmedizin verblieb –, scheint es heute so, dass Ärzte eine höhere Sensibilität für psychische und psychosomatische Probleme ihrer Patienten aufweisen. Gegenüber früheren Zeiten werden letztlich schneller entsprechende Diagnosen gestellt und einschlägige Therapien (z. B. Psychopharmaka, Psychotherapie) verordnet. Diese Tendenzen zur zeitlich früheren und häufigeren Diagnostikstellung von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sowie entsprechenden therapeutischen Maßnahmen bei Ärzten stellen ein Resultat der oben

beschriebenen unterschiedlicher Einflussfaktoren dar.

Die wachsende Offenheit und Sensibilität von Individuen für ihr psychisches Erleben bzw. für Befindlichkeitsstörungen oder psychische Probleme resultiert bei diesen in einer zunehmenden Bereitschaft, diese bei ihrem Arzt anzusprechen. Im Vordergrund stehen dann oftmals Klagen über brisante Arbeitsbedingungen oder Arbeitslosigkeit und damit verbundenem Erschöpfungs- und Überlastungserleben, Ängsten oder Depressionen. Diese Problemschilderungen werden immer häufiger im Sinne der Dynamik und der Beschwerden eines Burn-out-Syndroms vorgetragen, dass sich, wie im Abschn. „Burn-out“ ausgeführt, in besonderer Weise als Verursachungskonzept für die eigenen psychischen Probleme eignet (Entstigmatisierung, Ausdruck von beruflichem Engagement oder drängenden Lebenskonstellationen). Allzu oft werden jedoch nach wie vor in erster Linie oder ausschließlich unterschiedliche körperlich anmutende Beschwerden/Symptome sorgenvoll oder verängstigt vorgebracht. Etwaige psychische Beeinträchtigungen werden subjektiv primär als Sorge über die wahrgenommenen „körperlichen“ Beschwerden und damit verbundene Laienkonzepte über mögliche körperliche Grunderkrankungen erlebt.

Beide Gruppen von Patienten üben auf die Ärzte tendenziell erheblichen Druck auf. Die ärztlichen Primärversorger (Allgemeinärzte) reagieren oftmals, wenn Patienten sie mit unterschiedlichsten Beschwerden aufsuchen – und dies ist klinisch durchaus nachvollziehbar – mit somatischer Diagnostik, da ihre Patienten eben auch über unterschiedlichste somatische oder somatisch-anmutende Beschwerden berichten. Dies gilt ebenso für den größten Teil der Patienten mit psychischen Erkrankungen wie z. B. Depressionen oder Ängsten und noch mehr für Patienten mit Somatisierungsstörungen.

In der Logik des medizinischen Versorgungssystems wird diese somatische Diagnostik eher umfangreich bis hin zu invasiven Maßnahmen ausgestaltet. Der Patient wird dann je nach Problemsituation den einschlägigen Fachärzten zur weiterführenden Diagnostik oder Therapie überwiesen. Dabei wird die Indika-

tion zur polyvalenten medikamentösen Behandlung von Risiken (z. B. Cholesterin- oder Blutdruckwerterhöhung) trotz relevanter Nebenwirkungen in der Regel sehr weit gestellt. Besonders brisant wird es für Patienten, die somatische Symptome – z. B. Schmerzen – berichten. Die diagnostischen Prozeduren und die therapeutischen Handlungsansätze (z. B. Medikamente oder Operationen bei Schmerzpatienten) verfestigen das Konzept der Patienten, dass sie an einer somatischen Erkrankung leiden. So werden Chronifizierungsprozesse über ein aktives „Arztaufsucheverhalten“ („doctor shopping“) eingeleitet, dass mit dem Wunsch nach einer angemessenen Diagnosestellung und „richtigen“ – helfenden – Therapie verbunden ist.

Darüber hinaus weisen Ärzte eine deutliche Tendenz dahingehend auf, ihre Patienten relativ großzügig – zu häufig und zu lang – arbeitsunfähig zu schreiben. Auch daraus können sich dann Chronifizierungsprozesse ergeben, die in den oben angesprochenen häufigen AU-Zeiten sowie oftmals in „Frühberentungen“ wegen psychischer und psychosomatischer Erkrankungen resultieren. Das Phänomen der „Krankschreibung“ von Langzeitarbeitslosen ist ebenfalls von Bedeutung, wie Mitarbeiter von Argen oder von Krankenkassen berichten, die der Autor in Seminaren zum Umgang mit „Langzeitarbeitslosen mit besonderen Vermittlungshemnissen“ trainiert hat. Ein relevantes Motiv der Ärzte scheint dabei z. B. die Absicht zu sein, ihre Patienten seitens der Anforderungen der Argen (z. B. der Aufnahme von Ein-Euro-Jobs) zu entlasten.

Es ist davon auszugehen, dass oftmals auch in Fällen, bei denen es zu Beginn der Krankheitsentwicklung ein organisches Substrat gibt – z. B. einen Bandscheibenvorfall oder eine Knieverletzung – die weitere Entwicklung auf der somatischen und auf der Ebene der psychosozialen Funktionsstörungen nicht durch dieses gerechtfertigt wird. Die Interventionen der versorgenden Mediziner oder medizinischen Institutionen auf der Ebene der Diagnostik und Therapie verfestigen das Konzept der Individuen, dass sie krank und damit leistungsgemindert seien, und leisten so einen erheblichen Beitrag zur Entwicklung von Chronifizierungsprozessen.

Dieses ärztliche Verhalten stellt nicht nur eine Folge mangelnden Problembewusstseins dar, sondern ist auch durch das bereits angesprochene organzentrierte medizinische Krankheits- und Handlungskonzept, das ärztliche Rollenverständnis und eine zunehmende „Kundenorientierung“ im Arzt-Patient-Verhältnis begründet. Nach dem traditionellen medizinischen Rollenverständnis nimmt der Arzt eine aktive und der Patient eine passive Rolle ein. Aus diesem aktiven Rollenverständnis leitet sich z. B. der Handlungsimpuls des Arztes ab; er muss etwas tun. Dazu gehören dann Interventionen wie Diagnostik, Medikation, Krankschreibung etc., die vorhandene Passivitätstendenzen aufseiten der Patienten verstärken können. Weiterhin ist auch davon auszugehen, dass Einstellungen und Haltungen – ggf. auch Vorurteile von Ärzten – ihr Handeln beeinflussen. Diese können sich gerade auf soziale Problemstellungen genereller Art oder in Bezug auf konkrete Patienten ausrichten. So ist bei dem Autor in den Weiterbildungsseminaren zur psychosomatischen Grundversorgung und als Gutachter in sozialgerichtlichen Rentenprozessen der Eindruck entstanden, dass Ärzte sich häufig mit der „Not“ ihrer Patienten solidarisieren, wenn diese über massive berufliche Belastungen im Sinne von Burn-out-Konstellationen oder Mobbing-Erfahrungen oder allgemeine Erschöpfung und Depressivität klagen. Die Ärzte „begleiten“ ihre Patienten z. B. über Krankschreibungen, Atteste oder ärztliche Stellungnahmen in die Chronifizierung oder in die Rentenverfahren.

Der medizinische Versorgungssektor weist heute zum einen eine stärkere Bereitschaft auf, psychische und psychosomatische Erkrankungen über die Diagnosestellung und entsprechende Behandlungsindikationen zu generieren. Zum anderen führen die seitens der Ärzte induzierten Chronifizierungstendenzen zu psychosomatischen „Komplikationen“, die letztlich vielfach in die Chronifizierung von Erkrankungen, in zunehmende Hilflosigkeit, Rückzugstendenzen und Rentenbeantragungen bei den Patienten münden.

Die psychiatrische Versorgung beteiligt sich intensiv an der Pathologisierung von „kritischem“ Erleben und Verhalten

sowie der unterschiedlichsten Beschwerden, die von den Patienten vorgetragen werden. Diagnostisch hat sich die Orientierung an der ICD-10 und in selteneren Fällen am DSM-IV in der klinischen Versorgung in Deutschland durchgesetzt. Vielfach steht die psychopharmakologische Therapie im Zentrum der Behandlung, die je nach Akzeptanz der Patienten mehr oder weniger von diesen umgesetzt wird. In der Regel – so die Patientenberichte – verbleibt in der Behandlung beim Psychiater wenig Zeit zu einem Gespräch, so dass psychosoziale Problemstellungen, die den Patientenproblemen zugrunde liegen könnten, kaum eruiert werden können. Dies bedeutet auch, dass der Patient in der Behandlung keine Förderung eines selbstreflexiven Zugangs erfährt, der die biografischen Anteile sowie etwaige konflikthafte Themen oder die eigenen „Persönlichkeitsanteile“ an der Problementwicklung fokussiert. Die von Gill et al. (1954) beschriebenen Aufgaben des psychiatrisch-psychotherapeutischen Interviews, zu denen die Motivierung des Patienten zur Reflexion des Bedingungs Zusammenhangs der Störung sowie zur Beziehungsaufnahme, die ein zentrales Moment der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung darstellt, gehören, haben bei diesem Behandlungsmodus keinen Raum. Neben der vorliegenden Zeitknappheit hat sicherlich das psychiatrische (symptomorientierte und vielfach biologistische) Krankheits- und Behandlungskonzept relevanten Einfluss auf diese Vorgehensweise, die bei den Patienten oftmals das Gefühl evoziert, in ihren Problemen nicht verstanden zu werden und eine kritische Kooperationsbereitschaft im Behandlungsprozess bedingt. So findet sich auch in diesem Versorgungssektor die Tendenz, die psychischen und psychosomatischen Probleme des „Patienten“ als „krankhaft“ zu verstehen, und eine Haltung, die Patienten zu lange arbeitsunfähig zu schreiben. Dabei wird oftmals nicht oder nur ungenügend reflektiert, ob diese AU-Schreibungen überhaupt als konstruktiv im Sinne einer Problemlösung anzusehen sind. Gerade bei psychischen Problemen, die mit relevanten psychosozialen Anpassungsproblemen verbunden sind, kann sich die Barriere oder die Hemmung, wieder am Arbeitsleben teil-

zunehmen, über die Krankschreibung sowie die damit fehlende Tagesstruktur und den mangelnden sozialen Austausch weiter aufbauen. Dazu zählen z. B. Ängste vor dem Arbeitsplatz oder das Gefühl der Überforderung durch die Arbeit, die sich gravierend bei unterschiedlichen Problemstellungen finden. Diese kritische Bewertung der Praxis der AU-Schreibung gibt es selbstverständlich auch bei anderen Arztgruppen und auch bei den ärztlichen Psychotherapeuten. Zugrunde liegt diesem Verhalten u. a. die Einschätzung, dass der Patient eine Entlastung benötigt.

Auch die „Psychotherapie“ leistet mittlerweile einen relevanten Beitrag zur Medikalisierung psychischer und psychosomatischer Probleme, aber auch der Gesellschaft. Dies insofern, als dass zunehmend als psychotherapeutisch relevante Ziele in erster Linie Oberflächenphänomene (die Symptomatik oder Syndrome) verstanden und in wachsendem Ausmaß psychotherapeutische Interventionen entsprechend störungsorientiert oder gar störungsspezifisch konfiguriert werden. Die Forderung nach der empirischen Validierung von psychotherapeutischen Prozessen sowie Effekten nach dem Muster der „evidence-based medicine“ engt die therapeutischen Zielvariablen/Methoden auf nach dem naturwissenschaftlichen Standard zu operationalisierende Merkmalsbereiche ein, die nur wenig bis gar keinen Raum für die Erforschung tiefer liegender individueller Motive, Konflikte oder Abwehrmechanismen lassen. Die Psychotherapie passt sich so zunehmend, aufgrund ihres vorherrschenden wissenschaftlichen Grundverständnisses, aber auch des sozialpolitischen Drucks diesem Anspruch an. So fordert der Wissenschaftliche Beirat Psychotherapie bei der Bundesärztekammer als ein zentrales Kriterium für die wissenschaftliche Anerkennung einer psychotherapeutischen Methode den empirischen Wirksamkeitsnachweis für mindestens 3 diagnostische Kategorien (Störungen) der ICD-10. Auch der wachsende Stellenwert, der neurobiologischen Befunden und der entsprechenden Forschung innerhalb der Psychotherapie zugesprochen wird (z. B. Berger et al. 2012), korrespondiert mit den Tendenzen zur Biologisierung des Menschenbilds und zur Technisierung der Psychotherapie inner-

halb der Psychiatrie und Neurowissenschaften, die letztlich eine „Entsubjektivierung“ von Individuen bewirken. Dies bedeutet, dass biografisch herausgebildete individuelle sinnhafte Lebensentwürfe, die durchaus konflikthaft sein und sich in der Folge auch in einer klinisch relevanten Symptombildung äußern können, im Verständnis und im Handlungshorizont weiterer Bereiche der Psychotherapie – insbesondere der Verhaltenstherapie – nicht mehr berücksichtigt werden. Symptome werden als störend für die vordergründige psychosoziale Anpassung verstanden und müssen durch die Psychotherapie „beseitigt“ werden. Das widerständige, gesellschaftskritische und emanzipatorische Potenzial, das die Psychoanalyse in der Neurose und damit in der psychoanalytischen Behandlung (z. B. Richter 2012) gesehen hat, geht zunehmend verloren. Bemerkenswert ist jedoch, dass entgegen der biologisch orientierten Konzeptualisierung psychischer Erkrankungen, wie sie insbesondere durch das DSM-IV und zukünftig das DSM-5 favorisiert wird, die Bedeutung psychischer Erkrankungen, die primär als Folge von psychosozialen Belastungen oder Traumatisierungen angesehen werden, sowohl im medizinischen Versorgungssystem als auch im Bewusstsein der Bevölkerung zugenommen hat. Darin spiegelt sich einerseits der grundlegende Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und den psychosozialen Umgebungsbedingungen wider, auch wenn die psychosozialen Bedingungen eher im „Hier und Jetzt“ als in der frühen Entwicklung verortet werden. Zum anderen spiegelt sich ein vorwissenschaftliches Evidenzgefühl bei den ärztlichen und psychotherapeutischen Klinikern sowie in der Bevölkerung, dass die psychische Entwicklung eben doch entscheidend durch die psychosozialen Bedingungen beeinflusst wird. Durch die Favorisierung von externalen Belastungen (beim Burn-out, Mobbing oder der PTBS) werden die Ursachen mehr oder weniger aus dem Verantwortungsbereich des Individuums herausgenommen, und die psychische Störung wird entstigmatisiert. So formulieren auch prominente Psychiater (Berger u. Caspar 2009), dass bei aller Problematik des Burn-out-Konzepts dieses doch mit dem Vorzug verbunden

sei, psychische Erkrankungen tendenziell zu entstigmatisieren.

Individuelle Perspektive

Im Kontext dieser Thematik geht es nicht nur um Individuen mit psychischen Problemen im engeren Sinne, sondern auch um Individuen, die unter somatisch anmutenden Allgemeinbeschwerden wie z. B. Erschöpfung, Abgeschlagenheit, Schlafstörungen oder relativ unspezifischen Beschwerden wie unklaren Schmerzen oder unklarem Schwindel leiden.

Das Individuum orientiert sich bei der Bewertung der eigenen körperlichen und psychosozialen Befindlichkeit an den gesellschaftlich vorherrschenden gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Wertvorstellungen, Einstellungen und Haltungen, die in diesem Aufsatz diskutiert worden sind. Wie ausgeführt, wird aktuell gesellschaftlich ein hoher Anspruch an die Gesundheit (Weltgesundheitsorganisation 1984) im Sinne eines umfassenden körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens gestellt, der die Bezugssysteme von Individuen bei der Beurteilung ihrer Befindlichkeit beeinflusst. Die Wahrnehmung von negativen körperlichen oder seelischen Empfindungen oder Beschwerden bewirkt beim betroffenen Individuum in der Regel einen mehr oder weniger ausgeprägten Leidensdruck (Schneider 1990).

Das Erleben von Leidensdruck führt dazu, dass sich ein Individuum Gedanken über die Ursachen dieser subjektiven Störungen sowie über Wege oder Maßnahmen macht, wie die Probleme/Beschwerden beseitigt werden. Art und Ausmaß des Leidensdrucks werden in der Psychotherapie als prognostisch relevante Variable verstanden, da dieser die Veränderungsmotivation beeinflussen würde. Bereits Freud (1967) sah den Leidensdruck als „Motor der Therapie“, aus dem der spätere Heilungswunsch entspringen würde. Allerdings muss wohl eingeschränkt formuliert werden, das zu langes Leiden und das subjektiv empfundene Fehlen einer aussichtsreichen Perspektive auf positive psychosoziale Veränderungen dazu führen können, dass der Patient an seinem „Leiden“ festhält. Dies gilt insbesondere, wenn daraus ein relevanter „sekun-

därer Krankheitsgewinn“ – z. B. durch die Entlastung von bedrängenden Anforderungen im Beruf infolge der AU-Schreibung oder der Berentung – resultiert.

Mit den Themen der Krankheitsbewältigung hat sich insbesondere die Coping-Forschung befasst, deren elaboriertester Ansatz das transaktionale Modell von Lazarus u. Folkman (1984) darstellt, das von einer prozesshaften bidirektionalen Beziehung zwischen Umwelt- und Personenvariablen ausgeht. Als zentrale Mechanismen der Adaptation von Individuen an belastende Person-Umwelt-Beziehungen (z. B. Stress bei der Arbeit) werden kognitive Bewertungsprozesse angesehen, die sich entweder auf die Befindlichkeit des Individuums oder seine Bewältigungsmöglichkeiten beziehen können. Hier soll nur der Aspekt der kognitiven Bewertung, der ein zentrales Prozesskriterium der Coping-/Stressforschung darstellt, herausgegriffen und ansonsten nicht weiter auf diese eingegangen werden. In diesem Zusammenhang ist das psychologische Konstrukt der Attribuierung (Heider 1977) von Bedeutung. Als Attribuierung wird die Zuschreibung von Ursachen sowie Wirkungen von Handlungen und Vorgängen und auch die daraus resultierenden Konsequenzen für das Erleben und Verhalten von Menschen verstanden. Nach der Attributionstheorie weisen Menschen das Bedürfnis auf, sich die Ursachen von Ereignissen und Erleben (z. B. körperliche oder seelische Phänomene) zu erklären und diese zu kontrollieren. Attributionen sollen selbstwertdienlich sein.

Diese Kausal- und Kontrollattributionen spielen auch bei der Krankheitsverarbeitung eine wichtige Rolle. Bei der Kausalattribution entwickelt das Individuum ein Konzept über die Ursache eines gesundheitlichen Problems oder einer Befindlichkeitsstörung, die z. B., in einer gestörten Körperfunktion, als Ausdruck von psychischen Problemen oder auch spirituell als „Strafe Gottes“ angesehen werden kann. Die Kontrollattribution umfasst die Vorstellung des Individuums, welche Bedingungen geeignet sind, die Beschwerden oder den Verlauf der Erkrankung zu beeinflussen. Zum Beispiel kann es glauben, dass medizinische Hilfe in Form einer Operation, einer psycho-

therapeutischen Behandlung angezeigt sei oder auch „Sühnen und Beten“ das Problem lösen könne.

Diese Bewertungsprozesse werden durch die Interaktion zwischen emotionalen, kognitiven und handlungsbezogenen Faktoren bestimmt und sind sowohl in Persönlichkeitscharakteristika als auch in (situativen) Umweltmerkmalen begründet (Arbeitskreis OPD 2006a). Zu den Persönlichkeitsmerkmalen gehören z. B. das Selbstideal und damit zusammenhängende Ziele (z. B. Motivation, Ehrgeiz), Prozesse der Selbstwahrnehmung, die Belastbarkeit, die sich z. B. durch die Frustrationstoleranz oder Angsttoleranz ergibt. Weiterhin können Geschlechts-, Alters- und soziale Einflüsse das Erleben von Krankheit oder Gesundheit beeinflussen.

So finden seitens des Individuums fortlaufend – bewusst oder unbewusst – Bewertungsprozesse seiner Befindlichkeit und seiner Umweltbedingungen statt. Diese werden forciert, wenn relevante Abweichungen der körperlichen oder psychosozialen Situation/Befindlichkeit festgestellt werden. Das Individuum sucht nach Ursachen dieser subjektiven Störungen (Kausalattributionen).

Zum Beispiel erhöht die breit öffentlich präsentierte Sichtweise, dass psychische Störungen an Bedeutung zugenommen haben und als Ausdruck der psychischen Belastungen (Stress) in der Arbeitswelt anzusehen sind, die Wahrscheinlichkeit, dass die eigene Situation, die Arbeitsanforderungen und das Erleben von subjektiven Befindlichkeitsstörungen schneller als kritisch bewertet werden.

Es ist relativ beliebig, von welchem Pol aus diese Verknüpfung zwischen Befindlichkeitsstörungen oder den psychosozialen Belastungen in Gang gesetzt wird. Ob zuerst subjektive psychische, körperliche und soziale Probleme wahrgenommen werden und dann nach Ursachen gesucht wird oder ob zuerst die Arbeits- und Lebensbedingungen als brisant, überfordernd oder „ausbrennend“ erlebt und gewertet werden und die entsprechenden gesundheitlichen Beschwerden in einem nächsten Schritt wahrgenommen und problematisiert werden. Dabei nimmt der psychosoziale Interpretations- und Bewertungsmodus wachsende Bedeu-

tung ein, wie gezeigt worden ist. In dieser Entwicklung bilden sich die Bewertungen der Umwelt, insbesondere der Ärzte ab, die das Krankheitskonzept der Patienten stützen bzw. fördern, und es resultieren häufig chronische „Krankheitsverläufe“.

Zielke u. Sturm (1994) haben beschrieben, dass Individuen „chronisches Krankheitsverhalten“ entwickeln würden, dass zur Chronifizierung von (psychischen und psychosomatischen) Erkrankungen führen würde. Dieses umfasst die folgenden Merkmale:

- Verlust an Vertrauen in die Funktionsfähigkeit des eigenen Körpers (physische Bedrohung),
- Verlust an Vertrauen in die psychische Funktionsfähigkeit (Selbstwertbedrohung),
- zunehmende Passivität und Hilflosigkeit, die zu körperlichem, psychischem und sozialen Schonverhalten führen,
- zunehmende Inanspruchnahme diagnostischer und therapeutischer Leistungen sowie
- zunehmende Abhängigkeit vom medizinischen Versorgungssystem bzw. vom Rehabilitationssystem.

Die Autoren formulieren, dass es vielfach unklar ist, ob bestimmte Teilaspekte des Krankheitsgeschehens als Ursachen, Begleiterscheinungen oder als Folge von langen Krankheitsprozessen anzusehen seien. Es würde sich bei chronischen Krankheitsverläufen vielfach um ein zirkuläres Geschehen handeln, bei dem die Einzel-faktoren teilweise als ursächlicher Faktor, aufrechterhaltende Bedingung und als Folge des Krankheitsgeschehens anzusehen seien, denen in langen Krankheitsverläufen häufig eine wechselnde Funktion zukommen würde. Auch diese Autoren argumentieren, dass iatrogen-induzierte Bedingungen, wie z. B. die AU-Zeiten sowie ambulante und stationäre Behandlungen eine bedeutsame Rolle bei den Chronifizierungsprozessen spielen. Das Krankheitsverhalten der Patienten leite sich aus unterschiedlichen Lernmechanismen ab und würde eine eigene Dynamik entwickeln. Die Autoren argumentieren weiter, dass von einem chronischen Krankheitsverhalten als neuartigem „Krankheitsbild“ gesprochen werde

könne, bei dem sich unterschiedliche Problembereiche zu einem Verhaltensmuster zusammenfassen ließen.

Es bleibt zu fragen, inwieweit der Prozess des chronischen Krankheitsverhaltens nicht auch bei Fehlen von eigentlich „krankhaften“ Merkmalen eintreten kann. Die beschriebenen subjektiven Befindlichkeitsstörungen, über die beschriebenen Mechanismen zur Krankheit hochdefiniert, führen über die daran anschließenden medizinischen und sozialpolitischen Prozeduren zu chronischem Krankheitsverhalten. Als weiterer Bedingungsfaktor für diese Entwicklung kann der mit der chronischen Erkrankung oftmals verbundene sekundäre Krankheitsgewinn angesehen werden. Ob und in welchem Ausmaß psychische und soziale Faktoren für ein Individuum einen Krankheitsgewinn darstellen, ist jedoch von individuellen Motiven abhängig. Zu diesen können der Wunsch nach materieller Absicherung bei Renten wegen Erwerbsunfähigkeit oder der privaten Berufsunfähigkeitsrente gehören, der Wunsch nach Entschädigung oder Wiedergutmachung nach Unfällen, die Entlastung von objektiv oder subjektiv überfordernden Arbeitsanforderungen, das Bedürfnis einer Stigmatisierung (z. B. als Faulenzer bei Langzeitarbeitslosen) zu entgehen oder auch spezielle familiäre emotionale oder handlungsbezogene Unterstützung.

Die psychosoziale Dynamik, die möglichen Medikalisierungsprozessen – oder hier geht es um Pathologisierungsprozesse – zugrunde liegen kann, weist grundsätzliche vielfältige Facetten auf. Von Bedeutung können alle möglichen sozialen Problemkonstellationen sein. Als besonders kritisch werden aktuell jedoch – wie oben skizziert – die Arbeitswelt mit ihren hohen psychosozialen Belastungen, aber auch die Situation der Arbeitslosigkeit gewertet. Im Folgenden sollen die Themen der Arbeitslosigkeit in ihren psychosozialen Auswirkungen sowie das Burnout-Syndrom, das als besonderer Folge einer extensiv beanspruchenden Arbeitswelt und der hohen Leistungsbereitschaft von Menschen angesehen wird, aufgegriffen werden.

Psychosoziale Herausforderungen der Langzeitarbeitslosigkeit für die Individuen

Vor allem prekäre und unsichere soziale Lebenslagen, zu denen insbesondere die Arbeitslosigkeit oder die Arbeitsplatzunsicherheit gehören, stellen eine besondere Bewältigungsherausforderung für die betroffenen Individuen dar. Erwerbstätigkeit weist unterschiedliche bedeutsame psychosoziale Funktionen auf, zu denen neben der finanziellen und sozialen Absicherung insbesondere der soziale Austausch, die Anerkennung und Identitätsbildung sowie die Vermittlung von Tagesstruktur gehören. Als mögliche relevante psychische Folgen von Arbeitslosigkeit und insbesondere Langzeitarbeitslosigkeit sind anzusehen (Schneider 2006):

- depressive Verstimmungen,
- Unzufriedenheit mit der Lebenssituation,
- Ängstlichkeit,
- Hoffnungslosigkeit,
- Hilflosigkeit,
- Selbstwertverlust,
- Kontrollverlust (durch die Kontrolle sozialer Institutionen z. B. der Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter),
- Resignation bis Apathie,
- geringes Aktivitätsniveau/Passivität,
- soziale Isolation/Einsamkeit sowie
- jedwede psychischen Erkrankungen (führend Depressionen und psychosomatische Erkrankungen).

Von besonderer Bedeutung sind bewusste oder unbewusste Abhängigkeits- und Passivitäts- bzw. Hilflosigkeitsmotive. Die Individuen sehen sich als nicht mehr selbstwirksam an, für sich bzw. für sich und ihre Familien über die Teilhabe am Erwerbsprozess sorgen zu können. Sie fühlen sich überfordert und ungerecht behandelt. Diese psychosozialen Lebensmodi bilden einen motivationalen Hintergrund, sich als zunehmend krank und leistungsgemindert einzuschätzen. In der Folge entwickeln die Individuen häufig ein defizitäres Selbstkonzept, und sie sehen sich immer weniger in der Lage, soziale Anforderungen – z. B. in Bezug auf eine Erwerbstätigkeit, die oftmals zudem nicht zu erlangen ist – umzusetzen. Am

Ende dieses Prozesses resultieren häufiger Anspruchshaltungen in Bezug auf Erwerbsunfähigkeitsrenten, die einerseits in einem gewissen Ausmaß eine materielle Sicherung für die Betroffenen bedeuten und sie aus der als subjektiv bedrängenden Situation der „Kontrolle“ durch staatliche Institutionen entlassen würden und zum anderen ein Entstigmatisierungspotenzial aufweisen (Schneider 2012). Allerdings muss hier ggf. eingeschränkt formuliert werden, dass in Regionen, in denen die Arbeitslosigkeit ausgesprochen hoch ist, das Stigmatisierungspotenzial dieses Faktors u. U. nur eingeschränkt gilt. So werden in der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin des Zentrums für Nervenheilkunde, Universitätsmedizin Rostock, etwa 20 bis 30 Personen/Jahr im Auftrag der Sozialgerichte begutachtet, die sich im Widerspruchsverfahren bei Rentenanträgen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit befinden. Da diese in der Regel aus Regionen mit hoher Langzeitarbeitslosenquote kommen, ist das Thema Stigmatisierung durch Arbeitslosigkeit für die zu Begutachtenden nicht von besonderer Bedeutung, wie sich in den Interviews während der Begutachtung zeigt.

In einer Studie, die an sozialgerichtlichen Begutachtungsprobanden und nach Alter, Geschlecht „gematchten“ stationären Psychotherapiepatienten durchgeführt wurde (Birke et al. 2001), konnte gezeigt werden, dass sich die beiden Untersuchungsgruppen in Art und Ausmaß der psychischen Beschwerden nicht unterscheiden, jedoch relevante Unterschiede in Bezug auf ihre Psychotherapiemotivation aufwiesen. Die „Rentenbewerber“ hatten eine deutlich geringere diesbezügliche Veränderungsmotivation als die Psychotherapiepatienten, die keinen Rentenantrag gestellt hatten. An diesem Befund wird deutlich, dass der bewusst oder unbewusst angestrebte „sekundäre Krankheitsgewinn“ sich negativ auf die Veränderungsmotivation auswirkt.

Das sich im Chronifizierungsprozess verstärkende Leidensgefühl, die Veränderung des Selbstbilds in Richtung auf körperliche und psychosoziale Desintegration sowie ein damit verbundenes defizitäres psychosoziales Anpassungs- und Leistungskonzept stellen nach der klinischen

Erfahrung des Autors oftmals das Produkt von unbewussten und bewusstseinsnahen Faktoren dar, die durch die mögliche Entlastung oder auch Entschädigung mitbeeinflusst werden. Ein Patient, der für sich eine Berentung als notwendig und angemessen ansieht, kann seine Beschwerden nicht mehr „aufgeben“, da er ansonsten die für ihn psychisch und sozial entlastende Erreichung der Berentung gefährden würde. Bei den Begutachtungen stellt die Beurteilung etwaiger systematischer Verfälschungs-, Aggravations- oder Disimulationstendenzen (bezogen auf die Leistungsfähigkeit) eine zentrale und auch inhaltlich schwierige Aufgabe dar.

Burn-out

Das Konzept des Burn-out wurde von Freudenberg (1974) – einem Psychoanalytiker, der in New York seine Erfahrungen in der Sozialarbeit mit Prostituierten und Drogenabhängigen reflektierte – geprägt. Für die Entwicklung eines Burn-out-Syndroms beschrieb der Autor eine berufliche Konstellation, die besonders für soziale Tätigkeiten von Bedeutung sei. Initial würden hohes berufliches Engagement sowie hohe ethische und berufliche Ziele mit der Tätigkeit verbunden sein. Über die Erfahrungen, dass die gesteckten Ziele nicht erreichbar sind, würde ein Desillusionierungs- und Demotivierungsprozess einsetzen. Zunehmend würden die Betroffenen im Umgang mit ihrer beruflichen Tätigkeit und Aufgabe eine sarkastische sowie zynische Haltung entwickeln, sich insgesamt sozial zurückziehen. Mit diesem Prozess sei ein wachsendes Gefühl des „Ausgebranntseins“ verbunden. Auf der symptomatischen Ebene wird das Burn-out-Syndrom durch unterschiedliche körperliche Symptome im Sinne von Erschöpfung, Kraftlosigkeit, Unruhe, Schlafstörung und Somatisierung charakterisiert. An psychischen bzw. psychosozialen Problemen könnten Ängste, Gefühle des Ausgebranntseins und der Überforderung bestehen. An weiteren Symptomen könnten die Betroffenen Depressionen und Hoffnungslosigkeit entwickeln sowie Störungen der Konzentration, der Aufmerksamkeit und des Gedächtnisses. Die letzteren Symptome sind sämtlich für mittel-

gradige oder schwere Depressionen charakteristisch. Infolge dieser unterschiedlichen somatischen sowie psychosozialen Problemstellungen würden die „Patienten“ komplexe Störungen der beruflichen Leistungsfähigkeit und Motivation ausbilden; verbunden mit einer mangelnden Fähigkeit, sich zu entspannen und zu distanzieren.

War das Burn-out-Syndrom über lange Zeit als Problem der in sozialen Berufen Tätigen beschrieben worden, ist es seit spätestens Mitte der 1990er Jahre insbesondere auch für Führungskräfte und Manager, die hoch leistungsmotiviert seien und unter hohem Leistungsdruck stehen würden, beschrieben worden. In den letzten 10 Jahren hat das Burn-out eine Blütezeit erfahren. Die Zahl an Individuen, die sich als Burn-out-gefährdet erleben oder die subjektiv unter einem Burn-out leiden, ist in rasanter Weise angestiegen. Hierbei liegt der Fokus weiterhin auf Berufen, die durch „Emotionsarbeit“ charakterisiert sind. Dazu zählen beispielsweise neben dem Dienstleistungssektor insbesondere die Bereiche Bildung, Gesundheit und Pflege. Auch wenn ohne Zweifel die psychosozialen Belastungen in der Arbeitswelt durch deren Veränderung in Richtung auf interaktive und kommunikative Tätigkeiten zugenommen haben, spielen die beschriebenen Bewertungsprozesse in Bezug auf die gesellschaftlichen und arbeitsbezogenen Anforderungen sowie mit diesen verbundenen Frustrationen und Belastungen gerade bei dieser Thematik eine zentrale Rolle.

Das Robert Koch-Institut hat im Rahmen seiner Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) die Prävalenz von Burn-out-Erkrankungen nach Geschlecht, Alter und sozialem Status in 2012 erhoben. Befragt wurden im Rahmen einer repräsentativen Untersuchung 7807 Personen in der Altersgruppe von 18 bis 79 Jahren. Insgesamt ergab sich eine Prävalenz von 4,2% (Frauen: 5,2%; Männer: 3,3%). Hierbei wies die Altersgruppe zwischen 50 und 59 Jahren die höchste Prävalenzrate (6,6%) auf. In der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen fand sich eine Prävalenzrate von 1,4% sowie bei den 70 bis 79-Jährigen eine Prävalenzrate von 1,9%. Von Interesse ist noch der Befund, dass die Prävalenz von Burn-out-Syndro-

men mit dem sozialen Status deutlich ansteigt. Personen mit niedrigem sozialen Status zeigten eine Prävalenz von 2,6%, Personen mit mittlerem sozialen Status von 4,2%, Personen mit hohem sozialen Status von 5,8% (Hapke et al. 2012). Diese statusbezogene Verteilung korrespondiert mit der oben formulierten Charakterisierung, dass Burn-out-Phänomene vermehrt bei Berufen mit Führungsaufgaben berichtet werden würden.

Von volkswirtschaftlichem und versorgungspolitischem Interesse ist die Zahl der Krankschreibungen aufgrund eines Burn-out-Syndroms. Die BPTK hat die Angaben der großen gesetzlichen Krankenkassen zur AU bei psychischen Erkrankungen und Burn-out ausgewertet. Demgemäß fielen in 2011 nach Angaben von DAK, AOK und BKK 0,4% der Krankschreibungen und 9,1 Tage/100 Versicherte auf die Codierung Burn-out (Z 73) in der ICD-10-GM (German modification). Im Jahr 2004 waren es noch 0,05 AU-Schreibungen und 0,67 Fehltage/100 Versicherte. Dennoch sind die absoluten Zahlen der Krankschreibungen aufgrund eines Burn-out-Syndroms im Verhältnis zur Gesamtheit der psychischen Erkrankungen heute noch als niedrig anzusehen. Immerhin fielen 2011 bei 100 Versicherten mehr als 200 Fehltage aufgrund psychischer Erkrankungen am Arbeitsplatz an. Jedoch ist zu vermuten, dass Ärzte vielfach auch bei Patienten, bei denen sie die Diagnose eines Burn-out-Syndroms stellen würden, eine F-Diagnose (Kapitel psychische Erkrankungen der ICD-10) aussprechen. Dies liegt darin begründet, dass das Burn-out-Syndrom keine eigenständige Diagnose in der ICD-10 darstellt, sondern unter die Kategorie „Probleme, verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Z 73)“ fällt. Darin bildet sich die aus medizinischer Sicht die „Unfertigkeit des Konzeptes“ ab (Kaschka et al. 2011).

Demgegenüber weist das „Burn-out-Syndrom“ gesellschaftlich ein hohes Ausmaß an Beachtung auf. Die Medienpräsenz der Thematik in Zeitschriften und Fernsehen ist außerordentlich hoch, und insbesondere im Feld der Organisations- und Personalentwicklung „verkaufen“ sich Seminare zur Burn-out-Prophylaxe oder Coachings zur individuellen Burn-out-Prävention gut. Mittlerweile hat sich eine

Reihe von prominenten Personen (Sportler, Künstler oder Medienleute) als Burn-out-Opfer „geoutet“ und dieses Konzept noch salonfähiger werden lassen.

Das Burn-out-Konzept beinhaltet eine Sichtweise, nach der die psychischen, sozialen und somatischen Probleme primär Folgen eines besonderen beruflichen Engagements und entsprechender Anforderungssituationen darstellen. Danach weist die Diagnose Burn-out quasi den Charakter einer Ehreenauszeichnung auf: „Weil ich mich derart stark engagiert und verausgabt habe, bin ich jetzt ausgebrannt.“

Das Burn-out-Konzept ist darüber hinaus mit einem Entstigmatisierungspotenzial verbunden, da die Ursachen der psychosozialen Probleme nach außen (v. a. in die Arbeitswelt) verlagert werden. Nicht das Individuum im Gesamt seiner psychosozialen Entwicklung ist „schuld“ an der Entstehung der Problematik, sondern die Arbeitswelt im Gesamt ihrer Anforderungen bzw. das hohe Engagement der Betroffenen, die neben der Arbeit ihr Privatleben und andere Interessen vergessen hätten. Das Label „Burn-out“ hat somit eine selbstwertstabilisierende Funktion.

Aufgrund der großen „Reputation“, die das Burn-out-Phänomen aufweist, entsteht der Eindruck, dass es in bestimmten sozialen Gruppierungen geradezu den Charakter einer Epidemie hat, wenn die Häufigkeiten betrachtet werden, die das Burn-out-Syndrom in unterschiedlichen Berufsgruppen aufweisen soll.

Die oben beschriebenen hohen Idealvorstellungen in Bezug auf das körperliche und das seelische Wohlbefinden stellen die Hintergrundmatrix dafür dar, dass Prozesse der Selbstwahrnehmung sensibilisiert worden sind, Abweichungen vom „Ideal“ als kritisch beurteilt werden und das Engagement in einer extensiv anfordernden Arbeitswelt als kausal für die Probleme attribuiert wird. Hierbei wird die Eigendiagnose des „Ausgebranntseins“ von Hillert u. Marwitz (2006) als „Selbsttheroisierung der Erschöpfung“ charakterisiert. So wird von diesen Autoren „Burn-out als die intelligente, das System entwaffnende Antwort des bedrohten Individuums auf die Zumutungen der Dienstleistungsgesellschaft“ gewertet.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkun-

de (Berger et al. 2012) hat in einem Positionspapier zur Burn-out-Problematik versucht, eine Differenzierung zwischen kurzzeitigen Befindlichkeitsstörungen, die Symptome wie Angespanntheit, Erschöpfung oder Schlafstörungen mit einer engen zeitlichen Begrenzung umfassen, einem Burn-out, das durch einen über mehrere Wochen oder Monate andauernden Erschöpfungszustand gekennzeichnet sei, sowie psychischen Erkrankungen vorzunehmen. Weiterhin wird in dem Papier betont, dass die öffentliche Diskussion zum Burn-out eine positive Funktion für den Prozess der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen aufweise.

Jedoch erscheinen die Übergänge zwischen den unterschiedlichen vorgenommenen Typisierungen von „Beschwerden“ schon allein auf der Ebene der Bewertung des Ausmaßes, der Art, der Zahl und der Dauer der Symptome problematisch. Hier zeigt sich wieder deutlich, wie wenig objektivierend die Bewertung von psychischem oder psychosomatischem Befinden als „krank“ oder „gesund“ vorgenommen werden kann, sondern dass diese die sozialen Kontextbedingungen und Bewertungsprozesse durch die unterschiedlichen Akteure im System berücksichtigen muss. Letztlich bleibt angesichts der hohen Bereitschaft von Individuen, sich als psychisch oder psychosomatisch belastet darzustellen – und dies sowohl in epidemiologischen Studien als auch im medizinischen Versorgungssystem –, zu fragen, ob die alten so vertraute These von der Stigmatisierung der psychischen Erkrankungen eigentlich noch die Realität widerspiegelt. Es scheint heute viel eher so zu sein, dass die „weicheren“ psychischen Störungen wie moderate Formen der Depressionen, Somatisierung oder auch Ängste gegenüber den Psychosen eine viel breitere gesellschaftliche Akzeptanz aufweisen, als in der Fachwelt vielfach angenommen und argumentiert wird. Es erscheint eher plausibel, dass es vielen Individuen schwerfällt, berufliche Tätigkeiten und ggf. Positionen, die sie einmal eingenommen haben, selbstbestimmt loszulassen und für sich neue berufliche sowie vielleicht auch private Wege zu suchen. Stattdessen führen dann die Ge-

fühle der Überforderung, des „Ausgepowertseins“ und der Erschöpfung sowie andere psychische Beeinträchtigungen dazu, dass eine Entlastung über ärztliche Behandlungen, AU-Zeiten und Rehabilitationsbehandlungen in Spezialkliniken erfolgt. Die Erfahrungen des Autors bei der Begutachtung im Rahmen der privaten Berufsunfähigkeitsrenten weisen darauf hin, dass diese häufig beantragt werden, weil die Antragssteller mit ihren beruflichen Aufgaben zutiefst unzufrieden, demotiviert sowie frustriert sind und in der Folge ein „Burn-out-Syndrom“ herausgebildet haben, dass über die diskutierten sozialen Prozesse z. B. in die Diagnose einer Depression eingemündet ist. Die Gewährung einer entsprechenden Rente (Krankheitsgewinn) ermöglicht dann eine Reduzierung von bedrängenden Anforderungen unter der Bedingung einer mehr oder weniger großen finanziellen Sicherheit.

Die Empfindungen, die doch bestens nachzuvollziehen sind, wenn ursprüngliche berufliche Ziele und Inhalte als nicht mehr reizvoll und zu anstrengend erlebt werden, Berufliches und Privates nicht mehr in einem Gleichgewicht sind, sollten eigentlich dazu führen, eigenverantwortlich Entscheidungen für eine berufliche Umorientierung vorzunehmen. Dies ist dem Einzelnen oftmals nicht möglich, weil eine Veränderung u. U. gravierende Probleme auf der Ebene des Selbstbilds, der Realisierung von selbst gesetzten Zielen, des Lebensstils und ggf. in den Beziehungen ergeben könnte. Der Weg des selbstbestimmten „downsizing“, der mit einer Reduzierung des Anspruchs an den beruflichen Erfolg, sozialer Anerkennung und der materiellen Ausstattung verbunden ist und sich an alternativen Werten orientiert, wird so nur von relativ wenigen Individuen beschritten. Letztlich bildet sich gerade auf der Bühne des „Burn-out“ die in dieser Arbeit diskutierte Medikalisierung von (psycho-)sozialen Themen und Motiven ab.

Fazit für die Praxis

Zu fragen ist, welche Auswirkungen die unterschiedlichsten sozialen Themenstellungen, die vor dem Hintergrund der beschriebenen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen entstehen, auf die individuelle psychische Befindlichkeit des Individuums haben. Wie dargestellt, entwickeln sich aufgrund von komplexen Wechselwirkungen zwischen der Gesellschaft, dem medizinischen Versorgungssystem und dem Individuum Prozesse der Pathologisierung, die letztlich zu einer Individualisierung von gesellschaftspolitisch relevanten Fragestellungen führen. Dies bedeutet, dass die entsprechende Entwicklung in einer Verfestigung von sozialen und politischen Konstellationen resultiert. Die potenzielle Spannung, die sich auf unterschiedlichen Ebenen aus den gesellschaftlichen sowie sozialen Kommunikations- und Interaktionsformen ergeben könnte, wird so depotenziert. Kritische gesellschaftliche Verhältnisse werden über diese Prozesse verfestigt. Gleichzeitig bilden sich auf der individuellen Ebene in dieser Entwicklung eine Tendenz zur individuellen Resignation, ein Gefühl der wachsenden Selbstunwirksamkeit und eine passive Versorgungshaltung aus. Der Überblick über gesellschaftliche Zusammenhänge sowie die Möglichkeit, diese in Richtung auf ein befriedigenderes individuelles und kollektives Leben mitzubeeinflussen, geht dabei verloren. Die Psychoanalyse hat immer wieder betont, dass sich in der Herausbildung psychischer Erkrankungen (insbesondere der Neurosen) auch die Spannung zwischen den (triebhaften) Bedürfnissen des Individuums, das sich in seinem sozialen Kontext an deren Realisierung seiner Bedürfnisse begrenzt sieht, ausdrücken würde. Eine derartige kritische Reflexion der Funktionen, der Ausdrucksweise und des Ausdrucks von psychischen Erkrankungen ist unter der aktuellen Entwicklung nahezu vollständig verloren gegangen. Es finden sich nur noch wenige entsprechende Verständnishorizonte bei den Akteuren im psychosozialen Versorgungssystem und bei den Individuen. Die wachsende biologistische Ausrichtung seitens der Psychiatrie oder der Neurowissen-

schaften wirkt auch entpolitisiert, soweit problematische psychosoziale Entwicklungsbedingungen über diese Sichtweise an Bedeutung verlieren. Die Behandlungsmodelle der Psychiatrie und der Psychotherapie problematisieren insbesondere abweichendes Verhalten und Erleben als Ausdruck von pathologischen Prozessen und stellen auf die Reduktion dieser Symptome ab. Letztlich dient eine derartige Herangehensweise der Anpassung von Individuen an die bestehenden gesellschaftlichen Verhältnisse. Organisationspsychologische Ansätze sowie die Konzepte des Gesundheits- und Leistungsmanagements spiegeln eine vergleichbare Zielrichtung wider, in dem diese kosmetische Schönheitsreparaturen forcieren, jedoch nicht auf eine grundständige Kritik und Veränderung gesellschaftlicher Verhältnisse verzichten.

Was lassen sich für praktische Konsequenzen für Medizin und Psychotherapie aus den hier aufgezeigten Argumentationslinien ziehen? Angezeigt ist, ein höheres Ausmaß an Sensibilität für die sozialen und dysfunktionalen Attributionsprozesse von Individuen zu entwickeln und Menschen nicht unnötig in eine Patientenkarriere hineinzubegleiten oder diese gar zu initiieren. Dies bedeutet für den Arzt, eine beratende Funktion einzunehmen, die stärker die etwaigen psychosozialen Problemstellungen im Gespräch thematisiert, und gemeinsam mit dem „Patienten“ Lösungen zu suchen, die seine Ressourcenaktivierung, seine Motivation und sein Gefühl der Selbstwirksamkeit sowie -verantwortung fördern und ihm damit Möglichkeiten zur aktiven Auseinandersetzung mit den psychosozialen Schwierigkeiten aufzeigen.

Gleiches gilt auch für die Psychotherapeuten, für die eine oftmals unbefriedigende Arbeit mit Patienten, die ihre Probleme primär unmittelbar durch ihre soziale Situation bedingt ansehen (z. B. Arbeitslosigkeit, Burn-out- oder Mobbing-Prozesse), zunehmend Alltag wird. Die „skills“ und Fertigkeiten der aktuellen psychotherapeutischen Ansätze und Interventionen fokussieren vordergründige Störungen/Symptome und zielen auf deren Reparatur ab, ohne grundle-

gende individuelle Motive und Konflikte zu reflektieren und konstruktiv im psychotherapeutischen Prozess in Richtung auf eine auch die unbefriedigende – übergeordnete soziale und gesellschaftliche Realität – thematisierende Arbeit zu orientieren. Erst dann würden die Individuen zu handelnden und die Gesellschaft gestaltenden Akteuren werden. Die Wissenschaft müsste sich von ihrem empiristisch-technologischen Grundverständnis lösen und dem Subjekt sowie den gesellschaftlichen Verhältnissen in ihrer Theoriebildung und ihrer Forschungspraxis wieder mehr Raum geben. Nur dann kann sie einen konstruktiven Beitrag zur Entmedikalisierung des sozialen und individuellen Alltags leisten.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Dr. Wolfgang Schneider

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Zentrum für Nervenheilkunde, Universitätsmedizin Rostock
Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock
wolfgang.schneider@med.uni-rostock.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA) (1980) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III), 3. Aufl. APA, Washington DC
- Arbeitskreis OPD (2006a) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Huber, Bern
- Arbeitskreis OPD (2006b) Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Abschn. 3.1.: Achse I – Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen. Huber, Bern, S 61–82
- Asendorpf JB (2007) Psychologie der Persönlichkeit, 4. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio
- Beise U (2010) DSM V: grosse Ambition, schwache Methodologie? *Ars Medici* 266–288
- Berger M, Caspar F (2009) Gewinnt die Psychiatrie durch die neurobiologische Erforschung ihrer Wirkmechanismen? *Z Psychiatr Psychol Psychother* 57:77–85
- Berger M, Falkai P, Maier W (2012) Burn-Out ist keine Krankheit. *Dtsch Arztebl* 5:1212–1214
- Birke K, Klauer T, Dobreff S, Schneider W (2001) Psychosomatische Begutachtungsprobanden und stationäre Psychotherapiepatienten im Vergleich. In: Schneider W, Henningsen P, Rüger U (Hrsg) Sozialmedizinische Begutachtung in der Psychosomatik und Psychotherapie. Huber, Bern, S 195–222
- (BPTK) (2012) BPTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit Psychische Erkrankungen und Burn-Out. <http://www.bptk.de>
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) (2008) Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland. <http://www.psychologenverlag.de>
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (2012) Stressreport Deutschland 2012 Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. <http://www.baua.de>
- Castel R (1982) Psychiatisierung des Alltags: Produktion und Vermarktung der Psychowaren in den USA. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg) (1991) Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F). Klinische Beschreibungen und diagnostische Leitlinien. Huber, Bern
- Egger A (2007) Arbeitslosigkeit. In: Weber A, Hörmann G (Hrsg) Psychosoziale Gesundheit im Beruf. Gentner, Darmstadt, S 375–389
- Ehrenberg A (2008) Das erschöpfte Selbst. Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Ehrenberg A (2011) Das Unbehagen in der Gesellschaft. Suhrkamp, Berlin
- Frances AJ (2012) DSM-5 is a guide, not a bible – simply ignore its 10 worst changes. <http://www.psychiatristtimes.com/blog/frances/content/article/10168/2117994>
- Frank G (2012) Schlechte Medizin – ein Wutbuch. Knaus, München
- Freud S (1967) Zur Einleitung der Behandlung (1913). Studienausgabe, Ergänzungsband. Fischer, Frankfurt a. M., S 107–204
- Freudenberger H (1974) Staff burn-out. *J Soc Issues* 30:159–165
- Gill MM, Newman R, Redlich FC (1954) The initial interview in psychiatric practice. International University Press, New York
- Goffman E (1967) Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Grönemeyer D, Welt T (o J) Medikalisierung und alternde Gesellschaft. <http://www.wissenschaftsforum-ruhr.de>
- Grundmann H (2012) Die Begutachtung im Rahmen der Privaten Berufsunfähigkeitsversicherung. In: Schneider W, Henningsen P, Dohrenbusch R et al. (Hrsg) Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Autorisierte Leitlinien und Kommentare. Huber, Bern, S 254–264
- Hartmann K (2012) Wir müssen leider draussen bleiben. Die neue Armut in der Konsumgesellschaft. Blessing, München
- Hapke U, Maske U, Busch M, Schlack R (2012) Scheidt-Nave: Stress, Schlafstörungen, Depressionen und Burn-out: Wie belastet sind wir? Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 8
- Hauck EM, Peiler P, Ahrens B (2012) Affektive Störungen. In: Freyberger HJ, Schneider W, Stieglitz R-D (Hrsg) Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie Psychosomatische Medizin. Huber, Bern, S 181–216
- Heider F (1977) Psychologie der interpersonalen Beziehungen. Klett, Stuttgart
- Hillert A, Marwitz M (2006) Die Burnout-Epidemie. Beck, München
- Hucklenbroich P (2008) „Normal – anders – krank“: Begriffserklärungen und theoretische Grundlagen zum Krankheitsbegriff. In: Groß D, Müller S, Stienmetzer J (Hrsg) Normal – anders – krank? Akzeptanz, Stigmatisierung und Pathologisierung im Kontext der Medizin. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 3–32

Illich I (2007) Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisation des Lebens, 4. Aufl. Beck, München (1975)

Industriegewerkschaftmetall (2012) Antistressverordnung – eine Initiative der IG-Metall. <http://www.igmetall.de>

Irlé H, Fischer K (2012) Die Begutachtung im Rahmen der Rehabilitation und Rentenverfahren wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. In: Schneider W, Henningsen P, Dohrenbusch R et al. (Hrsg) Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Autorisierte Leitlinien und Kommentare. Huber, Bern

Irlé H, Köllner V, Widder B (2012) Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. Autorisierte Leitlinien und Kommentare. Huber, Bern, S 225–251

Jacobi F, Klose M, Wittchen HU (2004) Psychische Störungen in der Deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 47:763–744

Jurkschat R, Glomm D (2010) Arbeitsmedizin zwischen Prävention, Therapie und Rehabilitation – Ansätze eines modernen Gesundheitsmanagements unter einer interdisziplinären Perspektive. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 45:96–103

Kaschka WP, Korczak D, Broich K (2011) Modediagnose Burnout. Dtsch Arztebl 108:781–786

Keupp H, Höfer R (1998) Identitätsarbeit heute. Klassische und aktuelle Perspektiven der Identitätsforschung, 2. Aufl. Suhrkamp, Frankfurt a. M.

Klusen A (o J) Statement zum TK-Gesundheitsreport 2012, Berlin. <http://www.tk.de>

Kovács A (2012) Medikalisation und Ethik. (Interview). <http://www.cunctio.net/streitbar/2012>

Lazarus RS, Folkman S (1984) Stress, appraisal and coping. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokio

Mache UP (2006) Disease mongering. Pharmakritik 7:25–28

Maaz HJ (2013) Die narzisstische Gesellschaft. Ein Psychogramm. Beck, München

Peters H (1996) Als Partisanenwissenschaft ausgedient; als Theorie aber nicht sterblich – der labeling approach. Kriminol J 28:107–119

Paul KI, Moser K (2009) Unemployment impairs mental health: metaanalysis. J Vocat Behav 74:264–282

Richter D (2012) Brauchen wir eine „Neuropsychotherapie“? Forum Psychoanal 28:27–49

Russel J (1985) Die Verdrängung der Psychoanalyse oder Der Triumph des Konformismus. Fischer, Frankfurt a. M.

Schneider W, Freyberger HJ (1994) Diagnostik nach ICD-10 – Möglichkeiten und Grenzen für die Psychotherapie/Psychosomatik. Psychotherapeut 4:269–275

Schneider W, Heuft G, Freyberger HJ, Janssen PL (1995) Diagnostic concepts, multimodal and multiaxial approaches in psychotherapy and psychosomatics. Psychother Psychosom 63:63–70

Schneider W (1990) Behandlungsmotivation – Voraussetzung der Psychotherapieeinnahme oder ein zu vernachlässigendes Konstrukt? In: Schneider W (Hrsg) Indikationen zur Psychotherapie. Beltz, Weinheim, S 183–202

Schneider W (2011) Der soziale Faktor in der Psychotherapie. Arztl Psychother 1:7–12

Schneider W (2010) Psychische Gesundheit und Arbeit. Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed 2:55–63

Schneider W (2012) Die psychosozialen Hintergrundbedingungen von Begutachtungsfragestellungen bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen. In: Schneider W, Henningsen P, Dohrenbusch R et al. (Hrsg) Begutachtung bei psychischen und psychosomatischen Erkrankungen Autorisierte Leitlinien und Kommentare. Huber, Bern, S 19–29

Siegrist J (2009) Gratifikationskrisen als psychosoziale Herausforderung. Arbeitsmed Umweltmed Sozialmed, S 603–612

Szasz TS (1960) The myth of mental illness. Am Psychol 15:113–118

Verband der Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW) (2008) Psychische Gesundheit im Betrieb – ein Leitfaden für Betriebsärzte und Personalverantwortliche.

Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW) (2010) Gemeinsam gegen Psychostress am Arbeitsplatz. Betriebsärzte und IG Metall intensivieren ihre Zusammenarbeit. <http://www.vdbw.de>

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie der Bundesärztekammer (2007) Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie, Version 2.8. <http://www.wbpsychotherapie.de>

Weltgesundheitsorganisation (1984) Constitution of the World Health Organization. <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>. Zugriffen: 8. Jan. 2013

Wittchen HU, Jacoby F (2005) Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. Eur Neuropsychopharmacol 15:357–376

Wittchen HU, Jacobi F, Mack S et al (2012) Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Erste Ergebnisse der „Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit“ (DEGS-MHS). Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 9

Wüllenweber W (2012) Die Asozialen – Wie Ober- und Unterschicht unser Land ruinieren – und wer davon profitiert. Deutsche Verlags-Anstalt, München

Zielke M, Sturm J (1994) Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie. Psychologie Verlagsunion, Weinheim PVU

Ausschreibung Reinhold-Schwarz-Förderpreis für Psychoonkologie

Die Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft (PSO), der Verein für Fort- und Weiterbildung Psychosoziale Onkologie (WPO e. V.) sowie die Familie Schwarz vergeben im Jahr 2013 erstmals den mit 3.000 € dotierten Reinhold-Schwarz-Förderpreis für Psychoonkologie.

Bewerben können sich Personen, die zum Zeitpunkt der Bewerbung nicht älter als 35 Jahre sind. Gefördert werden Nachwuchswissenschaftlerinnen und –wissenschaftler, die eine herausragende Originalarbeit (bereits publiziert, zur Publikation angenommen oder eingereicht) als Erstautorin/Erstautor vorlegen. Bewertungskriterien sind die Nähe zum Fach Psychosoziale Onkologie, die methodische Qualität sowie inhaltliche und/oder methodische Originalität der Arbeit.

Einreichungsfrist ist der **30. Juni 2013**.

Ausschreibungstext sowie Bewerbungsformular für den Reinhold-Schwarz-Gedächtnis-Preis finden Sie auf der Homepage der Weiterbildung Psychosoziale Onkologie: www.wpo-ev.de

Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Reinhold Schwarz, Professor für Sozialmedizin, Universität Leipzig (1946 – 2008), war einer der Pioniere auf dem Gebiet der Psychoonkologie in Deutschland. Aufgrund seiner Verdienste wurde er als Namensgeber für diesen Preis ausgewählt, da er sich zeit seines Lebens um die Förderung junger Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler bemüht hat. Er war 1994 Mitbegründer und bis zu seinem Tod Kursleiter der Weiterbildung Psychosoziale Onkologie.

Quelle: Weiterbildung Psychosoziale Onkologie am Universitätsklinikum Heidelberg, www.wpo-ev.de



Kommentieren Sie diesen Beitrag auf springermedizin.de

Geben Sie hierzu den Beitragstitel in die Suche ein und nutzen Sie anschließend die Kommentarfunktion am Beitragsende.