

PSYCHE IM FOKUS

DAS MAGAZIN DER DGPPN



Von der Therapie zur Prävention



DGPPN

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

WWW.DGPPN.DE

KONGRESS 2013

Ende November wird Berlin zur Hauptstadt der psychischen Gesundheit – jetzt die Kongressausgabe lesen

UNTER VIER AUGEN

Gerichtsreporter Hans Holzhaider und Psychiater Henning Saß über das öffentliche Bild der forensischen Psychiatrie

VON GESTERN FÜR HEUTE

Der Psychiater Hanns Hippus erinnert sich an die Anfänge der psychiatrischen Pharmakotherapie in Deutschland

DIE THEMEN DIESER AUSGABE

22

DGPPN KONGRESS 2013
VON DER THERAPIE ZUR PRÄVENTION



8

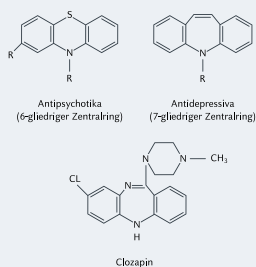
UN-BEHINDERTENRECHTS-
KONVENTION



17

UNTER VIER AUGEN

33



DER WEG ZUM CLOZAPIN

EDITORIAL

GESUNDHEITSPOLITIK

Zukunft der Versorgung	2
Entgeltsystem	4
Ambulante Versorgung – EBM-Neuerungen	5
Reform des Maßregelvollzugs	6
Novellierung der Weiterbildungsordnung	7

PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT

UN-Behindertenrechtskonvention	8
Neuro-Enhancement	11
Psychopathologie und Kunst	14

IM GESPRÄCH

Henning Saß im Gespräch mit Hans Holzhaider	17
--	----

DGPPN KONGRESS 2013

Was erwartet Sie?	22
-------------------	----

ZUKUNFT

Mentoringprogramm der DGPPN	26
-----------------------------	----

INSIDE DGPPN

Referate aktuell – Prävention	28
Drei Vorstandsmitglieder im Profil	29

VERANSTALTUNGEN

Wanderausstellung	31
-------------------	----

VON GESTERN FÜR HEUTE

Vom Chlorpromazin zum Clozapin	33
--------------------------------	----

PSYCHIATRIE UND PHILOSOPHIE

Philosophische Perspektiven	39
-----------------------------	----

IMPRESSUM

HERAUSGEBER:

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

Reinhardtstraße 27 B
D-10117 Berlin

Tel.: 030.2404 772 0

Fax: 030.2404 772 29

E-Mail: pressestelle@dgppn.de

Präsident

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier
(Vi.S.d.P.)

Registergericht:

VR 26854 B, Amtsgericht Berlin
Charlottenburg

REDAKTION:

Dipl.-Biol. J. Amlacher,

J. Beutler, lic. phil.

Dipl.-Psych. G. Gerlinger M. A.

AUFLAGE:

11.000 Exemplare

ERSCHEINUNGSDATUM:

November 2013

ABBILDUNGEN:

FOTOLIA: Seite 14 (LeitnerR); THINKSTOCK:

Titelseite (Digital Vision, Stewart Cohen), Seite 2 (iStock), 3 (iStock), 5 (Blend Images), 10 (iStock);

PHOTOCASE: Seite 11 (Steppenwoelfin), 28 (lamma-photography), 39 (sör alex); HIPPIUS: Seiten

34–38; C. DIXON / HANDICAP INTERNATIONAL: Seite 9; STEFFEN HARTMANN: Inhaltsverzeichnis mittleres Bild und Seiten 17–21; 27

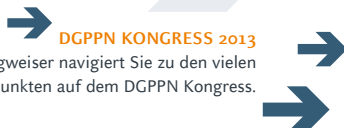
LAYOUT UND SATZ:

Timm Knoerr

DRUCK:

Buch- und Offsetdruckerei

H. HEENEMANN GmbH & Co. KG,
Berlin



DGPPN KONGRESS 2013
Dieser Wegweiser navigiert Sie zu den vielen
Höhepunkten auf dem DGPPN Kongress.

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

Am 27. November wird der DGPPN Kongress 2013 feierlich eröffnet. Tausende Ärzte/innen, Wissenschaftler/innen und Interessierte werden wie jedes Jahr zu Europas größtem Kongress für psychische Gesundheit strömen, um sich über die großen Themen in Forschung, Versorgung und Gesundheitspolitik zu informieren und auszutauschen. Dieses Jahr steht das Zukunftsthema der gesamten Medizin im Mittelpunkt: die Akzentverschiebung „Von der Therapie zur Prävention“. Frühzeitiges Erkennen und Intervenieren bei Krankheit sowie veränderte Lebensstile tragen zu einem Gewinn an Lebensjahren bei. Diese Entwicklung wird maßgeblich von den Experten für psychische Gesundheit, den vielen engagierten Fachärzt/innen für Psychiatrie und Psychotherapie, getragen. Gestalten Sie unseren Jahreskongress aktiv mit und helfen Sie dabei, die drängenden Fragen unseres Faches anzugehen. Was der Kongress alles zu bieten hat, haben wir für Sie auf den Seiten 22-25 in einer kompakten Übersicht zusammengestellt.



Die Kongressausgabe von *Psyche im Fokus* widmet sich aber auch den vielen anderen Schauplätzen, die unser Fach im Jahre 2013 beschäftigen und Aufnahme in das Programm des DGPPN Kongresses gefunden haben.

Lesen Sie außerdem in dieser Ausgabe:

- Der Forensiker und Vorsitzende der unabhängigen Expertenkommission für Recht und Psychiatrie bei der DGPPN Henning Saß unterhielt sich *Unter vier Augen* mit dem langjährigen Gerichtsreporter der Süddeutschen Zeitung Hans Holzhaider über die Aufgaben forensischer Gutachter und überzogene Erwartungen der Öffentlichkeit.
- Das Mitglied der Sektion *Public Policy and Psychiatry* bei der WPA, Michaela Amering, und die Menschenrechtsberaterin Marianne Schulze berichten über die Rolle der Betroffenenverbände bei der Verabschiedung der UN-Menschenrechtskonvention und die Herausforderungen für die Psychiatrie.
- Hanns Hippus erinnert sich in *Von gestern für heute* an die Anfänge der Psychopharmakotherapie in Deutschland.
- Wir präsentieren erste Eindrücke von der Wanderausstellung der DGPPN, die unter dem Titel „Erfasst, verfolgt, vernichtet: kranke und behinderte Menschen im Nationalsozialismus“ und der Schirmherrschaft von Bundespräsident Joachim Gauck am 27. Januar 2014 im Paul-Löbe-Haus des Deutschen Bundestages in Berlin eröffnet werden wird.

Die psychische Gesundheit steht noch immer im Schatten der körperlichen Erkrankungen. Wir alle sind heute aufgefordert, die sprechende Medizin zu stärken – um die optimale Behandlung und Versorgung psychisch erkrankter Menschen auch morgen noch zu garantieren. Die DGPPN möchte mit *Psyche im Fokus* wie auch mit dem diesjährigen DGPPN Kongress einen bedeutsamen Beitrag dazu leisten.

Viel Lesefreude mit der Kongressausgabe von *Psyche im Fokus* wünscht Ihnen Ihr

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier
Präsident DGPPN



DGPPN KONGRESS 2013
Psychische Störungen 2013 –
wachsende Bedeutung, neue Priorisierung
27.11.2013 | 10:15 bis 12:00 Uhr



VERSORGUNG

PSYCHISCHE GESUNDHEIT STÄRKEN

Die Aufmerksamkeit für psychische Gesundheit ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Immer öfter sprechen Menschen mit psychischen Problemen heute über ihr Leiden und ihren Verlust an Lebensqualität. Doch die Möglichkeiten zur Vorbeugung, Bekämpfung und Heilung psychischer Erkrankungen entsprechen nach wie vor nicht den wachsenden Prävalenzen. Medizin und Gesundheitspolitik haben sich zu lange vorwiegend um körperliche Krankheiten gekümmert. Die neue Bundesregierung ist deshalb aufgefordert, die sprechende Medizin nachhaltig zu stärken.

Laut neuem Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts (DEGS) erkrankt etwa jeder dritte Erwachsene heute im Verlauf seines Lebens an einer psychischen Störung. Rund ein Drittel dieser Erkrankungen nimmt einen chronischen Verlauf. Schon heute gehören psychischen Erkrankungen zu den häufigsten Gründen für krankheitsbedingte Fehltag in der Arbeitswelt. Trotzdem steht die psychische Gesundheit in der Politik und Gesellschaft noch immer im Schatten der körperlichen Erkrankungen.

KOMPLEXER HILFEBEDARF

Dabei erfordern gerade schwere psychische Störungen einen komplexen Hilfebedarf, oftmals ist für eine intensivierte Therapie ein Krankenhausaufenthalt notwendig. Doch die derzeit relativ gute Versorgungslage ist in Gefahr: In psychiatrischen und psychotherapeutischen Kliniken ist in Zukunft eine merkliche Eingrenzung von Therapieangeboten zu erwarten. Bereits in den vergangenen Jahren kam es zu einer deutlichen Leistungsverdichtung an den Kliniken. Die Fallzahlen haben sich erhöht, während die Verweildauer zurückgegangen ist. Zusätzlich soll nun – unabhängig vom individuellen Behandlungsbedarf – ein neues krankenhausbezogenes Entgeltsystem eingeführt werden. Damit wird sich der Druck auf die Behandlungszeiten weiter erhöhen (siehe dazu auch Seite 4 in dieser Ausgabe).



Bleibt in den psychiatrischen Kliniken bald keine Zeit mehr für die so wichtigen Gespräche mit den Patienten?

LANGE WARTEZEITEN IM AMBULANTEN BEREICH

Prekär ist die Situation auch im ambulanten Bereich: Menschen mit psychischen Erkrankungen müssen oftmals mehr als drei Monate auf einen Facharzttermin oder Psychotherapieplatz warten. Grund dafür ist ein Abrechnungssystem mit Quartalspauschalen, welches keine Rücksicht auf die individuelle Bedarfslage und die ärztliche Leistungserbringung im Einzelfall nimmt. Dadurch kann der behandelnde Arzt die Behandlungsbedürfnisse der Patienten nur unzureichend erfüllen. Immer mehr niedergelassene Psychia-

ter arbeiten folglich ausschließlich als ärztliche Psychotherapeuten mit ausreichend Behandlungsbudget und fehlen in der vertragsärztlichen Facharztversorgung. Weiter auf nächster Seite >>>

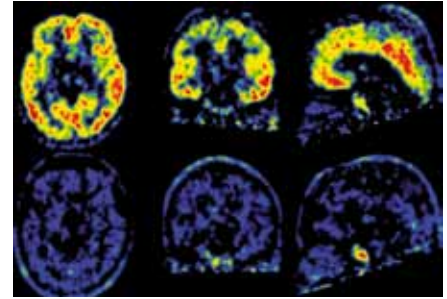


KLARE STRUKTUREN IN DER PRÄVENTION

Bei der Verbesserung der Versorgungsstrukturen muss auch der Früherkennung und -intervention eine größere Bedeutung zukommen. Ein Fokus der DGPPN liegt dabei auf der Identifikation von psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz und arbeitsbedingten Beanspruchungsfolgen. Es geht darum, die fachärztlichen Handlungsbereiche Prävention, Versorgung und Wiedereingliederung in Bezug auf psychische Gesundheit am Arbeitsplatz klar zu definieren, zuständige Ansprechpartner zu benennen und Schnittstellen abzustimmen. Gleichzeitig gilt es, in Deutschland bereits bestehende Initiativen zur Prävention gezielt zu bündeln und internationale Kooperationen verstärkt zu vernetzen.

ZENTRUM FÜR ERFORSCHUNG PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN

Fast alle psychisch erkrankten Menschen lassen sich heute so behandeln, dass es zu deutlichen Besserungen kommt und eine Teilhabe am Alltag wieder möglich wird. Doch nicht alle Patienten werden dabei symptomfrei. Bei der Depression haben zum Beispiel 20 % der erkrankten Menschen dauerhaft Symptome. Die konsequente Erforschung von neuen Therapieverfahren und Wirkstoffen ist für psychisch erkrankte Menschen unbedingt erforderlich. Dieses Ziel erfordert die Bündelung der verfügbaren Kräfte in Gesundheitsforschungszentren, wie sie die Bundesregierung für die somatischen „Volkskrankheiten“ längst ins Leben gerufen hat. Ein Deutsches Zentrum für psychische und psychosomatische Erkrankungen (DZP) wurde bisher allerdings nicht geplant.



Nur durch intensive Forschung lassen sich neue Therapieverfahren und Wirkstoffe entwickeln.

➔ **DGPPN KONGRESS 2013** ➔
Gratwanderung zwischen Autonomie und Fürsorge
29.11.2013 | 15:30 bis 17:00 Uhr
➔

DIE FORDERUNGEN DER DGPPN

Die zunehmende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Bereich psychischer Erkrankungen führt zu wachsenden Versorgungsproblemen. Die DGPPN fordert die neue Bundesregierung deshalb auf, die psychische Gesundheit nachhaltig zu stärken:

- Die Bedürfnisse psychisch erkrankter Menschen sind stärker zu berücksichtigen. Nur wenn es gelingt, Prävention, Versorgung und Erforschung von psychischen Erkrankungen zu verbessern, lassen sich auch die enormen Lasten reduzieren.
- Aus Sicht der DGPPN muss sich die stationäre Behandlung von Patienten zu jedem Zeitpunkt ihrer Erkrankung am individuellen Behandlungsbedarf ausrichten. An diesem Ziel muss sich auch die Finanzierung orientieren. Dies erfordert eine Veränderung der Prioritätensetzung bei der Mittelverteilung innerhalb des Gesundheitswesens.
- Die DGPPN setzt sich dafür ein, dass die Vergütung für Fachärzte im ambulanten Bereich auf Einzelleistungsbasis erfolgt, damit sich deren Einsatz für die psychische Problemlage des einzelnen Patienten wieder lohnt. Gleichzeitig muss die sektorübergreifende Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten, Psychotherapeuten und Pflege verbessert werden.
- Um psychische Erkrankungen erfolgreich erforschen zu können, ist die Gründung eines Deutschen Zentrums für psychische und psychosomatische Erkrankungen (DZP) unverzichtbar.

*Stärkung der psychischen
Gesundheit*

Lesen Sie die vollständigen gesundheitspolitischen Standpunkte auf www.dgppn.de > Publikationen > Stellungnahmen.

ENTGELTSYSTEM

MACHBARKEITSSTUDIE DER DGPPN BRINGT NEUE ERKENNTNISSE

Das Bundesministerium hat Ende 2012 den von allen Fachgesellschaften und Verbänden abgelehnten Abrechnungskatalog des pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) durch Ersatzvornahme ab dem 1.1.2013 in Kraft gesetzt. Hauptkritikpunkt ist die verweildauerabhängige degressive Vergütung. Patienten, Ärzte und Pflegekräfte üben massiven Widerstand, da das neue Entgeltsystem zu Fehlanreizen in der stationären Versorgung psychisch erkrankter Menschen führt. In einer neuen Machbarkeitsstudie zeigt die DGPPN, dass es auch anders geht.

Ende Sommer 2013 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) die zweite Fassung des Abrechnungskatalogs des pauschalierenden Entgeltsystems Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) vorgestellt. Besonders problematisch ist, dass das InEK die Daten zunächst fallgruppiert und dann auf Tagespauschalen herunterbricht, die im Verlauf zu degenerativer Vergütung führen. Je länger ein Patient im Krankenhaus behandelt wird, desto weniger Geld steht dem Leistungsträger für die Behandlung des Patienten pro Tag zur Verfügung – unabhängig von Krankheit und Heilungsverlauf. Eine solche Degression widerspricht der Versorgungsrealität. Individuelle Schwankungen des Behandlungsverlaufes werden nicht abgebildet. Dadurch ist die Qualität des Versorgungssystems für Menschen mit psychischen Erkrankungen nachhaltig gefährdet.

In einer neuen Machbarkeitsstudie zeigt die DGPPN nun, dass ein neues Entgeltsystem für psychiatrische und psychosomatische Kliniken auch auf der Basis einer echten Tageskalkulati-



Die Machbarkeitsstudie der DGPPN basiert auf Daten von insgesamt sechs Kliniken, darunter eine Universitätsklinik.

on funktioniert. Die Studie wertete Daten von insgesamt sechs Kliniken aus, darunter eine Universitätsklinik. Ausgehend von der PEPP für Schizophrenie ließ sich nachweisen, dass eine Zuordnung der Kosten pro Tag und pro Patient möglich ist. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat ihre Zustimmung zum neuen PEPP-Katalog von zwei Bedingungen abhängig gemacht:

1. ein Prüfauftrag an das InEK, tagesbezogene Kalkulation durchzuführen,
2. eine Verlängerung der Optionsphase.

Mit dem GKV-Spitzenverband wurde ein Konsens erreicht, dem gemeinsamen Institut den Prüfauftrag für weitere ta-

gesbezogene Analysen zu erteilen. Auch aus der Politik kamen Signale für die Bereitschaft einer Verlängerung der Optionsphase. Unter diesen Bedingungen hat die Deutsche Krankenhausgesellschaft dem PEPP-Katalog zugestimmt.

Für Patienten, Ärzte und Pflegekräfte heißt dies jedoch, weiter am Ball zu bleiben und die wesentlichen Kritikpunkte sowohl den Entscheidern in der Politik, als auch der Selbstverwaltung kontinuierlich und nachdrücklich aufzuzeigen.

→ **DGPPN KONGRESS 2013**
Psych-Entgelt Update
27.11.2013 | 17:15 bis 18:45 Uhr → →

Endlich im Sinne der Patienten umdenken

Lesen Sie den gemeinsamen Standpunkt auf www.dgppn.de > Publikationen > Stellungnahmen.

GEMEINSAMER STANDPUNKT

Anlässlich der Vorstellung des neuen Entgeltkatalogs für das Jahr 2014 haben sich 14 Verbände, Fachgesellschaften, Patienten- und Angehörigenorganisationen zu einer Initiative zusammengeschlossen, darunter auch die DGPPN. Gemeinsam haben sie einen Standpunkt zum neuen Entgeltsystem entwickelt. Sie fordern unter anderem, dass

sich die Kalkulation der Entgelte aufgrund der vielfältigen Erkrankungsbilder in der Psychiatrie an dem tatsächlichen Behandlungsbedarf der Patienten orientiert. Auch im Verlauf einer Behandlung muss die Vergütung dem wechselnden Behandlungsbedarf folgen und darf nicht abnehmen, je länger ein Patient eine Behandlung benötigt.

AMBULANTE VERSORGUNG

NEUFASSUNG DES EINHEITLICHEN BEWERTUNGSMASSTABES

Der demografische Wandel stellt das ambulante Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Schon heute fehlen in vielen Regionen wohnortnah tätige Haus- und Fachärzte. Insbesondere die Grundversorgung der immer älter werdenden Bevölkerung ist durch die zunehmende Spezialisierung innerhalb der Fachgebiete gefährdet. Dazu hat auch das Vergütungssystem beigetragen, das viele Grundleistungen als Teil einer Pauschale abrechnet und somit das Leistungsspektrum der Ärztinnen und Ärzte nicht ausreichend abbildet.

Aus diesen Gründen wird der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) bis Mitte 2014 überarbeitet. Auf eine wesentliche Neuerung haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit dem GKV-Spitzenverband geeinigt: die Einführung einer „Pauschale fachärztliche Grundversorgung“ (PFG). Dieser Zuschlag für Fachärzte und Psychotherapeuten trat zum 1. Oktober 2013 in Kraft und wird einmal im Quartal für jeden Behandlungsfall gezahlt, bei dem der Arzt ausschließlich konservativ tätig ist und keine spezialisierten Leistungen durchführt. Hiermit sollen diejenigen fachärztlichen Gruppen (wieder) gestärkt werden, welche die Grundversorgung sicherstellen, da in den letzten Jahren große Teile der für die gesamte fachärztliche Versorgung aufgewendeten Vergütung in zunehmend abgerufene hochspezialisierte Leistungen wie zum Beispiel das humangenetische Labor abgeflossen waren. Die PFG stärkt das Honorar für die psychiatrische Versorgung im vertragsärztlichen Bereich laut Hochrechnung um ca. 5 %.

Des Weiteren wird bei der Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für Hausärzte das in den letzten Jahren verfolgte Konzept der Honorarpauschalen wieder zugunsten einer zunehmenden Einzelleistungsvergütung verlassen. Hier soll es in Zukunft eine Einzelleistungsvergütung für das hausärztliche Gespräch geben – was die DGPPN und die Berufsverbände seit Langem für die Gesprächsleistungen im Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde fordern. Diese Einzelleistungsvergütung zu einem



Die Wartezeit auf einen Facharzttermin oder Psychotherapieplatz dauert oftmals länger als drei Monate.

festen Preis für ein zeitlich festgelegtes, nicht beliebig vermehrbares und nicht delegierbares psychiatrisch-psychotherapeutisches Gespräch bleibt eine zentrale Forderung.

Die seit einigen Quartalen seitens der KBV veröffentlichten Honorarberichte zeigen den weiteren Handlungsbedarf in der ambulanten Versorgung auf: Die ärztliche Vergütung sinkt im Schnitt, obwohl die Honorare steigen und die Zahl der Vertragsärzte nicht dramatisch zunimmt. Hier bewahrheitet sich, wovon die Berufsverbände seit Jahren gewarnt haben. Die Selektivverträge nach § 73b und c SGB V ziehen Honorar aus der Regelversorgung ab, da die Gesamtvergütung um das in den Selektivverträgen erwirtschaftete Honorar bereinigt wird. Besonders deutlich wird das in den Kassenärztlichen Vereinigungen Bayerns und Baden-Württembergs, wo die meis-

ten Selektivverträge vereinbart wurden. DGPPN und die Berufsverbände, die sich gemeinsam seit 2003 für Selektivverträge und Integrierte Versorgungsverträge als Such-Strategie zur Verbesserung der Versorgung einsetzen und Konzepte hier erarbeitet haben, betonen stets die Notwendigkeit der On-top-Vergütung solcher Verträge.



REFORM DES MASSREGELVOLLZUGS

ERFOLGREICHES AUFTAKTGESPRÄCH DER INITIATIVE MASSREGELRECHT

Das Bundesjustizministerium hat kurz vor der Bundestagswahl eine Reform des Maßregelrechts eingeleitet. Es reagierte damit auf die öffentliche Debatte um den Fall Gustl Mollath. In einem Gespräch mit Politikvertretern sowie in einer Stellungnahme hat die DGPPN im September auf die zentralen Aspekte hingewiesen, die es bei der Reform von § 63 StGB zu berücksichtigen gilt.

Die wichtigsten Forderungen wurden am 11. September 2013 anlässlich des Auftaktgesprächs der Initiative Maßregelvollzug in Berlin vorgestellt, an dem zahlreiche Vertreter von Bundes- und Länderministerien teilnahmen. Die DGPPN hat die Initiative in diesem Sommer ins Leben gerufen, um unter Einbezug der politischen, juristischen und fachärztlichen Experten auf die dringend notwendige Reform des Maßregelrechts hinzuwirken.

Die Vertreter der Politik ließen den Willen erkennen, die Voraussetzungen für eine Unterbringung im forensischen Maßregelvollzug zu verschärfen. So sollte der Tendenz der Forensifizierung gesellschaftlich unerwünschter Verhal-

tensweisen Vorschub geleistet werden. Da eine solche Politik die zugrunde liegenden Probleme nicht löst, sondern lediglich verschiebt, stellte sich die Frage nach der optimalen Beschaffenheit eines ambulanten Nachsorge- bzw. Präventionssystems und dessen Finanzierung. Hier erhoffen sich die Vertreter des Bundesjustizministeriums Antworten der DGPPN. Weitere Themen waren die Fristen der Begutachtung, die Qualitätssicherung der Gutachten und der grassierende Nachwuchsmangel in der Forensischen Psychiatrie. Die Beteiligten verabredeten weiterführende Gespräche nach der Bildung der neuen Bundesregierung.

In den letzten 15 Jahren ist es in Deutschland zu einer Verdoppelung der forensisch-psychiatrischen Behandlungsplätze gekommen. Infolge der gesellschaftlichen Forderung nach mehr Sicherheit ist dabei auch die Verweildauer von Untergebrachten in der Forensik stark gestiegen. Bundesweit werden gegenwärtig rund 10.000 Patienten stationär im psychiatrischen Krankenhaus auf Grundlage des Strafgesetzbuches behandelt. Hinzu kommen mehrere Tausend ambulant betreute Patienten in der forensischen Nachsorge.



Intensive Beteiligung von Fachexperten der Psychiatrie und Psychotherapie unabdingbar

Lesen Sie die vollständige Stellungnahme der DGPPN auf www.dgppn.de > Publikationen > Stellungnahmen.

DIE FORDERUNGEN DER DGPPN

Die zunehmende Bedeutung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung von Menschen, die delinquent geworden sind, erfordert eine intensive Beteiligung von Experten aus Psychiatrie und Psychotherapie an der Entwicklung differenzieller Behandlungskonzepte im Straf- und Maßregelvollzug.

- Die Reform des Maßregelrechts muss darauf abzielen, die rechtlichen Grundlagen der Behandlung im Maßregelvollzug über die Bundesländer hinweg zu vereinheitlichen.
- Die Reform soll sicherstellen, dass nur Patienten durch die Gerichte in forensisch-psychiatrische Kliniken eingewiesen werden, von denen schwere Straftaten zu befürchten sind. Dabei ist die Dauer des Aufenthaltes im Regelfall zeitlich zu begrenzen. Begrüßenswert ist dabei eine höherfrequente, einheitliche Begutachtungsfrist.
- Es bedarf einer in jedem Falle an Mindeststandards orientierten Behandlung mit einer hinreichenden Anzahl von therapeutischem Personal. Dies setzt einheitliche Personalstandards und damit auch die Zusicherung einer auskömmlichen und an der Aufgabe orientierten Finanzierung voraus.
- Die Sicherstellung von gut ausgestatteten forensisch-psychiatrischen Nachsorgeambulanzen muss ebenfalls in allen Bundesländern durchgesetzt werden.

NOVELLIERUNG DER FACHARZTWEITERBILDUNG

ECKPUNKTE ZUR INHALTLICHEN WEITERENTWICKLUNG DES FACHES

Die Novellierung der Musterweiterbildungsordnung stellt alle Fachgebiete der Medizin vor große Herausforderungen, da an die Beschreibung der Weiterbildungsinhalte völlig neue Ordnungsprinzipien angelegt werden. Gegenüber der bisherigen Orientierung nach „Kenntnissen und Erfahrungen“ sind jetzt auf Wunsch der Bundesärztekammer Kompetenzen mit vier „Kompetenzlevels“ für die einzelnen Weiterbildungsinhalte vorgesehen.

Level 1 wird im Medizinstudium erworben und ist nicht Gegenstand der Weiterbildung. Level 2 beschreibt komplexe Krankheitsbilder bzw. Handlungsfelder, für die der Weiterzubildende über eingehende theoretische Kenntnisse verfügen muss. Level 3 definiert medizinische Maßnahmen, deren Anwendung jedem Facharzt im Zusammenhang mit dem im Fach häufigsten Krankheitsbildern geläufig sein muss. Level 4 beschreibt die über die erworbenen Kenntnisse, Erfahrungen und Fähigkeiten hinausgehenden Fertigkeiten, welche selbstständig und routinemäßig durchgeführt und mit Richtzahlen belegt werden.

Für das Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie ergibt sich durch die Novellierung der Weiterbildungsordnung die Chance, die wissenschaftlichen, klinischen und demografischen Entwicklungen der letzten zwei Jahrzehnte zu berücksichtigen und dem heutigen Stand anzupassen. Diese Anpassung betrifft vor allem die Bereiche Psychotherapie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie und Neuropsychologie.

Folgende Erweiterungen der Inhalte sind vorgesehen:

PSYCHOTHERAPIE

Umfassende psychotherapeutische Weiterbildungsinhalte sind fester Bestandteil der fachärztlichen Weiterbildung. Psychisch erkrankte Menschen haben einen unterschiedlichen psychotherapeutischen Hilfebedarf in den verschiedenen Phasen der Erkrankung (stationäre Akutbehandlung, ambulante Behandlung schwer und chronisch kranker Pa-

tienten etc.). Neben der Kompetenz in Richtlinienverfahren muss auch eine Kompetenz in störungsorientierten psychotherapeutischen Methoden erworben werden. Psychotherapeutische Expertise muss auch für Patienten mit Psychosen, affektiven Störungen, Persönlichkeitsstörungen, hirnorganischen Störungen und Suchterkrankungen eingesetzt und entsprechend erworben werden. Ebenso ist eine umfassende Vermittlung von Therapiekompetenz für das ambulante und stationäre Setting notwendig.

GERIATRIE UND GERONTO-PSYCHIATRIE

Die demografische Entwicklung führt zu einem Anstieg älterer Patienten mit psychischen Störungen in Kombination mit somatischer Multimorbidität. Geriatrische und gerontopsychiatrische Kompetenzen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Weiterbildung sind daher zur Behandlung von multimorbiden Patienten mit psychischen Störungen unabdingbar.

NEUROPSYCHOLOGIE

Es besteht ein wachsender Versorgungsbedarf bei älteren Menschen mit dementiellen Erkrankungen. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie leisten hier gemeinsam mit Fachärzten für Neurologie den Hauptteil der Versorgung. Schädigungen des Gehirns – etwa infolge eines Schlaganfalls oder Schädel-Hirn-Traumas – haben Auswirkungen auf alle Lebensbereiche der Patienten. Eine fachliche Diagnostik sowie

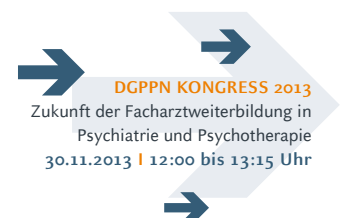
die Begleitung der Patienten im Umgang mit Folgeschäden ist notwendig.

WECHSELSEITIGES PFLICHTJAHR NEUROLOGIE – PSYCHIATRIE

Das gegenseitige Pflichtjahr Neurologie und Psychiatrie soll weiterhin wesentlicher Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie wie auch für den Facharzt für Neurologie bleiben. Der Erwerb von Kernkompetenzen beider Fächer ist für die adäquate Diagnostik und Behandlung von Menschen mit Erkrankungen des Gehirns notwendig.

ERWEITERUNG DER WEITERBILDUNGSZEIT AUF 6 JAHRE

Die Anforderungen für die Facharzt-ausübung sind mit den inhaltlichen Erweiterungen nicht mehr innerhalb von fünf Jahren qualitativ und quantitativ ausreichend zu erreichen. Deutschsprachige Nachbarländer haben ebenfalls Weiterbildungszeiten von sechs Jahren im Fach (Schweiz, Österreich).



UN-BEHINDERTENRECHTSKONVENTION

FÜR MEHR AUTONOMIE UND TEILHABE

Die beispiellose Zustimmung, welche die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) durch die rasche Ratifizierung in mehr als 130 Ländern erfahren hat, unterstützt langjährige Forderungen nach Barriereabbau, Maximierung von Selbstbestimmung und verstärkte Bemühungen um effektive Inklusion und Empowerment marginalisierter Personen.

Autorinnen: Michaela Amering und Marianne Schulze

Sämtliche Menschenrechtskonventionen – sowohl auf Ebene der Vereinten Nationen, aber auch der Europäischen Union und des Europarates – erfassen selbstverständlich auch Menschen mit Behinderungen, da es um den Schutz aller Menschen und deren Rechte geht. Menschen mit Behinderungen sind hingegen vielfach unerwähnt geblieben [1]. Die mangelnde Erwähnung des Diskriminierungsgrundes ‚Behinderung‘ bzw. ‚Beeinträchtigung‘ in den zentralen Menschenrechtsverträgen hatte eine Nichtbehandlung und damit Nichtbeachtung der Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen nach sich gezogen [2].

EIN TRIUMPH DER BETROFFENENVERTRETUNG

Die Erarbeitung der Konvention war von einer historischen Beteiligung der Zivilgesellschaft, insbesondere auch von Selbstvertretern und Selbstvertreterinnen mit psychosozialen Beeinträchtigungen geprägt [3]. Der Weltverband der Betroffenen sieht den Verhandlungsprozess der Konvention als einen Triumph für alle Betroffenen weltweit. Es ist in der Tat sehr bedeutungsvoll, dass es den Betroffenenvertretern gelungen ist, in der anwaltschaftlichen Arbeit der Zivilgesellschaft anerkannt zu werden; das gibt berechtigte Hoffnung für ein Ende von gesellschaftlicher Exklusion von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen.

Ein guter Teil der beteiligten Betroffenen nimmt eine deutlich psychiatriekritische Haltung ein. Das zeigt sich etwa darin, dass sie die Bezeichnung ‚psychosoziale Behinderung‘ (psychosocial disability) für Behinderungen im Rahmen von psychiatrischen Gesundheitsproblemen vorschlagen, sich aber von dem professionellen psychosozialen Rehabilitationsbetrieb abgrenzen. Ihr Weltverband (WNUSP) formuliert für jeden Artikel der Konvention den aus ihrer Sicht aktuellen Handlungsbedarf und Beispiele guter Praxis, z. B. zu den Themen Alternativen zum Einsatz von Zwang in Krisen, Voraussetzungen und unterstützte Entscheidungsfindung (www.wnusp.net).

In der praktischen Umsetzung gibt es je nach nationalen Gegebenheiten unterschiedliche Herausforderungen. In einigen Ländern kann die UN-BRK direkt angewendet werden, in man-

chen muss sie den Umweg über eine Verbriefung in Gesetzen gehen; die jeweilige Grundhaltung bezüglich Menschenrechten in Politik und Standesvertretungen ist sehr verschieden; auch die Notwendigkeit der Einbeziehung von Zivilgesellschaft ist eine Herausforderung – selbst dort, wo es bereits Strukturen gibt. Alle diese Prozesse knüpfen an einer wichtigen Vorarbeit der Selbstvertreter und -vertreterinnen im Rahmen der Verhandlungen an: den Abbau der Barrieren in den Köpfen.

DIE FRAGE DER ZWANGSBEHANDLUNG

Gerade in der BRD haben die letzten Jahre mit mehreren höchstrichterlichen Entscheidungen und einer Anpassung des Betreuungsrechtes die Diskussion zur Zwangsbehandlung geprägt. Auch in Großbritannien wird bezweifelt, dass die derzeitige Gesetzgebung im Einklang mit der UN-BRK ist [4]. Vorschläge zu zeitgemäßen Lösungen reichen von einer einheitlichen Rechtslage für die gesamte Medizin, die alle Fälle eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit regelt, anstelle von speziellen Gesetzen für eine von der Medizin getrennte Psychiatrie [5] bis zu der Forderung des UN-Sonderberichterstatters über Folter und andere grausame, unmenschliche und erniedrigende Behandlung und Strafe Juan Mendez, der kürzlich ein Verbot jeglicher Zwangsbehandlung vorschlug.

Es gibt berechtigte Hoffnung für ein Ende von gesellschaftlicher Exklusion von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen.

Die Stellungnahme der DGPPN zur den Vorschlägen der von der deutschen Bundesärztekammer eingesetzten Zentralen Ethikkommission (ZEKO) macht deutlich: „Das Verhindern von Zwangsmaßnahmen bei Unterbringungen und Therapien von nicht einwilligungsfähigen Patienten ist nur durch Beziehungs- und Vertrauensaufbau mit dem Patienten durch qualifiziertes Personal möglich. Diese personalintensive Betreuung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen wird jedoch bislang nur unzureichend vom Gesundheitssystem finanziert“



Achte Sitzung des Ad-hoc Committee on the Rights of Persons with Disabilities im August 2006

[6]. Diese Forderungen werden aktuell durch Erfahrungen und Daten der deutschen und österreichischen Praxis klar unterstützt. Martin Zinkler, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik am Klinikum Heidenheim, berichtet in einem offenen Brief an die deutsche Justizministerin von positiven Erfahrungen aus der Zeit der Rechtsunsicherheit mit weniger Zwang und Gewalt, aber längeren Aufenthaltszeiten [7]. Peter Fischer, Primar der psychiatrischen Abteilung am Wiener SMZ-Ost, konnte nach Personalaufstockung eine Reduktion der Fixierungszeiten um 75% erreichen (Fischer, persönliche Mitteilung 2013).

NEUE AUFGABEN FÜR DIE RECHTSEXPERTEN

Während sich Psychiatrie-Recht bislang hauptsächlich der Anwendung von Zwang in der Psychiatrie gewidmet hat, eröffnet sich durch die UN-BRK neuer Handlungsbedarf, was zum Beispiel die Wohnsituation von Menschen mit psychosozialen Behinderungen, Gesundheit und Lebensstandard, politische und kulturelle Partizipation, aber auch die Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch angeht [4]. Diese Trendwende beinhaltet wesentlich die gesellschaftspolitischen Fundamente Bildung, Arbeit und Erwerbsleben sowie die Bereiche Rehabilitation und Habilitation [8]. Neben den Freiheitsrechten treten die Teilhabe- und Solidarrechte mit ihren Ansprüchen auf Leistungen in den Vordergrund.

DAS SOZIALE MODELL

Die Konvention stellt den etablierten Menschenrechtskatalog barrierefrei und inklusiv dar. Die Bedeutung von sozialen Barrieren, der Einfluss von einstellungsbedingten Hürden wie

zum Beispiel Stereotypen und Vorurteilen gegenüber Menschen mit Behinderungen in der Exklusion von Menschen mit – auch vermuteten – Behinderungen, wird dabei betont [1]. Aus dem sozialen Modell von Behinderung wird deutlich, dass die multidisziplinäre Feststellung des Unterstützungs- bzw. Assistenzbedarfs in den Mittelpunkt der Erwägungen rückt. „Welche Form von Assistenz kann jemanden wie am besten in seiner Selbstbestimmung unterstützen?“, wird zur zentralen Fragestellung. Diese Assistenz muss gemeindenah sein und kann auch in Form von persönlicher Assistenz erfolgen, die natürlich auch Menschen mit psychosozialen Beeinträchtigungen zur Verfügung gestellt werden soll.

Gerade auch die sprachliche Dimension von Barrierefreiheit wird in der Konvention deutlich herausgearbeitet. Vor allem für Menschen mit Lernschwierigkeiten, aber nicht nur für diese, sieht „Leichte Sprache“ eine Kommunikation mittels fremdwortbefreiten Formulierungen und unterstützt mit Bildern und Symbolen vor.

Die UN-BRK verlangt, dass Entscheidungen nicht substituiert, sondern unterstützt werden.

Die Zielsetzung einer – gerade auch im sozialen Bereich – barrierefreien Gesellschaft stellt die unterzeichnenden Staaten vor einige Herausforderungen. Die von wohlgemeintem Paternalismus gezeichnete Fürsorgepolitik hat in Strukturen, aber auch im Denken tiefe Spuren gezogen, die nun adaptiert und korrigiert werden müssen. Vielfach gibt es daher wesentlich mehr Änderungsnotwendigkeit, als zunächst offenbar war. Beispiele von akutem Handlungsbedarf beinhalten



Beispiellose Zustimmung: Die UN-Behindertenrechtskonvention wurde in mehr als 130 Ländern ratifiziert.

ten Fragen der österreichischen Sachwalterschaft bzw. des Betreuungsrechtes in der BRD. Bartlett berichtet, dass das Hochkommissariat der Vereinten Nationen für Menschenrechte diesen Punkt als Priorität hervorgehoben hat, und betont, dass die UN-BRK mit ihrem sozialen Modell von Behinderung verlangt, dass Entscheidungen nicht substituiert, sondern unterstützt werden [4].

RECOVERY, EMPOWERMENT UND DER TRIALOG

Die Partizipation von Selbstvertreterinnen und Stellvertretern während des Verhandlungsprozesses hat sich u. a. dahingehend ausgewirkt, dass Teilhabe bzw. Partizipation zu einem Grundprinzip des Vertrages geworden ist (Artikel 3 Konvention). Darüber hinaus müssen die Mitgliedsstaaten in allen Belangen, die Menschen mit Behinderungen betreffen, diese einbeziehen (Artikel 4 Abs 3 Konvention) – so auch in die Überwachung der Konvention (Artikel 33 Abs 2 Konvention).

Recovery ist in einem gewissen Sinn auch die praktische Anwendung der Grundprinzipien der Konvention [9]. Die Erfahrungen und Methoden von Recovery stärken und ergänzen Anstrengungen zu Empowerment – sowohl in individuellen therapeutischen Kontakten als auch auf der Ebene von Planung, Durchführung, Evaluation und Qualitätssicherung der psychiatrischen Angebote. Vielerorts wird der Forderung nach neuen Formen der Zusammenarbeit mit Personen, die die eigene gelebte Erfahrung als nötige Qualität und Qualifizierung in ihre Arbeit einbringen (www.ex-in.info), und der trialogischen Besetzung von Beschwerdestellen, Besuchskommissionen und anderen Gremien Rechnung getragen [10]. Diese Entwicklung ist im englischsprachigen und skandinavischen Raum bereits weit fortgeschritten. In einigen Ländern wie Großbritannien und Norwegen ist die Forschungsfinanzierung strikt von der Einbindung von Personen mit gelebter Erfahrung abhängig. Die langjährige Erfahrung im Trialog, die den deutschsprachigen Raum kennzeichnet, bringt uns gerade jetzt große Vorteile, da nach Meinung der Monitoringstelle zur Umsetzung der UN-BRK in Deutschland, eine nächste ‚Psychiatriereform unabdingbar ist‘ [11].

PROF. DR. MICHAELA AMERING

Vorstandsmitglied der Sektionen „Public Policy and Psychiatry“ (World Psychiatric Association) und „Women’s Mental Health“ (European Psychiatric Association)

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Wien

DR. MARIANNE SCHULZE, LL.M.

Menschenrechtskonsultentin, Wien

LITERATUR

- Schulze, M. (2011). Menschenrechte für alle: die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. In P. Flieger & V. Schönwiese. *Menschenrechte - Integration - Inklusion. Berichte und kritische Diskussionen aus der Forschung*. Bad Heilbrunn: Klinkhardt. Siehe auch: bidok.uibk.ac.at/library/schulze-menschenrechte.html
- Quinn, G., & Degener, T. (2002). *The current use and future potential of United Nations human rights instruments in the context of disability*. New York and Geneva: United Nations.
- Sabatello, M. (2013). *A Short History of the Disability Rights Movement*. In M. Sabatello & M. Schulze (2013), *Human Rights & Disability Advocacy*. Pennsylvania: University Press.
- Bartlett, P. (2012). *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Mental Health Law*. *The Modern Law Review*, 75, 752-778.
- Szmukler, G., Daw, R., & Callard, F. (2014). *Mental health law and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. *International J Law & Psychiatry* (in press)
- Patientenautonomie. *Wie weit darf ärztliche Hilfe gehen?* (2013). *Psyche im Fokus. Das Magazin der DGPPN*, 2, 8.
- Zinkler, M. (2013). *Offener Brief zur Neuregelung der Zwangsbehandlung im Betreuungsrecht*. *Psychosoziale Umschau*, 1, 24.
- Amering, M., & Schulze, M. (2013). *Recovery – ein Menschenrecht?* In G. Lenz, R. Rabenstein, & G. Reschauer (Hrsg.), *Berufsbezogene Herausforderungen in der psychiatrischen Rehabilitation*. Wien: Facultas.wuv Universitätsverlag.
- Amering, M., & Schmolke, M. (2012). *Recovery. Das Ende der Unheilbarkeit* 5. Auflage). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Wallcraft, J., et al. (2011). *Partnerships for better mental health worldwide: WPA recommendations on best practices in working with service users and family carers*. *World Psychiatry*, 10(3), 229-36.
- Monitoringstelle am Deutschen Institut für Menschenrechte (2012). Abgerufen von http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/Stellungnahme_der_Monitoring_Stelle_zur_UNBRK_anlasslich_der_Oeffentlichen_Anhoerung_am_10_12_2012_im_Rahmen_der_105_Sitzung_des_Rechtsausschusses.pdf



NEURO-ENHANCEMENT

GRENZEN DER SELBSTOPTIMIERUNG

Paul Erdős, möglicherweise der produktivste Mathematiker aller Zeiten (mit nahezu 1500 Publikationen), stärkte sich für den Tag mit einer Dosis von 10 bis 20 Milligramm Benzedrine oder Ritalin, starkem Espresso und Koffeintabletten[1]. War er, der 1996 verstarb, der Vorreiter des pharmazeutischen kognitiven Enhancements (engl. enhancement = Steigerung, Verbesserung)?

Autor: Ralph Hertwig

Das Ziel, unsere kognitive Leistungsfähigkeit zu steigern, ist keine Erfindung der pharmakologischen Moderne. Ein Schlüssel zum Erfolg der Spezies Mensch ist ihr ständiges Bestreben, mentale Fähigkeiten durch vielfältige Strategien – Gedächtnisspiele für Kinder und Senioren, Meditation oder das Einüben von Kulturfertigkeiten in der Schule – zu optimieren. In dem Wunsch nach noch größerer kognitiver Leistungsfähigkeit und der Überwindung von Müdigkeit wurde auch früher schon mit chemischen Wirkstoffen experimentiert (Kokablätter, Betel, Kath, Koffein usw.).

Mit dem Begriff des kognitiven Enhancements bezeichnet man gewöhnlich die Einnahme von verschreibungspflichtigen pharmakologischen Substanzen durch Gesunde mit dem Ziel der kognitiven Leistungssteigerung. Verbessert werden unter anderem Aufmerksamkeitsfähigkeit, Lernfähigkeit, Konzentrationsfähigkeit, Merkfähigkeit und Vigilanz (Durchhaltevermögen). Schneller, genauer, fokussierter und ausdauernder soll das optimierte Gehirn sein. Und wer zusätzlich seine motivationale und emotionale Befindlichkeit verbessern möchte, dem stehen noch weitere Wirkstoffe zur Verfügung (der umfassendere Begriff Neuro-Enhancement beinhaltet auch diese Zielgrößen). Nach Expertenmeinung werden gegenwärtig zum Zwecke des kognitiven Enhancements mehr als 100 Wirkstoffe entwickelt, getestet oder angewendet [2].

WIE VERBREITET IST DAS KOGNITIVE ENHANCEMENT?

Obleich medial gelegentlich der Eindruck erweckt wird, als ob „Hirndoping“ nahezu normal und insbesondere der Cam-

pus amerikanischer Elite-Colleges und Universitäten in dieser Hinsicht zum Experimentierfeld geworden sei, zeichnen Umfragen in Deutschland ein anderes Bild. Die Nutzung von Neuropsychopharmaka (zum Beispiel Methylphenidat, Modafinil, Piracetam und selektive Serotonin-Reuptake-Inhibitoren; für eine umfassende Liste der Wirkstoffe siehe [2]) mit dem Ziel des kognitiven Enhancements erscheint nicht weitverbreitet. Je nach Population (Angestellte vs. Studierende) und einbezogenen Wirkstoffen beträgt der Anteil derjenigen, die zum zulassungsüberschreitenden



Kaffee – Vorläufer des kognitiven Enhancements?

Gebrauch von Neuropsychopharmaka greifen, zwischen 1,5 % und 5 % [3] (Die Häufigkeit ärztlicher Verordnungen von Methylphenidat ohne klare Diagnose und auf Privatrezept könnte aber darauf hindeuten, dass diese Zahlen den Gebrauch unterschätzen [4]).

Was diese Umfragen allerdings auch zeigen, ist dies [3]: Vielen Befragten ist die Möglichkeit des pharmazeutischen kognitiven Enhancements nicht unbekannt. Weiterhin hielten nahezu ein Drittel der Befragten, deren Arbeit durch hohen Stress geprägt ist, die Einnahme von leistungssteigernden Neuropsy-

chopharmaka für vertretbar. Diese Bewertung scheint handlungsrelevant: Wahrgenommener Stress (zum Beispiel Leistungsdruck oder Prüfungsstress) erhöht die Wahrscheinlichkeit der Einnahme von Neuropsychopharmaka, und Experten konstatieren den Trend, auf die Belastungen der modernen Arbeitswelt – hohes Arbeitstempo, stetige Veränderungsprozesse, ständige Verfügbarkeit und multiple Anforderungen – zu reagieren, indem man zu leistungssteigernden Wirkstoffen greift [3].

BESTEHT ANLASS ZUR SORGE?

Die Diskussion zu dieser Frage verläuft kontrovers. In Deutschland hat vor wenigen Jahren das Memorandum Neuro-Enhancement „führender Experten“ [5] viel Aufmerksamkeit erregt. Darin wurde die Ansicht vertreten, dass es „keine überzeugenden grundsätzlichen Einwände gegen eine pharmazeutische Verbesserung des Gehirns oder der Psyche gibt. Vielmehr sehen wir im pharmazeutischen Neuro-Enhancement die Fortsetzung eines zum Menschen gehörenden Optimierungstrebens mit anderen Mitteln“ [5]. Die Autoren diskutierten diverse Chancen und Risiken des kognitiven Enhancements sowie Fragen der individuellen Autonomie [6]. Zu den gesellschaftlichen Risiken gehört unter anderem die Gefahr, dass kognitives Enhancement den Leistungsdruck weiter anheizt. Der Einzelne könnte sich genötigt sehen – sofern die Mehrheit zur Pille greift, anstatt diese faktische Norm zu akzeptieren. Ein Normverweigerer müsste sich mit schlechteren Schulnoten, schlechterem Uniabschluss, geringerem Einkommen und niedrigerem sozialem Status abfinden. Soziale Ungleichheit würde auch dadurch provoziert, dass die langfristige Nutzung kostspieliger Neuropsychopharmaka nur finanziell privilegierten Schichten möglich wäre.

Ein faustischer Pakt: die Hoffnung auf ein optimiertes Gehirn gegen ein weitgehend unbekanntes Risiko schwerwiegender Nebenwirkungen und Folgeschäden.

Antworten auf diese und ähnliche Befürchtungen sind nicht trivial. Mit Recht weisen die Autoren des Memorandums darauf hin, dass Verteilungsungerechtigkeit und soziale Ungleichheit existente und akzeptierte Merkmale unserer Gesellschaft sind. Sie können daher kaum als prinzipielles Argument gegen kognitives Enhancement dienen, solange wir gleichzeitig den selektiven „Erwerb“ einer gesteigerten kognitiven Leistungsfähigkeit etwa durch eine kostspielige Ausbildung in einer Eliteuniversität billigen. Darüber hinaus lassen sich auch ethische Erwägungen für das pharmazeutische kognitive Enhancement ins Feld führen. Mit welcher Rechtfertigung kann man zum Beispiel jenen Berufsgruppen Unterstützung verweigern,

die besondere Verantwortung für das Leben anderer Menschen tragen? Würde ein Wirkstoff die Vigilanz eines Fluglotsen steigern und gar die Rate von (Beinah-)Zusammenstößen im Flugverkehr reduzieren, stünden wir nicht in der Verantwortung, diesen Wirkstoff zur Verfügung zu stellen?

Ganz gleich, wie man zu diesen Argumenten steht, man kommt an einer Tatsache nicht vorbei, und die Autoren des Memorandums lassen sie nicht unerwähnt [3]: Die Abwägung der Konsequenzen des kognitiven Enhancements ist auch deshalb schwierig, weil nahezu jegliche Evidenz fehlt. Dies ist besonders offensichtlich, wenn es um die mittel- und langfristigen Nebenwirkungen und möglichen Folgeschäden von Neuropsychopharmaka bei Gesunden geht: Erschöpfung, Rebound-Phänomene, Depression, Angst, Schlaflosigkeit, vegetative Störungen, psychische Abhängigkeit und substanzspezifische Störungen wie zum Beispiel Wachstumsverzögerung durch Methylphenidat [2] usw. Angesichts der brisanten Debatten um die Pathologisierung normalen Verhaltens [7] und des möglicherweise hochproblematischen Verhältnisses von Nutzen zu Folgeschäden und Nebenwirkungsrisiko bei der langfristigen Behandlung von psychisch Erkrankten mit Neuropsychopharmaka [8] offeriert uns das pharmazeutische kognitive Enhancement in meinen Augen einen faustischen Pakt: die Hoffnung auf ein optimiertes Gehirn gegen ein weitgehend unbekanntes Risiko schwerwiegender Nebenwirkungen und Folgeschäden.

EIN NAIVES LINEARES MODELL VON KOGNITION

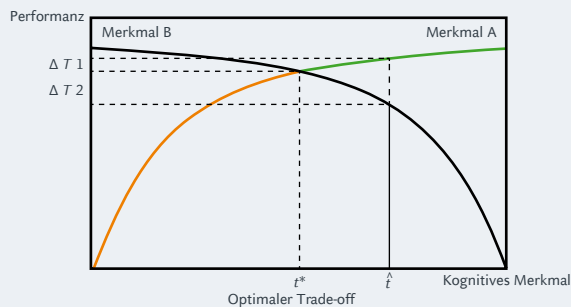
Dieser Pakt erscheint mir umso fragwürdiger, als kognitives Enhancement auf einem naiven linearen Modell von Kognition aufbaut [9]. Dieses Modell unterstellt, dass mehr offensichtlich besser sei und ergo höhere Werte bei kognitiven Merkmalen zu besseren Leistungen befähigen. Diese Vorstellung übersieht, dass Kognition das evolutionäre Produkt diverser Kompromisse (Trade-offs) über vielfältige konkurrierende Anforderungen darstellt. So wie die Architektur des weiblichen Beckens vermutlich einen Kompromiss zwischen den widersprüchlichen Anforderungen schneller, aufrechter Fortbewegung und möglichst geringer Verletzungsrisiken des kindlichen Gehirns bei der Geburt widerspiegelt, ist auch das Gehirn ein Ergebnis von Kompromissen. Die Signaturen dieser Kompromisse sind umgekehrte U-förmige Performanzkurven, die zum Beispiel im Kontext von inneren und äußeren Suchprozessen allgegenwärtig sind: Wann sollte man die gedankliche Suche nach Information beenden und eine Entscheidung treffen? Wann sollte man die Suche nach einem Jobkandidaten einstellen und sich für eine Person entscheiden? Wann sollte man die Suche nach dem verschwundenen Personalausweis aufgeben und die wertvolle Zeit darin investieren, sich einen neuen zu besorgen? Diese Probleme erfordern einen vernünftigen Ausgleich zwischen Perseveranz und Zielaufrechterhaltung.

tung einerseits und Loslösung vom Ziel und Initiierung einer neuen Aktion andererseits. Bezogen auf kognitives Enhancement bedeutet das: Ein Mehr an fokussierter Aufmerksamkeit muss nicht zu besserer Leistung führen; es kann sogar eine schlechtere nach sich ziehen.

Die lineare Konzeption von Kognition übersieht noch ein weiteres Risiko des pharmazeutischen kognitiven Enhancements: das mögliche Auftreten ungewollter Beeinträchtigungen in korrelierten kognitiven Dimensionen [9]. Angenommen pharmakologisch induzierte Leistungsgewinne bei kognitiven Merkmalen unterliegen einem abnehmenden Grenznutzen, dann könnte dies bedeuten, dass ein kleiner Gewinn teuer erkaufte wird. Abbildung 1 veranschaulicht das Problem. Ein relativ kleiner Gewinn, den man erreicht, indem man die Werte eines kognitiven Merkmals A über den optimalen Trade-off zwischen den Merkmalen A und B hinaus steigert, führt zu einem disproportional größeren Leistungseinbruch für das Merkmal B.

Abbildung 1:

Das Risiko einer Kosten-Nutzen-Asymmetrie im pharmazeutischen kognitiven Enhancement



Die Leistungs-Scores, die mit den kognitiven Merkmalen A und B assoziiert sind, unterliegen einem abnehmenden Grenznutzen (der Leistungszuwachs, den man durch eine zusätzliche Einheit dieses Merkmals erfährt, wird immer kleiner). Der Wert t^* repräsentiert den optimalen Trade-off zwischen den beiden Merkmalen. Steigert man die Ausprägungen auf dem Merkmal A über diesen Punkt hinaus (zum Beispiel durch Neuropsychopharmaka), dann erzielt man zwar einen Leistungsgewinn für das Merkmal A (ΔT_1). Dieser ist aber kleiner als der gleichzeitige Performanceinbruch für das Merkmal B (ΔT_2). Auf dem orangen Kurvenabschnitt sind die Zuwächse für A größer als die Verluste für B; auf dem grünen Kurvenabschnitt ist es umgekehrt.

Adaptiert von Abbildung 2 in Hills & Hertwig 2011 [9].

Diese Überlegungen zur Architektur menschlicher Kognition bedeuten nicht, dass sie optimal wäre oder nicht verbessert werden könnte. Sie bedeuten aber, dass man durch ein atheoretisches Tunen des Gehirns und eine kognitionspsychologisch naive Mehr-ist-besser-Doktrin auch ungewisse kognitive Risiken und Nebenwirkungen in Kauf nimmt.

PROF. DR. RALPH HERTWIG

Direktor des Max-Planck-Instituts
für Bildungsforschung, Berlin

LITERATUR

- Hoffman, P. (1998). *The man who loved only numbers: The story of Paul Erdős and the search for mathematical truth*. New York, NY: Hyperion.
- Förstl, H. (2009). Neuro-Enhancement. *Gehirndoping*. *Nervenarzt*, 80, 840-846.
- Kowalski, H. (2013). Neuroenhancement – Gehirndoping am Arbeitsplatz. In B. Badura et al. (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2013: Verdammte zum Erfolg – die süchtige Arbeitsgesellschaft?* (S. 27-34). Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, Hyperion.
- Soykat, M. (2013). „Neuro-Enhancement“: die Illusion von der chemischen Optimierung. Retrieved from *Universimed Neurologie & Psychiatrie website*: <http://universimed.com>
- Galert, T. et al. (2009). Das optimierte Gehirn. Ein Memorandum zu Chancen und Risiken des Neuroenhancements. *Gehirn&Geist*, 11, 40-48.
- Metzinger, T. K. (2012). Zehn Jahre Neuroethik des pharmazeutischen kognitiven Enhancements – Aktuelle Probleme und Handlungsrichtlinien für die Praxis. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 80, 36-43.
- Frances, A. (2013). *NORMAL: Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen*. Köln: Dumont Buchverlag.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic; Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. New York: Broadway Paperbacks.
- Hills, R., & Hertwig, R. (2011). Why aren't we smarter already: Evolutionary trade-offs and cognitive enhancements. *Current Directions in Psychological Science*, 20, 373-377.



DGPPN KONGRESS 2013

Warum sind wir nicht schlauer?

Evolutionäre Trade-offs und Gehirndoping

29.11.2013 | 15:30 bis 16:30 Uhr



NACHRUF

PROF. DR. MED. ULRICH VENZLAFF

Ulrich Venzlaffs (geb. 1921 in Luckenwalde) Verdienste für die Psychiatrie werden international hoch geschätzt. Sein besonderes Interesse galt schon früh den Menschen, die in der Zeit des Nationalsozialismus schwer traumatisiert wurden. Nach Gastprofessuren in den USA übernahm Venzlaff von 1969 bis 1986 die ärztliche Leitung des Landkrankenhauses

Göttingen. Unermüdlich setzte er sich dafür ein, die Behandlungs- und Lebensbedingungen psychisch erkrankter Menschen zu verbessern, insbesondere im Kontext der Psychiatrie-Enquête. Venzlaff beeinflusste die Entwicklung der forensischen Psychiatrie in Deutschland nachhaltig. Er verstarb am 6. September 2013 in Göttingen.

PSYCHOPATHOLOGIE UND KÜNSTE

PSYCHISCHE STÖRUNGEN IN DER WELTLITERATUR

Die Literatur zeigt Innenansichten von Patienten und Ärzten. Dadurch können das Verständnis von psychischen Erkrankungen gefördert, aber auch Stereotype vertieft werden.

Autoren: Florian Steger und Jürgen Brunner

Das Verhältnis von Literatur und Medizin, so auch von Literatur und psychischen Störungen, besitzt zahlreiche Dimensionen und steht in einer langen Tradition [1,2,3,4,5]. Schon das „Irrenhaus“ als Ort absoluter Machtentfaltung des Behandlungsteams, an dem „Geistesranke“ oder „Irre“ verwahrt werden, ist häufiges Thema literarischer, generell medialer Inszenierungen [6]. So beschreibt Heinar Kipphardt in seinem Roman *März* (1976), wie der junge Anstaltsarzt Dr. Kofler in der Beziehung zu seinem an einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis erkrankten Patienten Alexander März einen kritischen Blick auf die Verhältnisse in der Anstalt gewinnt. Kipphardt greift damit in *März* die Antipsychiatrie-Debatte auf, indem er Krankheit als Folge sozialer Prozesse der Ablehnung und Ausgrenzung einer vermeintlich „normalen“ und „gesunden“ Mehrheit darstellt und die Anstalt als gefängnisähnliche totale Institution beschreibt.

LITERATUR ALS LEBENSBEWÄLTIGUNG

Auf den Patienten blickt Thomas Bernhard, wenn er in seiner Erzählung *Der Billigesser* (1980) den „Geistesranke“ als Genie zeichnet, die Krankheit zum Außergewöhnlichen avanciert und der Kranke auf die Gesunden mit Verachtung herablickt. Dagegen kann der junge in der Psychiatrie tätige Arzt in Rainald Goetz' Roman *Irre* (1983) mit einer solchen Idealisierung nichts anfangen. Viele Psychiater sind auch selbst als Ärzteliteraten kreativ gewesen (zu denken ist an Justinus Kerner, Anton Tschechow, Alfred Döblin, Heinar Kipphardt, Annemarie Wettley, Melitta Breznik u. v. a.), auch wenn in der Bibliothek des Bundesverbands deutscher Schriftstellerärzte e. V. somatische Fachvertreter die Mehrheit darstellen [7].

Viele Psychiater sind auch selbst als Ärzteliteraten kreativ gewesen

In ihren literarischen Arbeiten reflektieren sie die Rolle als Psychiater im System der Psychiatrie und in der Auseinandersetzung mit ihren Patienten; darüber hinaus reagieren sie aber auch ganz allgemein auf gesellschaftliche Entwicklungen (Zivilisationskritik). Schließlich verfassen auch Patienten Tex-



Psychische Störungen sind Thema in der Weltliteratur.

te, in denen sie ihr Erleben und Erfahren reflektieren, und erlauben uns dadurch einen Einblick, wie sie ihr Kranksein im Gesundheitssystem erfahren (Selbsterfahrungsliteratur). Zu denken ist beispielsweise an Sylvia Plath *The Bell Jar* (1963; dt. *Die Glasglocke*) oder an Unica Zürn *Der Mann im Jasmin. Eindrücke aus einer Geisteskrankheit* (1977). Im Film steht eine Innensicht des Kranken seit den 80er-Jahren im Zentrum der Inszenierung (*Shine*, 1996; *A Beautiful Mind*, 2002; *Das weiße Rauschen*, 2003). Dies zeigt auch Sarah Polley in ihrer Auseinandersetzung mit der Alzheimer-Demenz in *Away From Her* (2006; dt. *An ihrer Seite*) – eine filmische Bearbeitung der Kurzgeschichte *The Bear Came over the Mountain* von Alice Munro [8]. Polley legt dabei keine Chronik der Erkrankung vor, sondern verfilmt eine Angehörigengeschichte, in der die erkrankte Fiona in nur vier Wochen ihre Ehe mit Grant vergisst. Dabei treten einfühlsame Bilder der Trennung vor Augen, welche die Kraft der Liebe als von der Kraft der Erinnerung abhängig erweisen. In diesen literarischen wie auch generell in medialen Darstellungen werden Werte sowie Meinungen transportiert, die gesellschaftlich prägend sind.

So können durch fiktionale Verzerrungen auch Stereotype (Bedrohung, Isolierung, Entmachtung, Ausgrenzung) weitergetragen werden wie beispielsweise das von der Verwahrfunktion der Psychiatrie.

So können durch fiktionale Verzerrungen auch Stereotype (Bedrohung, Isolierung, Entmachtung, Ausgrenzung) weitergetragen werden wie beispielsweise das von der Verwahrfunktion der Psychiatrie.

Man denke nur an Ken Kenseys Roman *One Flew over the Cuckoo's Nest* (1962; dt. *Einer flog über das Kuckucksnest*) und dessen gesellschaftlich sehr prägende Verfilmung. Die Medien prägen die öffentliche Wahrnehmung der Psychiatrie [9], und so können mediale Inszenierungen zur Stigmatisierung von psychisch Kranken in erheblichem Maß beitragen. Literatur kann seismografisch Stimmungen bzw. Meinungen einfangen (Siegfried Kracauer) und in kritischer Form zur Darstellung bringen, sodass ein Delirium plötzlich als eine logische Ideen- und Handlungsfolge daherkommen kann wie bei Antonin Artaud inszeniert in *Lettre aux Médecins-Chefs des asiles de fous* (1925).

PSYCHOTHERAPIE ALS ORT LITERARISCHER SCHÖPFUNG

Ganz allgemein kann man sagen, dass der Patient dem Psychiater, im Speziellen dem Psychotherapeuten [10], seine Geschichte erzählt und ihm damit als Erzähler seine Wahrnehmung der Welt mitteilt [11]. Folglich kann ein psychotherapeutisches Gespräch als Narrativ aufgefasst werden und ist somit Ort literarischer Schöpfung, wenn Patienten mit dem Therapeuten einen Ausschnitt ihrer Geschichte teilen und wenn dies für den Patienten der Beginn von Bewältigung und gleichermaßen Ressourcenaktivierung wird. Schreiben Patienten ihre Geschichten nieder, entsteht Selbsterfahrungsliteratur, mit der – im Grunde ähnlich wie sonst in der Kunsttherapie mit Patientenarbeiten [12] – therapeutisch gearbeitet werden kann. Vor allem mit der Psychoanalyse setzen sich viele Literaten auseinander: Hermann Hesse geht in *Künstler und Psychoanalyse* (1918) auf die Psychoanalyse als künstlerische Inspiration ein, wie auch in *Demian* (1919). In *Steppenwolf* (1927) bearbeitet Hesse mit der prozessualen Bewusstmachung von Unbewusstem literarisch die Freudsche Theorie des Unbewussten, der Triebtheorie und der Ich-Psychologie. Auch Thomas Mann hat sich intensiv mit Sigmund Freud auseinandergesetzt, so hat „Freud“ sogar Einlass in einige Titel seiner Werke gefunden: *Die Stellung Freuds in der modernen Geistesgeschichte* (1929), *Freud und die Zukunft* (1936)

und *Freud, Goethe, Wagner* (1937). Aber auch im *Zauberberg* (1924) hatte Thomas Mann bei der verwendeten Sexualsymbolik, in den Traumschilderungen und in der literarisch dargestellten Psychopathologie innerer Konflikte Freud vor Augen. Schließlich lässt Thomas Mann mit Dr. Krokowski im *Zauberberg* einen Psychoanalytiker auftreten; dabei wird die Psychoanalyse als mystische Heilslehre eines Fanatikers diskreditiert und mit okkulten Praktiken in Verbindung gebracht. Noch pointierter bringt Thomas Mann im *Zauberberg* dies dann in der Figur des Settembri zum Ausdruck, wenn von der Psychoanalyse als Hindernis jeder Aktivität die Rede ist. Die Psychoanalyse als in Mode gekommene Therapie einer Gesellschaft, der es materiell an nichts mangelt, die aber eine gewisse innere Leere verspürt, hat David Lodge in *Therapy* (1995; dt. *Therapie*) thematisiert. Schließlich hat Tilman Moser als Psychoanalytiker in seiner Monografie *Bekenntnisse einer halb geheilten Seele. Psychotherapeutische Erinnerungen* (2004) seine Erfahrungen mit Psychotherapie als Patient und Therapeut dargelegt.

LITERATUR FÖRDERT EMPATHIE

Dass Literatur Potenzial für das Verständnis von Psychopathologie hat, ist schon lange bekannt [13]. Kurt Schneider und Viktor von Weizsäcker sehen in der Ästhetik literarischer und medialer Inszenierungen einen großen Gewinn für die Erfassung psychopathologischer Phänomene. So kann man beispielsweise an literarischen Darstellungen von Suchterfahrungen (man denke an Hans Fallada *Der Trinker*, 1950, Stefan Zweig *Schachnovelle*, 1942 oder Irvine Welsh *Trainspotting*, 1993) das ästhetische Potenzial studieren, psychopathologische Phänomene zu fassen, die nicht mit einem naturwissenschaftlichen Bild des Menschen als biologischem System beschreibbar sind [14].

Literatur kann sogar einen wichtigen Beitrag zum Verständnis psychischer Störungen leisten, insofern als Literatur ein Sich-Einfühlen in Menschen mit psychischen Erkrankungen möglich macht.

Entsprechend hat Thomas Bernhard in *Wittgensteins Neffe* (1982) die psychopathologische Terminologie und Klassifikation kritisiert. Diese Kritik eines Literaten an psychopathologischer Terminologie findet ihre diametral entgegengesetzte Erwiderung von Seiten der Psychiatrie, eine Psychose sei aufgrund des Kriteriums der Verstehensgrenze (Karl Jaspers) literarisch gar nicht darstellbar. Und dennoch empfehlen Köpf und Müller aus gutem Grund [15], sich mit der zum Teil subtilen bzw. sensiblen Darstellung psychiatrischer Symptome

bzw. der möglichen Ursachen psychiatrischer Erkrankungen in der Literatur zu beschäftigen.

Dadurch soll eine größere Sensibilität für die psychischen Veränderungen der Patienten erreicht und das eigene Einfühlungsvermögen im Hinblick auf mögliche Verursachungen verbessert werden. Bei dieser Empfehlung hat man sogleich Italo Calvinos Roman *Wenn ein Reisender in der Winternacht* (1989; it. 1979 *Se una notte d'inverno un viaggiatore*) vor Augen, in dem Calvino vor dem Hintergrund solider Psychopathologiekenntnisse mit der Figur des amerikanischen Professors eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis darstellt. Dabei unterwirft sich Calvino freilich nicht operationalisierten Klassifikationssystemen, sondern nutzt sein kreatives Potenzial des Beschreibens, das ein besseres Sich-Einfühlen möglich macht. 200 Jahre zuvor hat diesen introspektiven Zugang schon Karl Philipp Moritz gewählt, als er in *Anton Reiser. Ein psychologischer Roman* (1785-90) die Suizidalität facettenreich thematisierte und dabei vornehmlich auf das innerpsychische Erleben blickte [16].

Psychische Störungen werden also facettenreich in der Weltliteratur verhandelt. Literatur kann sogar einen wichtigen Beitrag zum Verständnis psychischer Störungen leisten, insofern als Literatur ein Sich-Einfühlen in Menschen mit psychischen Erkrankungen möglich macht. Psychische Störungen und das damit in Verbindung zu bringende Versorgungssystem wiederum bieten reichlich Stoff für literarische Darstellungen. Schließlich hat schon allein die psychopathologische Terminologie zahlreiche Anregungen aus der Literatur erfahren: Man denke nur an Ödipus-Komplex, Münchhausen-Syndrom, Narzissmus, Werther-Effekt, Elektra-Komplex oder das Oblomow-Syndrom [17].

PROF. DR. FLORIAN STEGER

Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin, Halle-Wittenberg

DR. JÜRGEN BRUNNER

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, München

Supervisor und Lehrtherapeut (BLÄK)

LITERATUR

1. Engelhardt, D. von (1991). *Medizin in der Literatur der Neuzeit. I. Darstellung und Deutung*. Hürtgenwald: Pressler.
2. Engelhardt, D. von (2000). *Medizin in der Literatur der Neuzeit II. Bibliographie der wissenschaftlichen Literatur 1800-1995*. Hürtgenwald: Pressler.
3. Jagow, B. von, & Steger, F. (Hg.) (2005). *Literatur und Medizin. Ein Lexikon*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
4. Jagow, B. von, & Steger, F. (Hg.). (2007 ff.). *Jahrbuch Literatur und Medizin*. Heidelberg: Winter.
5. Jagow, B. von, & Steger, F. (2009). *Was treibt die Literatur zur Medizin? Ein kulturwissenschaftlicher Dialog*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
6. Brunner, J., & Steger, F. (2005). *Psychiatrie*. In B. von Jagow & F. Steger (Hg.), *Literatur und Medizin. Ein Lexikon* (Sp. 641-647). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
7. Albrecht, S., & Steger, F. (2012). *Albrecht von Haller bis Gottfried Benn – drei Jahrhunderte Medizin und Literatur: die Bibliothek des Bundesverbandes deutscher Schriftstellerärzte e. V. Jahrbuch Literatur und Medizin*, 5, 221-239.
8. Wulff, H. J. (2008). *Als segelte ich in die Dunkelheit (...). Die ästhetische und dramatische Analyse der Alzheimer-Krankheit im Film. Jahrbuch Literatur und Medizin*, 2, 199-216.
9. Hoffmann-Richter, U. (2000). *Psychiatrie in der Zeitung. Urteile und Vorurteile*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
10. Brunner, J., & Steger, F. (2005). *Psychotherapie*. In B. von Jagow & F. Steger (Hg.), *Literatur und Medizin. Ein Lexikon* (Sp. 658-662). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
11. Boothe, B. (2010). *Das Narrativ. Biografisches Erzählen im psychotherapeutischen Prozess*. Stuttgart: Schattauer.
12. Sprei, F. von, Martius, P., & Förstl, H. (2012). *Kunsttherapie bei psychischen Störungen*. München: Urban & Fischer.
13. Brunner, J., & Steger, F. (2005). *Psychopathologie*. In: B. von Jagow & F. Steger (Hg.), *Literatur und Medizin. Ein Lexikon* (Sp. 653-658). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
14. Steger, F. (2003). *Medien, Sucht und Kultur. Das Potential medialer Repräsentationen von Sucht für das Verständnis psychopathologischer Phänomene. Fundamenta Psychiatrica*, 17, 53-57.
15. Köpf, G., & Müller, H.-J. (2006). *ICD-10 literarisch. Ein Lesebuch für die Psychiatrie*. Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
16. Brunner, J. (2007). *Von der „Krankheit zum Tode“ zur „Korrektur“. Kulturhistorische und suizidologische Anmerkungen zu literarischen Suiziddarstellungen. Jahrbuch Literatur und Medizin*, 1, 13-30.
17. Karenberg, A. (2005). *Amor, Askulap & Co. Klassische Mythologie in der Sprache der modernen Medizin*. Stuttgart: Schattauer.



DGPPN KONGRESS 2013
 Psychische Erkrankungen in Literatur, Film und Musik
 28.11.2013 | 08:30 bis 10:00 Uhr



UNTER VIER AUGEN

Der forensische Psychiater Prof. Henning Saß im Gespräch mit Gerichtsreporter Dr. Hans Holzhaider

„KEINER SOLLTE SICH ANMASSEN, MENSCHLICHES VERHALTEN DETERMINISTISCH HERZULEITEN ODER ZU PROGNOTIZIEREN.“

PROF. H. SASS

Ungeachtet großer Fortschritte in der medizinischen und psychosozialen Therapie sowie der sehr niedrigen Rückfallraten bei Straftaten sieht die Öffentlichkeit die Behandlung im psychiatrischen Maßregelvollzug eher skeptisch. Berichte über Entweichungen, angezweifelte Gutachten und seltene Zwischenfälle bestimmen das Bild in der Öffentlichkeit. Auch Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie in der Forensik stehen vermehrt in der Kritik. Dabei setzt die DGPPN schon seit vielen Jahren mit dem Schwerpunkt Forensische Psychiatrie und Psychotherapie auf eine qualitativ hochwertige, zertifizierte Fortbildung und fordert eine Reform des Maßregelrechts. Der Forensiker und Vorsitzende der unabhängigen Expertenkommission für Recht und Psychiatrie bei der DGPPN Prof. Henning Saß diskutiert mit dem langjährigen Gerichtsreporter der Süddeutschen Zeitung Dr. Hans Holzhaider über die Aufgaben forensischer Sachverständigen, überzogene Erwartungen der Öffentlichkeit und die Notwendigkeit zum Dialog zwischen Psychiatrie und Presse.

Holzhaider: Als ich als junger Gerichtsreporter das erste Mal auf psychiatrische Sachverständige traf, waren meine Erwartungen hoch. Ich dachte, deren Aufgabe war es, dem Gericht zu erklären, warum der Angeklagte auf Basis seiner Entwicklungsgeschichte die Tat begangen hat. Ich musste im Laufe der Zeit erkennen, dass dies die Gerichte nur am Rande interessiert.

Saß: Zum einen sehe auch ich die Aufgabe eines psychiatrischen Sachverständigen in der Erläuterung dessen, was den Täter auf Grundlage seiner Biografie, seiner Persönlichkeit und der spezifischen Entwicklung im Vorfeld zu der in Rede stehenden Tat gebracht hat. In der berühmten Wendung von W. Sarstedt heißt das, der Sachverständige solle dem Gericht sagen, wie es zum Zeitpunkt der Tat im Kopf des Angeklagten ausgesehen hat. Dies sollte nach wie vor ein Ziel des forensisch-psychiatrischen Gutachtens sein. Zum anderen gibt es auf Seiten der Juristen jedoch einige Reserven, denn sie empfinden forensische Gutachter zuweilen eher als ein störendes Element im Prozess. Die Auffassung über die Rolle des forensischen Sachverständigen variiert allerdings stark von Gericht zu Gericht.

Holzhaider: Der Auftrag des Gerichts beschränkt sich aber zunächst auf die Einschätzung der Schuldfähigkeit des Angeklagten durch den Gutachter: War der Täter schuldfähig, vermindert schuldfähig oder nicht schuldfähig? Der Psychiater muss sich also zu juristischen Kategorien äußern. Der entwicklungspsychologische Hintergrund interessiert hier zu wenig. Den Richter interessiert der Tatbestand, ob der Angeklagte die Tat begangen hat und ob er schuldfähig war.

Saß: Ja, aber ein guter Richter muss sich darüber hinaus auch ein Bild von der Täterpersönlichkeit, vom Werdegang und von der Tatmotivation machen, um Aspekte zur Schuld, zum Strafmaß und zur Gefährlichkeitsprognose angemessen beurteilen zu können. Dennoch haben Sie Recht, dass streng genommen Fragen zur Motivation des Täters nicht primär in das Aufgabenfeld des Gutachters fallen.

Und Sie haben natürlich auch Recht, dass die Begriffe Schuld und Schuldfähigkeit juristische Kategorien sind. Jedoch kann ein Jurist diese Fragen nicht ohne Beurteilung der psychischen Verfassung des Täters zum Tatzeitpunkt beantworten. Hierzu braucht er die Expertise des psychiatrischen Sachverständigen.

„EIN FORENSISCHER GUTACHTER SOLLTE SICH ÜBER DIE GRENZEN SEINER ERKENNTNISMÖGLICHKEITEN BEWUSST SEIN UND DIESE AUCH AUSWEISEN.“

DR. H. HOLZHAIDER

Holzhaider: Nun sind die Begriffe der entsprechenden §§ 20 und 21 StGB von einer Schwammigkeit, welche die exakte Beurteilung des Angeklagten erschweren. Dort ist etwa von einer „schweren seelischen Abartigkeit“ die Rede; ein ganz unwissenschaftlicher Begriff!



H. Holzhaider erhielt 2013 den Herbert-Riehl-Heyse-Preis.

Saß: Jeder Psychiater und wohl auch Jurist wird Ihnen sofort zustimmen, dass diese juristischen Krankheitsbegriffe inzwischen gänzlich überholt sind und revidiert werden sollten. Die Antiquiertheit der Begriffe verhindert jedoch nicht die wissenschaftliche Beantwortung der entsprechenden Fragen. Dabei wird „wissenschaftlich“ im Sinne des Wissenschaftsbegriffs der Humanwissenschaften verstanden, nicht in einem kausalgesezlichen Sinne wie etwa beim TÜV-Gutachter, der als Ingenieur den Bremsweg berechnet. Eine naturwissenschaftliche Bestimmung der Schuldfähigkeit eines Täters ist nicht möglich

und sollte auch nicht vom Sachverständigen erwartet werden. Im Übrigen galt die Einführung der – vom Gesetzgeber besonders unglücklich benannten – „anderen seelischen Abartigkeit“ im Jahre 1975 insofern als Errungenschaft einer humaneren Rechtsprechung, als dies nun auch die Berücksichtigung von Persönlichkeitsstörungen und sexuellen Deviationen bei der Schuldfähigkeitsprüfung möglich machte.

Holzhaider: Laut der entsprechenden Paragraphen soll festgestellt werden, ob der Täter das Unrecht seiner Taten zum Zeitpunkt der Tat erkennen konnte und ob er dementsprechend auch anders hätte handeln können. Indem ein Mensch auf eine bestimmte Art und Weise handelt, beweist doch gerade, dass er gar nicht anders konnte.

Saß: Diese Annahme können wir bei manchen Affektdelikten und bei psychotischen Tätern diskutieren. Aber es gibt auch die vielen Fälle, in denen grausamste Taten über lange Zeit geplant und vorbereitet wurden. Hier von determinierten Handlungen auszugehen, untergräbt die anthropologische Prämisse unserer Rechtsprechung, nach der man bei einem gesunden Menschen unterstellen kann, dass er sich für das Recht und gegen das Unrecht entscheiden kann. Die Aufgabe des Sachverständigen ist es zu prüfen, ob und in welchem Ausmaß dieser Entscheidungsspielraum beim Angeklagten aufgrund einer psychischen Erkrankung eingeschränkt war. Eine schwere Depression beispielsweise engt den Menschen ganz erheblich in seinen Erlebens- und Verhaltensmöglichkeiten ein. Wenn etwa eine wahnhaft depressive Mutter sich suizidieren und ihren Säugling mit in den Tod nehmen möchte, damit er nicht in diesem irdischen Jammertal bleibt, dann beruht eine solche Entscheidung ganz wesentlich auf einer pathologischen Einengung und Verformung des seelischen Erlebens. Und dies soll der Psychiater dem Gericht anschaulich beschreiben, damit es darüber entscheiden kann, ob diese Argumentation einleuchtend und für die Schuldfähigkeit relevant ist.

Holzhaider: Aber wie erklären Sie äußerst grausame Taten, bei denen die Täter nicht schuldunfähig gesprochen wurden? Ist die Grausamkeit einer Tat nicht Beweis genug für die Krankhaftigkeit des Täters?

Wenn es keine anderen Hinweise auf eine psychische Störung gibt als nur die angeklagte Tat, wäre ich sehr skeptisch, eine Erkrankung zu diagnostizieren.

Saß: Ein forensischer Sachverständiger wird Aspekte der Tat in sein Gutachten einbeziehen, sollte aber möglichst nicht allein wegen der Grausamkeit eines Geschehens die Diagnose einer psychischen Erkrankung stellen. Wenn es keine anderen Hinweise auf eine psychische Störung gibt als nur die angeklagte Tat, wäre ich sehr skeptisch, eine Erkrankung zu diagnostizieren.



Im Übrigen können wir Taten sowieso nicht kausalgesetzlich erklären, sondern im Sinne eines multifaktoriellen Ansatzes auf Basis von Biografie, Persönlichkeit, Wertgefüge, Intentionen und Lebenssituation verstehbar machen. Keiner sollte sich anmaßen, menschliches Verhalten deterministisch herzuleiten oder zu prognostizieren. Insofern verwundert auch das negative Bild, das in der Öffentlichkeit von der Forensischen Psychiatrie gezeichnet und von Berichten über die angeblich schlechte Qualität von Gutachten bestimmt wird. Hier scheinen zu hohe Erwartungen zu bestehen.

Holzhaider: Ich bin mir gar nicht sicher, ob Sie so schlecht wegkommt, wie Sie unterstellen. Es gibt natürlich immer wieder Prognosegutachten, die sich für eine Entlassung des Straftäters aussprechen, worauf dieser in Freiheit prompt wieder straffällig wird. Dies lasten die Medien meist dem forensischen Gutachter an. Fälle, in denen dem Gutachter ein zu konservatives Prognosegutachten vorgeworfen wird, wie im Fall Mol-

lath, gibt es seltener. Letzteren Fall halte ich auch vorwiegend für einen Justizskandal, denn hier sind massive Verfahrensfehler aufgetreten, die das Urteil letztlich unhaltbar machen. Insgesamt gibt es unter Rechtsanwälten, Verteidigern, psychiatrischen Gutachtern und Richtern Gute und weniger Gute. Und wiewohl der Maßregelvollzug sicherlich kein „rechtsfreier“ Raum ist, wie in manchen Zeitungen geschrieben steht, ist die dieser Behauptung zugrunde liegende Befürchtung sicherlich nachvollziehbar. Es gibt kaum eine schlimmere Angst als diejenige, zu Unrecht im Gefängnis oder im Maßregelvollzug zu sitzen und nicht wieder herauszukommen. Leider gibt es immer wieder öffentlichkeitswirksame Fälle, die solchen Ängsten Nahrung geben. Beispielsweise beschäftigt mich gerade ein Fall, in dem ein Mann, der sich nichts außer wiederholtem Exhibitionismus zu Schulden kommen ließ, zu eineinhalb Jahren Haft verurteilt wurde. Nachdem ihm wegen seiner exhibitionistischen Neigungen Schuldunfähigkeit attestiert wurde, sitzt dieser Mann seit 18 Jahren im Maßregelvollzug. Das halte ich nicht für verhältnismäßig!

Es gibt kaum eine schlimmere Angst als diejenige, zu Unrecht im Gefängnis oder im Maßregelvollzug zu sitzen und nicht wieder herauszukommen.

Saß: Das ist sicherlich ein wichtiger Punkt und die DGPPN setzt sich gemeinsam mit Juristen dafür ein, dass der Aspekt der Verhältnismäßigkeit im Rahmen der Reform des Maßregelrechts stärker berücksichtigt wird. Was die Rolle des Psychiaters in einem Gerichtsverfahren angeht, muss aber stets betont werden, dass am Ende der Richter entscheidet, auch wenn das forensische Gutachten eine wichtige Entscheidungsgrundlage darstellt.

Holzhaider: Ein Prognosegutachten stellt fest, mit welcher Wahrscheinlichkeit welche rechtswidrige Taten vom Straftäter in Zukunft zu erwarten sind. Ein solches Gutachten bewertet in der Konsequenz, ob die Persönlichkeitsrechte des Straftäters zum Schutze der Gesellschaft eingeschränkt bleiben sollen oder ob die Gesellschaft dem Risiko, das der Täter noch darstellt, ausgesetzt werden kann. Wie auch immer das Urteil ausfällt, es wird Verlierer geben.

Saß: Jeder vernünftige Mensch weiß, dass es sich bei Gefährlichkeitsprognosen um Vorhersagen handelt, die eintreten können oder nicht. Wenn in einem Fall eine statistische Rückfallwahrscheinlichkeit von sagen wir 30 % angenommen wird, dann bedeutet das lediglich, dass in einer Gruppe von 100 Personen mit vergleichbaren Merkmalen etwa 30 rückfällig werden und 70 nicht. Für den einzelnen Menschen gibt es aber keine verbindliche Sicherheit, vor allem deswegen, weil niemand

vorhersagen kann, welches Leben ihm außerhalb der Strafvollzugseinrichtungen begegnet. Und natürlich werden überall, wo Entscheidungen aufgrund beschränkter Informationen getroffen werden, Fehler gemacht. Insofern scheinen die Erwartungen an die Vorhersagen von Gutachtern und Richtern völlig überzogen.

Holzhaider: Ganz richtig, da herrschen oftmals sehr vermessene Ansprüche. Ich persönlich würde auch niemals öffentlich einen Psychiater dafür kritisieren, dass ein entlassener Straftäter trotz wohlwollender Legalprognose wieder straffällig wurde. Im Gegenteil, ich würde jeden Psychiater in Schutz nehmen, außer er handelt grob fahrlässig, was leider in Einzelfällen auch vorkommt. Allerdings empfinde ich es manchmal schon als willkürlich, wenn ein Angeklagter deshalb in den Maßregelvollzug kommt, weil die Gesellschaft ihn gerne auf Dauer wegsperren möchte.

Saß: Der Grund hierfür ist meiner Meinung nach zum einen der veränderte Zeitgeist, in dem das gesellschaftliche Sicherheitsbedürfnis eine größere Rolle spielt als der Freiheitsgedanke. Populistischer Ausdruck hierfür war die Parole von Gerhard Schröder „Wegsperren für immer!“. Zum anderen spielt das Dilemma eine Rolle, dass die deutschen Regelungen zur nachträglichen Sicherungsverwahrung vom Europäischen Gerichtshof kritisiert wurden und die Justiz es bei einigen hoch gefährlichen Straftätern als einzige Möglichkeit ansah, eine sehr weit gefasste psychische Störung („unsound mind“) als Grundlage einer weiteren Verwahrung zu proklamieren. Dies wurde gegen den Rat und gegen den Widerstand der Forensischen Psychiater zur Rechtspraxis.

Im Grunde erwarte ich von Gutachtern wie von Journalisten, dass sie nicht dem jeweiligen Zeitgeist nach dem Munde reden, sondern unabhängig und couragiert nach bestem Wissen und Gewissen handeln.

Holzhaider: Es gibt aber auch Gutachter, die erkennbar nach den Interessen der Staatsanwaltschaft respektive der Verteidigung urteilen; beziehungsweise wählen Gerichte manchmal Gutachter, die ihnen voraussichtlich die erwünschte Einschätzung liefern. Dahingegen erwarte ich von psychiatrischen Sachverständigen, dass sie erstens aus unabhängiger Perspektive ihr Bestes geben, um den Täter und die Tat verstehbar zu machen. Zweitens wünsche ich mir mehr Bescheidenheit und Selbstkritik. Ein Forensischer Gutachter sollte sich über die Grenzen seiner Erkenntnismöglichkeiten bewusst sein und diese auch ausweisen.



H. Sass war Präsident der DGPPN und der Europäischen Psychiatrischen Gesellschaft (EPA).

Saß: Bezüglich Ihrer Erwartungen sind wir ganz einer Meinung und ich kann Ihnen versichern, dass der ganz überwiegende Teil der Forensischen Gutachter diesen Ansprüchen genügt. Ich meinerseits wünsche mir mehr Gespräche zwischen Personen aus der Presse und Personen aus unserem Fach. Es scheint mir sehr wichtig, sich im Dialog über die zentralen Aspekte auszutauschen und Vorurteile auszuräumen. Die DGPPN hat etwa vor wenigen Wochen in Berlin einen Presseworkshop zum Thema Forensik und Maßregelvollzug veranstaltet, um Vertreter aus der Presse mit grundlegenden Informationen auszustatten – aber auch, um von deren Sicht der Problematik zu lernen.

Im Grunde erwarte ich von Gutachtern wie von Journalisten, dass sie nicht dem jeweiligen Zeitgeist nach dem Munde reden, sondern unabhängig und couragiert nach bestem Wissen und Gewissen handeln.

DR. HANS HOLZHAIDER

(*1946 in Miesbach) ist ein deutscher Journalist. Er arbeitet seit 1978 für die Süddeutsche Zeitung und ist dort seit 1996 Gerichtsreporter. Für seinen Artikel Der nackte Wahnsinn wurde er im Juni 2013 mit dem Herbert-Riehl-Heyse-Preis ausgezeichnet. Dort beschreibt er die Geschichte von Franz Einhell, der seit 18 Jahren in der geschlossenen Psychiatrie sitzt, weil er sich in der Öffentlichkeit entblößt hatte.

PROF. DR. HENNING SASS

(*1944 in Kiel) ist renommierter Forensischer Psychiater und Gutachter. 1999 und 2000 war er Präsident der DGPPN, 2005 und 2006 Präsident der Europäischen Psychiatrischen Gesellschaft (EPA). 1997-2004 leitete er das Referat „Forensische Psychiatrie“ in der DGPPN. Seit 2013 ist Prof. Saß Vorsitzender der unabhängigen Expertenkommission für Recht und Psychiatrie bei der DGPPN, die zur Beratung und Aufklärung der in Gesetzgebung, Rechtsprechung und Pressewesen Tätigen eingerichtet wurde.

27.–30. NOVEMBER 2013 | ICC BERLIN

DGPPN KONGRESS 2013

Mit dem Leitthema „Von der Therapie zur Prävention“ rückt der DGPPN Kongress 2013 ein hochaktuelles Thema in den Vordergrund. Über 600 Einzelveranstaltungen stehen auf dem wissenschaftlichen Programm, mehr als 1600 renommierte Referentinnen und Referenten sind aktiv dabei.

WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM

Mehr als 650 Veranstaltungen,
über 1600 Referentinnen und Referenten

POSTERAUSSTELLUNG

Mit über 600 Präsentationen

FORT- UND WEITERBILDUNG

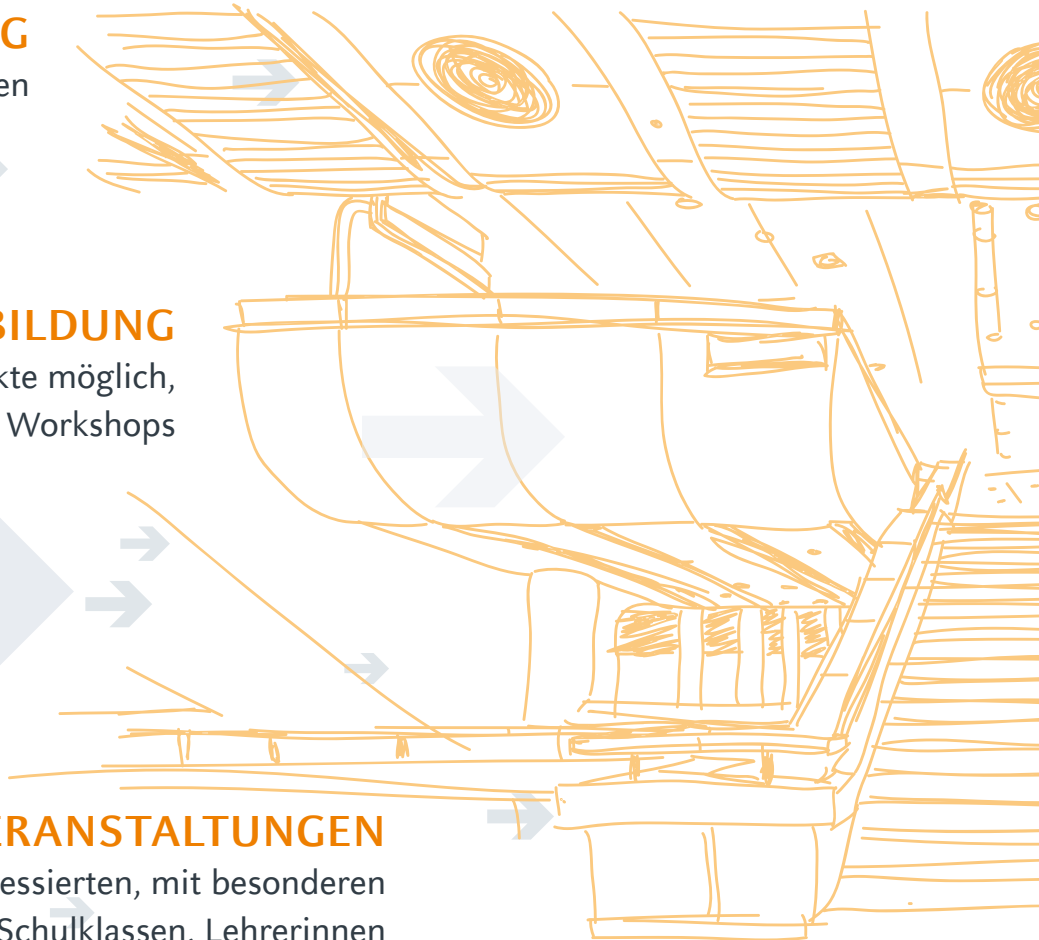
Mehr als 30 CME-Punkte möglich,
über 100 Workshops

ÖFFENTLICHE VERANSTALTUNGEN

Kostenlos für alle Interessierten, mit besonderen
Veranstaltungen für Schulklassen, Lehrerinnen
und Lehrer sowie Eltern

JUNGE AKADEMIE

Treffpunkt für den Nachwuchs





TREFFPUNKT GESUNDHEITSFACHBERUFE

Mit Symposien und Workshops

KONGRESSPARTY

Get-Together für Kolleginnen
und Kollegen

PRESSE

Pressetermine,
Interviews,
Expertengespräche

DGPPN-LOUNGE

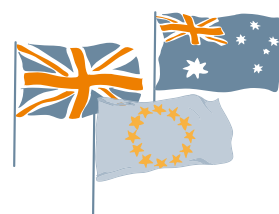
Mit Infostand, Publikationen
und Kaffee

MITGLIEDERVERSAMMLUNG

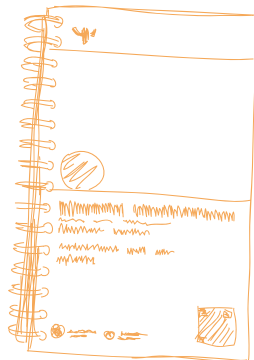
28.11.2013, ab 19 Uhr

S-BAHN 41 ODER 42

Bis Messe Nord / ICC

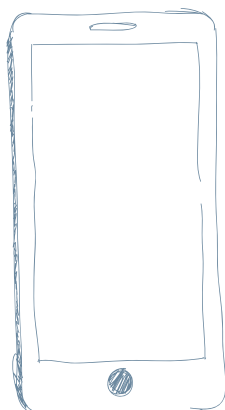


MIT ENGLISH-TRACK



KONGRESSPROGRAMM

Alle Veranstaltungen auch auf www.dgppn.de



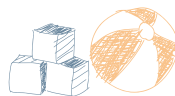
KONGRESS-APP

Das gesamte Programm auf Ihrem Smartphone
www.dgppn/app



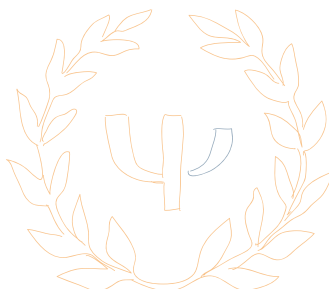
KONGRESSERÖFFNUNG

- Psychische Störungen 2013:
wachsende Bedeutung, neue Priorisierung
Wolfgang Maier, Präsident der DGPPN
- Thinking about feelings
António Damásio
- Die Sammlung Prinzhorn – Geschichte und
Gegenwart der Kunst von Psychiatrie-Erfahrenen
Thomas Röske
- Ludwig van Beethoven, Konzert für Klavier und
Orchester C-Dur, op. 15
BÄO Bayerisches Ärztetheater



KINDERGARTEN

An allen Kongresstagen geöffnet



DGPPN-PREISE 2013

- Auszeichnung von neun herausragenden Arbeiten
und Projekten auf dem Gebiet der
Psychiatrie und Psychotherapie
- Verleihung der Wilhelm-Griesinger-Medaille
- DGPPN-Medienpreis für Wissenschaftsjournalismus
- DGPPN-Antistigmepreis

ÖFFNUNGSZEITEN

KONGRESSCOUNTER

Dienstag, 26.11.2013
18.00 – 21.00 Uhr

Mittwoch, 27.11.2013
07.30 – 18.00 Uhr

Donnerstag, 28.11.2013
08.00 – 18.00 Uhr

Freitag, 29.11.2013
08.00 – 18.00 Uhr

Samstag, 30.11.2013
08.00 – 16.00 Uhr

Internationales Congress Centrum
ICC Berlin
Haupteingang Neue Kantstraße/
Ecke Messedamm
14057 Berlin



JETZT ANMELDEN!

Online auf www.dgppn.de
oder direkt vor Ort im ICC Berlin

HÖHEPUNKTE DES KONGRESSPROGRAMMS

MITTWOCH 27.11.2013

Plenarvortrag

Gesundheit als Bildungsproblem? Das Jahrhundert des Patienten
Gerd Gigerenzer

Presidential Debate

New psychiatric classification – who is served, who is disserved?
Allen J. Frances
Alan F. Schatzberg

Präsidentensymposium

Jaspers' General Psychopathology – international perspectives

DONNERSTAG 28.11.2013

Lecture

What can psychiatry contribute to the understanding of extreme violence?
Ulrik F. Malt

Präsidentensymposium

Positive meanings of psychiatry

Plenarvortrag

Parental regulation of the structure and function of the genome in the offspring: implications for familial transmission and treatment programs
Michael Meaney

FREITAG 29.11.2013

Präsidentensymposium

Prävention psychischer Erkrankungen als Folge beruflicher Überlastung

Plenarvortrag

Soziale und biologische Grundlagen der Fairness
Ernst Fehr

Lecture

Warum sind wir nicht schon schlauer? Evolutionäre Trade-offs und Gehirndoping
Ralph Hertwig

SAMSTAG 30.11.2013

Präsidentensymposium

Das soziale Gehirn

Plenarvortrag

Narzisstische Persönlichkeitsstörung: Klinik und Behandlung
Otto F. Kernberg

MENTORINGPROGRAMM DER DGPPN

INTERESSE WECKEN – BEGLEITEN – FÖRDERN

Seit 2009 läuft eine Kampagne der DGPPN, die Nachwuchskräfte für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie begeistern will. Zu den vielfältigen Initiativen gehört auch das Mentoringprogramm, das mit einem breiten Netzwerk den Wissenstransfer und Erfahrungsaustausch fördert.

Mit dem Fach Psychiatrie und Psychotherapie kommen Medizinstudierende zumeist erst gegen Ende des Studiums in Berührung. Zu diesem Zeitpunkt können sich viele noch nicht vorstellen, wie vielseitig und herausfordernd der Berufsalltag eines Psychiaters tatsächlich ist. Hier setzt das Mentoringprogramm der DGPPN an: Es bringt interessierte Studierende mit Assistentärztinnen und -ärzten sowie erfahrenen Fachärztinnen und -ärzten zusammen. Die Mentees bekommen qualifizierte Ansprechpartner als persönliche Betreuerinnen und Betreuer. Gemeinsam definieren sie das Ziel der Mentoringbeziehung. Die Mentorinnen und Mentoren sind Assistent-, Fach-, Ober- und Chefärzte an einer klinischen Einrichtung oder in eigener Praxis tätig, die sich ak-

tiv für die Nachwuchsförderung in Psychiatrie und Psychotherapie engagieren.

INDIVIDUELL ZUGESCHNITTENES PROGRAMM

Eines der Programmziele besteht darin, die Berufsplanung der Mentees beratend zu unterstützen. Dabei kann es sich zum Beispiel um Unterstützung beim Beantragen von Stipendien oder beim Planen von Auslandsaufenthalten, Famulaturen oder dem Praktischen Jahr handeln. Die Mentorinnen und Mentoren unterstützen aber auch bei Bewerbungen, der Doktorarbeit oder dem allgemeinen Zeitmanagement, um Beruf- und Familienleben in Einklang zu bringen. Vor allem aber geben sie ih-

nen Einblicke in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeitsalltag der Ärzte. Mentoren und Mentees gestalten je nach Interesse und Bedürfnissen gemeinsam ein individuell zugeschnittenes Mentoringprogramm. Die Junge Akademie der DGPPN koordiniert den „Match“ zwischen beiden Seiten und steht in jeder Phase des Mentoringprozesses für Fragen zur Verfügung.

Seit fünf Jahren unterstützt die Fachgesellschaft die bundesweite Kontaktaufnahme und -aufrechterhaltung zwischen Mentoren, Mentorinnen und ihren Mentees. Die DGPPN ebnet den Weg bis zur ersten Kommunikation, danach legen Mentor und Mentee gemeinsam die Akzente fest – ganz so, wie es für sie passt. Es wird nicht vorgegeben, in welchem Bereich, wie lang oder wie intensiv der Wissens- und Erfahrungsaustausch stattfindet. Der Mentor begleitet den Mentee bei seinen ersten psychiatrischen und psychotherapeutischen Begegnungen, zum Beispiel bei der Diskussion einer Symptomkonstellation und der Einordnung eines Krankheitsbildes, bei der Durchführung eines Forschungsvorhabens oder aber beim Kennenlernen einer bestimmten Therapieform. Mentees erwerben dabei nicht nur Kenntnisse in der Psychopathologie und psychiatrischen Diagnostik. Sie können auch an der Schnittstelle zwischen Somatik und Psyche aktiv mitwirken, an psychotherapeutischen Einzel- und Gruppentherapien beobachtend teilnehmen und die apparative Diagnostik erkunden. Die Vermittlung

DGPPN-MENTORINGPROGRAMM IN GANZ DEUTSCHLAND – MACH MIT!

Alle Standorte, Anmeldung und weitere Informationen für Mentorinnen und Mentoren sowie Mentees auf:
www.dgppn.de/junge-akademie





Das Mentoringprogramm der DGPPN läuft bereits seit über fünf Jahren in ganz Deutschland.

von Fachinhalten sowie die individuelle Beratung in Bezug auf den eigenen Berufsweg sind etablierte Ziele des DGPPN-Mentoringprogramms.

Auch das persönliche Engagement ist wichtig. Mentees beobachten Genesungsprozesse und werden mit typischen und atypischen Krankheitsverläufen konfrontiert. Sie können über die Erfahrungen, die sie als Mentee gemacht haben, offen mit anderen Mentees oder aber Mentorinnen und Mentoren diskutieren. Idealerweise entsteht dabei ein soziales Netzwerk mit möglichen zukünftigen Arbeitgebern, Kolleginnen und Kollegen, Doktorvätern und -müttern oder anderen Mentees, das die gegenseitige Bereicherung fördert.

DGPPN KONGRESS 2013
Mentoren-Mentees-Treffen
27.11.2013 | 17:15 bis 18:15 Uhr

NACHWUCHSTRACK DGPPN KONGRESS 2013

Die Jahrestagung der DGPPN wird für Medizinstudierende immer attraktiver. Mit einem umfassenden wissenschaftlichen und praxisbezogenen Nachwuchsprogramm lädt die DGPPN die junge Generation der Ärztinnen und Ärzte sowie Studierende zu einem Kongressbesuch nach Berlin ein. Auf folgende Highlights können sich die Nachwuchskräfte u. a. freuen:

- Meet the Expert: Forensik mit Hans Ludwig Kröber (Berlin)
- Diskussionsforum: Zukunft der Facharztweiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie mit sechs Diskutant/innen aus dem universitären, niedergelassenen und Versorgungsbereich. Lecture: Zukunft biologischer Therapien mit Thomas Schläpfer (Bonn)
- Symposium: Challenges and perspectives for psychiatrists within and outside Europe mit international anerkannten Rednern
- Symposium: Interdisziplinäre Kasuistiken in der Psychiatrie – psychosomatische und somatopsychische Wechselwirkungen mit psychosomatischen Experten

Mit insgesamt 31 Veranstaltungen bietet das Nachwuchsprogramm an allen vier Kongresstagen spannende Themen und einen Rund-um-Einblick in die Fachwelt der Psychiatrie und Psychotherapie.



REFERATE AKTUELL

PRÄVENTION PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN

In der heutigen Gesundheitspolitik kommt es immer stärker darauf an, gerade auch die seelische Gesundheit zu erhalten und psychische Erkrankungen zu verhindern. Auf diese Entwicklung hat die DGPPN reagiert und ein neues Präventionsreferat gegründet.

Autor: Joachim Klosterkötter

„Von der Therapie zur Prävention“: Mit diesem Leitthema wendet sich der DGPPN Kongress 2013 erstmals ganz zentral einer Programmatik zu, die heute überall in der Medizin eine große Rolle spielt. Es soll nicht mehr allein um Diagnoseverbesserungen, Ursachenaufklärung und Bereitstellung kausaler Therapien für Erkrankungen gehen, die schon ausgebrochen sind. Vielmehr will man auch das Risiko für die Entwicklung solcher Erkrankungen bereits frühzeitig erkennen, individuell richtig einschätzen und mithilfe dieser Risikoidentifikation ihren Ausbruch vorhersagen können. Wenn dies gelingt, erwächst daraus die Möglichkeit, geeignete Präventionsmaßnahmen zu entwickeln und durch ihren Einsatz den Krankheitsausbruch zu verhindern. Gerade die großen Volkserkrankungen sind es, die man mit dieser prädiktiven und präventiven Medizin wirksamer bekämpfen will als bisher. Dazu gehören auch schwere psychische Erkrankungen wie Depression, Sucht, Demenz oder Schizophrenie.

Das 2011 von der DGPPN gegründete Präventionsreferat unter der Leitung von Prof. Joachim Klosterkötter und Prof. Michael Bauer hat seine Arbeit mit einer groß angelegten Bestandsaufnahme aller Forschungsergebnisse und Umsetzungsinitiativen zur Prävention psychischer Erkrankungen begonnen. Die Präventionsmaßnahmen zur Absenkung der Neuerkrankungsrate können sich einfach universal auf die Bevölkerung insgesamt beziehen und dann etwa in

Resilienz fördernden Schulprogrammen oder stressreduzierenden Umgestaltungen der Arbeitsabläufe bestehen. Sie können und müssen sich aber auch an den heute immer besser erkennbaren neurobiologischen oder umweltbedingten Risikofaktoren für psychische Krankheitsentwicklungen orientieren und dann selektiv an die hierdurch gefährdeten Personen oder Bevölkerungsgruppen richten. Klar indiziert sind Präventivmaßnahmen schließlich dann, wenn sich der drohende Krankheitsausbruch auch schon in ersten Beschwerden oder Beeinträchtigungen ankündigt und die Betroffenen deshalb aktiv Rat und Hilfe suchen.

Für alle drei Präventionsansätze gibt es bereits eine Vielzahl von Empfehlungen, Programmen und Umsetzungsstrategien, die überschaubar gemacht, miteinander vernetzt und durch die DGPPN aktiv mitgestaltet werden müssen. Das Referat sieht sich dabei als treibende Kraft und hat sich zunächst auf die Prävention psychotischer und bipolarer Störungen im sensiblen Zeitfenster der Adoleszenz und des jungen Erwachsenenalters sowie auf die Demenzprävention am anderen Ende der Lebensspanne konzentriert. Auch Tabakkonsum, Abhängigkeitserkrankungen, Angst-, Ess- und Persönlichkeitsstörungen sind mit einbezogen.

Jeder der drei Präventionsansätze, auch schon die universale Umgestaltung von Lebensstilen und Lebenswelten, setzt medizinisches Fachwissen voraus. Das gilt für die Durchführung

primär präventiver Gesundheitsuntersuchungen, die Erarbeitung sowie Anwendung konkreter Maßnahmenkataloge und natürlich erst recht auch für die nötigen Wirksamkeitsprüfungen und evidenzbasierten Weiterentwicklungen. Deshalb muss das Thema in die Leitlinienentwicklung der DGPPN sowie auch in die psychiatrische und psychotherapeutische Aus-, Fort- und Weiterbildung viel stärker einbezogen werden als bisher. Vor allem aber kommt es im Hinblick auf die aktuellen Bemühungen um ein deutsches Präventionsgesetz darauf an, der Gesundheitspolitik konkrete Handlungsschritte für die Umsetzung psychiatrischer Prävention in die Versorgungspraxis einschließlich auch geeigneter Finanzierungsmodelle vorzugeben. Dementsprechend sieht das neue Referat die Vorbereitung eines nationalen Programms zur Erhaltung seelischer Gesundheit und Verhinderung psychischer Erkrankungen als seine hauptsächliche Herausforderung an.

PROF. DR.

JOACHIM KLOSTERKÖTTER

Leiter DGPPN-Referat Referat Prävention psychischer Erkrankungen

Direktor Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln

← **DGPPN KONGRESS 2013** ←
 Indizierte Prävention als Einstiegskonzept auf dem
 Wege zu einer präventiven Psychiatrie
 29.11.2013 | 15:30 bis 17:00 Uhr
 ←

VORSTAND IM PROFIL

ENGAGEMENT AUS LEIDENSCHAFT

Wer ist eigentlich der Vorstand der DGPPN? In einer sechsteiligen Serie stellt Psyche im Fokus die Personen vor, die für die strategische Ausrichtung der Fachgesellschaft zuständig sind. Wie sehen sie die Zukunft des Fachs? Was möchten sie erreichen? Drei Vorstandsmitglieder stehen in jeder Ausgabe Rede und Antwort.



PRESIDENT ELECT

Dr. med. Iris Hauth

Ärztliche Direktorin, Regionalgeschäftsführerin,

Alexianer St. Joseph-Krankenhaus
Berlin-Weißensee

i.hauth@alexius.de

Was erhoffen Sie sich von der kommenden Legislaturperiode der Bundesregierung 2013-2017?

Die Bundesregierung sollte den hohen Wert von seelischer Gesundheit für unsere Gesellschaft erkennen, Maßnahmen der Prävention fördern und vor allem sowohl die ambulante als auch die stationäre Versorgung und deren Finanzierung sichern. Das Psych-Entgeltgesetz zur Finanzierung der klinischen Versorgung, das die gleichen Fehler aufweist wie das Fallpauschalengesetz, muss dringend bis 2016 revidiert werden.

Als Klinikdirektorin sind Sie gleichzeitig Ärztin und Managerin. Wie funktioniert das im Alltag?

Der wesentliche Vorteil der Doppelfunktion als leitende Ärztin und Managerin ist es, dass ich für unsere gesamten Leistungsangebote die ökonomischen, organisatorischen und personellen Entscheidungen mit psychiatrisch-psychotherapeutischem Sachverstand treffen kann. Dies wird für die Mitarbeiter transparent, trägt zu einer größeren Zufriedenheit und Leistungsbereitschaft bei und sorgt – das ist das Allerwichtigste – für eine qualitätsvolle Versorgung unserer Patienten.

Sie engagieren sich ehrenamtlich im Vorstand der DGPPN. Was möchten Sie damit erreichen?

Ich möchte meine 30-jährige Erfahrung in der Versorgung psychisch kranker Menschen einbringen. Grundsätzlich engagiere ich mich für die Erhaltung und Verbesserung der ambulanten und stationären Versorgung. Dazu zählen Themen wie Leitlinienentwicklung, Verbesserung der Versorgung schwer erkrankter Menschen, weitere Integration der Psychotherapie in den klinischen Alltag, Nachwuchsgewinnung oder die Weiterbildung der jungen Kollegen – und gesundheitspolitisch vor allem die Forderung einer ausreichenden Finanzierung.

Krimi oder Romanze? Wenn ich Zeit zum Lesen habe, dann eher etwas Spannendes.

Pünktlich oder zu spät? Pünktlichkeit gehört für mich zur Arbeitsdisziplin.

Füller oder Tastatur? Schreiben mit Füller hat einfach mehr Stil, oder?

Sport oder Sofa? Zum Entspannen gehören für mich Gartenarbeit und Fitnesstraining.

Exotisch oder gutbürgerlich? Beim Essen eher exotisch, ansonsten lieber stilvoll modern.

DGPPN-REFERATE

MACHEN SIE MIT!

Die über 30 Referate der DGPPN unterstützen tatkräftig die Arbeit der Fachgesellschaft. Sie bilden das gesamte Spektrum der psychischen Gesundheit ab und leisten einen wichtigen Beitrag für die Aktivitäten des Vorstandes. Ihre Themen und Arbeitsschwerpunkte machen sie durch Publikationen und Veranstaltungen einer breiteren Öffentlichkeit bekannt. Zusätzlich gestalten sie den jährlichen Kongress aktiv

mit. DGPPN-Mitglieder sind herzlich eingeladen, ihre fachliche Kompetenz und Erfahrung in die Fachreferate oder Ausschüsse einzubringen. Interessierte wenden sich bitte an die entsprechenden Leiterinnen und Leiter der Referate. Weitere Informationen auf www.dgppn.de > Über die DGPPN > Referate.



**VERTRETER BERUFSVERBAND
DEUTSCHER NERVENÄRZTE
(BVDN)**

Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender BVDN
bergmann@bvdn-nordrhein.de

Psychiatrie ist für angehende Ärzte oftmals nicht die Wunschdisziplin: warum nicht?

Viele angehende Ärztinnen und Ärzte haben eine wenig realistische Vorstellung vom Fach Psychiatrie und Psychotherapie. Gerade die fachlichen Fortschritte, die spannenden wissenschaftlichen Fragestellungen sowie die vielen Möglichkeiten, die sich – insbesondere auch im ambulanten Bereich, sei es in der kurativen Medizin, als Gutachter oder auch als forensischer Psychiater – bieten, sind in ihrer Vielfalt noch nicht genügend bekannt.

Gibt es genügend Psychiater in Deutschland? Und sind Sie angemessen bezahlt?

Die Zahl der Psychiater in Deutschland steigt kontinuierlich an. Trotzdem ist der Bedarf nicht gedeckt, zumal altersbedingt in den nächsten zehn Jahren viele Nervenärzte ihre Praxis abgeben möchten. Durchschnittlich liegen die Vergütungen höher als jene der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Kollegen, weisen aber noch erhebliches Optimierungspotenzial auf.

Sie sind Vorstandsvorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte und arbeiten zusätzlich ehrenamtlich im Vorstand der DGPPN. Was motiviert Sie dazu?

Sowohl im Berufsverband wie auch in der Fachgesellschaft engagiere ich mich für die Weiterentwicklung der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsstruktur. Als Vertreter der im vertragsärztlichen Sektor ambulant tätigen Spezialisten sehe ich zudem meine Aufgabe in einem notwendigen Interessensausgleich zwischen dem stationären und ambulanten Sektor.

Krimi oder Romanze? Spannend und anspruchsvoll wie zum Beispiel Stieg Larsson.

Pünktlich oder zu spät? Pünktlich beginnen, pünktlich schließen.

Füller oder Tastatur? Füller ist wunderbar, auf Reisen ist das Tablet unschlagbar.

Sport oder Sofa? Sofa nach dem Sport.

Exotisch oder gutbürgerlich? Klingt nicht eher die Alternative spießig?



**BEISITZER FORSCHUNG UND
BIOLOGISCHE THERAPIE**

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg
Direktor und Vorstandsvorsitzender des Zentralinstituts für seelische Gesundheit Mannheim
a.meyer-lindenberg@zi-mannheim.de

Erzählen Sie von Ihrer ersten Begegnung mit der Psychiatrie und Psychotherapie.

Mein Vater war Psychiater und eine Zeit lang Vorsitzender der DGPPN, damals noch DGPN – insofern sind meine ersten Begegnungen jene mit ihm als Arzt, mit seinen Patienten auf Hausbesuchen und danach relativ früh im Studium auf den psychiatrischen Stationen in der Universitätsklinik Bonn und in den Rheinischen Kliniken Bonn.

Angenommen Sie haben drei Wünsche beim Forschungsminister frei – welche wären das?

Die Forderungen der DGPPN sind nachhaltige Strukturförderung psychischer Störungen im Rahmen der Initiative zu Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung, Förderung der Erforschung neuer Therapien für psychische Störungen und Förderung der Versorgungs- und epidemiologischen Forschung bei psychischen Störungen. Grundsätzlich müssen psychische Erkrankungen entsprechend ihrer Häufigkeit und Schwere deutlich besser gefördert werden.

Für den Vorstand der DGPPN arbeiten Sie ehrenamtlich. Was reizt Sie an dieser Arbeit?

Wie kaum eine andere Disziplin der Medizin braucht die Psychiatrie und Psychotherapie heute den Dialog mit der Gesellschaft, den Entscheidungsträgern und „Stakeholdern“, um der Stigmatisierung unserer Patienten entgegenzuwirken und die rapiden Fortschritte in der Forschung in das Bewusstsein der Menschen und den therapeutischen Alltag einzubringen. Dafür arbeite ich gerne und engagiert mit meinen Vorstandskollegen.

Krimi oder Romanze? Definitiv Krimi.

Pünktlich oder zu spät? Wenn immer möglich pünktlich.

Füller oder Tastatur? Beides.

Sport oder Sofa? Notgedrungen Sport.

Exotisch oder gutbürgerlich? Weder noch.

WANDERAUSSTELLUNG

ERFASST, VERFOLGT, VERNICHTET: KRANKE UND BEHINDERTE MENSCHEN IM NATIONALSOZIALISMUS

Unter der Schirmherrschaft von Bundespräsident Joachim Gauck entwickelt die DGPPN in Kooperation mit der Stiftung Denkmal für die ermordeten Juden Europas und der Stiftung Topographie des Terrors eine Wanderausstellung, die jene Opfer ins Zentrum rückt, die lange am Rande des öffentlichen Interesses und Gedenkens standen.

Über 360.000 Menschen wurden zwischen 1933 und 1945 zwangssterilisiert, mehr als 200.000 ermordet. Bei der Selektion der Patienten galt der vermeintliche „Wert“ des Menschen als leitender Gesichtspunkt. Ärzte, Pfleger und Funktionäre urteilten nach Maßgabe von „Heilbarkeit“, „Bildungsfähigkeit“ oder „Arbeitsfähigkeit“ über die ihnen Anvertrauten. Dabei fand die Ausgrenzung, Verfolgung und Vernichtung auffälliger, störender und kranker Menschen innerhalb des damaligen Anstalts- und Krankenhauswesens statt.

DER WERT DES LEBENS

Die Wanderausstellung „Erfasst, verfolgt, vernichtet: kranke und behinderte Menschen im Nationalsozialismus“ richtet sich gezielt an ein breites Publikum: Sie nimmt die Frage nach dem Wert des Lebens als Leitlinie und beschäftigt sich mit den gedanklichen und institutionellen Voraussetzungen der Morde, sie fasst das Geschehen von Ausgrenzung und Zwangssterilisationen bis hin zur Massenvernichtung zusammen, beschäftigt sich mit exemplarischen Opfern, Tätern, Tatbeteiligten und Opponenten und fragt schließlich nach der Auseinandersetzung mit dem Geschehen von 1945 bis heute. Exemplarische Biografien ziehen sich durch die gesamte Ausstellung: In den Akten der Opfer werden die vielen verschiedenen Akteure fassbar, die an den Verbrechen beteiligt waren. Ihren Blicken auf Patienten werden deren eigene Äußerungen gegenübergestellt.



Exemplarische Biografien ziehen sich durch die Ausstellung.

Den Schlusspunkt der Ausstellung bilden zahlreiche Stimmen, die das damalige Geschehen in Videointerviews von heute aus reflektieren und sich aus unterschiedlichen Perspektiven der Frage stellen, welche Bedeutung es für sie persönlich hat.

Dazu gehören Ärzte, Politiker, Vertreter von Selbsthilfeverbänden, Angehörige von Opfern, Pflegepersonal, Vertreter der Gesundheitsverwaltung und andere. Weiter auf nächster Seite >>>

STATIONEN DER AUSSTELLUNG

28. Januar – 2. März 2014
Paul-Löbe-Haus des
Deutschen Bundestages, Berlin
Ausstellungseröffnung:

27. Januar 2014

26. März – 13. Juli 2014
Stiftung Topographie des Terrors
Niederkirchnerstraße 8, 10963 Berlin
Ausstellungseröffnung:

25. März 2013

Im Anschluss wird die Ausstellung an weiteren Stationen in Deutschland und Europa gezeigt.

Weitere Informationen zur Ausstellung auf
www.dgppn.de/ausstellung

UNTERSTÜTZUNG DURCH SPENDEN

Die Ausstellung wird möglich durch eine Spendenaktion zahlreicher medizinischer Verbände, insbesondere der Bundesärztekammer. Die DGPPN stockt diesen eingeworbenen Betrag ganz erheblich auf. Ein interdisziplinärer Beirat, bestehend aus Vertretern von Patienten- und Angehörigenverbänden, Angehörigen von Opfern, Historikern, Vertretern ärztlicher Fachgesellschaften und Museumsleitern, politisch Beteiligten und natürlich Psychiatern, begleitet die Ausstellung. Die Wanderausstellung wird am 27. Januar 2014 – dem Tag des

Gedenkens an die Opfer des Nationalsozialismus – in Berlin im Paul-Löbe-Haus des Deutschen Bundestags eröffnet. Ab dem 25. März 2014 ist die Ausstellung in der Stiftung Topographie des Terrors in Berlin zu sehen. Im Anschluss wird sie an weiteren Stationen in Deutschland und Europa gezeigt.

Ansprechpartner DGPPN:

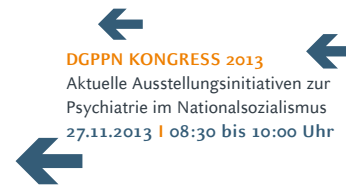
PROF. DR. DR. FRANK SCHNEIDER, AACHEN
f.schneider@ukaachen.de

Kuratorin der Ausstellung:

PETRA LUTZ, BERLIN

Wissenschaftliche Mitarbeiterin:

SOPHIE PLAGEMANN, BERLIN
s.plagemann@dgppn.de



FÜR WÜRDE UND ERNSTHAFTIGKEIT

Friedrich Forssman ist als Gestalter für die grafische Umsetzung der Wanderausstellung verantwortlich. Psyche im Fokus erklärt er, worauf er bei der Konzeption besonders geachtet hat.

Wie sieht das grafische Konzept der Ausstellung aus?

Sie ist als Tafelausstellung konzipiert und muss dadurch drei Grundanforderungen erfüllen: Orientierung bieten, Lesbarkeit schaffen, Typ-Zuordnung finden. Dass Orientierung und Lesbarkeit mühelos möglich sein müssen, versteht sich von selbst. Typ-Zuordnung bedeutet, die Erwartungen der Besucher nicht sinnlos zu enttäuschen: Die Ausstellung soll weder wie ein großer Messestand, noch wie eine vergrößerte Broschüre aussehen – und die Thematik muss etwa in den Punkten Ernsthaftigkeit und Würde anklingen.

Worauf haben Sie besonders Wert gelegt? Und warum?

Wichtig finde ich, dass sich die beiden letztgenannten Stichwörter – Ernsthaftigkeit und Würde – im Erscheinungsbild der Ausstellung wiederfinden, die Ausstellung aber dennoch einladend bleibt. Warum? Weil wir zum



Lesen und Vertiefen auffordern und dabei das Paradoxon überwinden möchten, dass die Besucher von der Beschäftigung mit Schrecklichem nicht abgeschreckt werden.



Friedrich Forssman

Vor welchen besonderen Herausforderungen stehen Sie als Gestalter bei der Wanderausstellung?

Eine Wanderausstellung kann logischerweise nicht einem einzigen Ausstellungsort dramaturgisch und gestalterisch individuell angepasst sein. Sie muss aber an jedem Ort so wirken, als sei genau das der Fall. Sie darf nirgends hineingezwängt oder abgestellt wirken. Das bedarf eine besonders genaue Planung und intensive Absprache zwischen Kuratorinnen und Gestalter.

VOM CHLORPROMAZIN ZUM CLOZAPIN

ERINNERUNGEN AN DIE ANFÄNGE DER PSYCHIATRISCHEN PHARMAKOTHERAPIE IN DEUTSCHLAND

Vor 60 Jahren – 1953 – wurden in Psychiatrien in Deutschland die ersten Behandlungen mit Chlorpromazin durchgeführt. Sehr bald wurde von einer „Revolution“ der psychiatrischen Therapie gesprochen. Heute ist die Anwendung von Psychopharmaka im Rahmen von Gesamtbehandlungsplänen ein nicht verzichtbarer Bestandteil der psychiatrischen Therapie. Prof. Hanns Hippus, der diesen Wandel maßgeblich mitgestaltete, erinnert sich für Psyche im Fokus an die Anfänge der psychiatrischen Pharmakotherapie in Deutschland.

Autor: Hanns Hippus

Ich kam nach Medizin- und Chemie-Studium und anschließender zweieinhalbjähriger Arbeit in der Grundlagenforschung in Marburg 1952 an die Psychiatrische und Nervenklinik der Freien Universität nach Berlin [1]. Damals habe ich die Praxis der Psychiatrie noch aus der Zeit vor der Ära der Psychopharmaka erlebt. Meine Arbeit begann auf einer „geschlossenen“ Station, zu der der „Insulin-Saal“ gehörte. Allmorgendlich wurden jeweils sechs Patienten in ein Insulin-Koma versetzt, bis am Nachmittag das Koma durch Glukose-Injektionen abgebrochen wurde. Andere Patienten wurden an den ersten drei Wochentagen mit einem Elektrokrampf behandelt (EKT in Blockform für die Dauer von mindestens zwei Wochen; ohne Narkose, ohne Muskelrelaxation). Die Mehrzahl der Patienten litt an Schizophrenien. Die Verbesserungen der Symptomatik nach Insulin- und Krampfbehandlungen waren in den meisten Fällen gut – und dennoch waren diese Erfahrungen belastend und zwiespältig. Aus diesem Grund habe ich – wie die meisten meiner Kollegen – die Entwicklung der Psychopharmakotherapie als Entlastung empfunden.

ALLER ANFANG IST SCHWER (1953 – 1955)

Ein „Dreigespann“ – von in der Psychiatrie noch nicht sehr erfahrenen Stationsärzten der Berliner FU-Klinik (K. Hartmann – J. Hiob – H. Hippus) – stieß 1953 bei der Lektüre von Zeitschriften auf Aufsätze und Kongressreferate französischer Psychiater, die überraschende Therapieerfolge mit dem Phenothiazin-Derivat Chlorpromazin bei psychotischen Patienten erzielt hatten. Das Patent auf dieses Pharmakon hatte die französische Pharmafirma Rhône-Poulenc, die es in Frankreich als Largactil einführte. Aufgrund einer in die Vorkriegszeit zurückreichende Zusammenarbeit von Rhône-Poulenc mit den IG Farben bekam die Bayer AG eine Lizenz für das Chlorpromazin und führte es als Megaphen in Deutschland ein.

Obwohl wir Versuchsmengen von Megaphen und weiterführende Literatur für klinische Therapie- und Tierversuche von Bayer erhielten, lehnte unser Chef Therapieversuche bei Patienten mit dem Verweis auf ausreichend vorhandene und bewährte sedativ-dämpfende Medikamente ab. Der klinisch be-

sonders engagierte J. Hiob gab sich mit der Weisung des Chefs nicht zufrieden und verabreichte einer etwa 50-jährigen Patientin, die unter einer seit Jahren bestehenden, therapieresistenten chronischen Schizophrenie litt, unter sehr sorgfältiger Überwachung Chlorpromazin. Bei einer der großen wöchentlichen Visiten registrierte der Chef eines Tages eine sehr weitgehende Besserung der Symptomatik bei dieser Patientin. Er hielt dies für eine überraschend auftretende spontane Besserung, bis ihm J. Hiob gestand, dass die Patientin seit zwei Wochen mit Megaphen behandelt worden war. Ich war nicht so mutig und hatte mich auf Tierversuche beschränkt, deren Ergebnisse ich später noch veröffentlichte [2].

Das riskante Zuwiderhandeln gegenüber einer chefärztlichen Anweisung wurde in diesem Fall belohnt und allen Stationsärzten wurde erlaubt, mit Megaphen Behandlungen durchzuführen; Hiob publizierte seine Befunde. Die klinische Forschung mit Megaphen wurde ein zentrales Thema der Berliner Klinik. Von Beginn an wurde natürlich auch darüber nachgedacht, diskutiert und spekuliert, was die Grundlage der

Chlorpromazin-Wirkung sei. Schon bald kamen wir zu der Ansicht, dass die Entdeckung der therapeutischen Wirksamkeit des Chlorpromazin, die sich grundsätzlich von der Wirkung aller bislang in der Psychiatrie eingesetzten Medikamente (wie Paraldehyd, Chloralhydrat und Barbituraten) unterschied, eine „Zufallsentdeckung“ war, die nur den sorgfältigen klinischen Beobachtungen der Arbeitsgruppe um Delay und Deniker [Abb. 1] in Paris zu verdanken war.



Abb. 1: P. Deniker (1917-1998)

Verschiedenste Versuche und Analysen waren ergebnislos geblieben [3]. Als in der Schweiz und in den USA Psychiater veröffentlicht hatten, dass ein Reserpin-Derivat der Ciba dem Chlorpromazin vergleichbare Wirkungen hatte, untersuchten wir auch dieses Medikament [4]. Die klinisch-therapeutische Wirkung konnte bestätigt werden, doch die Nebenwirkungen waren noch intensiver und zahlreicher als bei Chlorpromazin. Es fiel allerdings auf, dass bei aller Unterschiedlichkeit von Chlorpromazin und Reserpin einige Patienten bei beiden Substanzen extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen (EPS) hatten.

Für unsere Berliner Arbeitsgruppe waren diese Erfahrungen der Anlass, bei allen weiteren klinischen Studien von vornherein sehr sorgfältig die somatischen Nebenwirkungen der verschiedenen medikamentösen Therapien zu registrieren [5]. Bei Vergleichsuntersuchungen einiger Präparate wurde immer denen besondere Aufmerksamkeit geschenkt, die möglichst wenige oder

überhaupt keine auffälligen Nebenwirkungen („Begleitwirkungen“) hatten.

Durch unsere Veröffentlichungen bekamen wir Kontakte zu Pharmakologen einiger Pharma-Firmen und zu Psychiatern des In- und Auslands, die auf dem Gebiet der sich entwickelnden „Pharmakopsychiatrie“ wissenschaftlich arbeiteten. Wir wurden bald zu Kongressen eingeladen.

DAS COLLOQUE INTERNATIONAL SUR LA CHLORPROMAZINE IN PARIS (1955)

J. Hiob und mir – zwei Mitarbeitern der Berliner Klinik mit noch nicht einmal dreijähriger fachlicher und wissenschaftlicher Erfahrung – wurde 1955 die Teilnahme an dem im Rückblick legendären „Colloque international sur la chlorpromazine“ [Abb. 2] in Paris ermöglicht.



Abb. 2: Eröffnungssitzung des „International Colloquium on Chlorpromazine and Neuroleptic Drugs in Psychiatric Treatment“ (20.-22. Oktober 1955, Paris). Von links nach rechts H. C. Rümke (Niederlande), J. J. de Barahona Fernandes (Portugal), H. Delgado (Peru), J. Delay (stehend; Frankreich), W. Overholser (USA), W. Mayer-Gross (England) und H. Hoff (Österreich)

Die Teilnahme in Paris und die vielen Gespräche mit prominenten Psychiatern aus aller Welt waren für uns geradezu überwältigend.

In dieser Zeit – zehn Jahre nach Ende des Zweiten Weltkriegs – hatte die deutsche Psychiatrie immer noch nur wenige internationale Kontakte. Nach dem Kongress in Paris ermöglichte der Leiter der Klinischen Forschung der Bayer AG, Dr. Sommer, dass die an fünf

Universitätskliniken in Deutschland für die Untersuchung von Psychopharmaka-Wirkungen verantwortlichen Oberärzte bzw. Assistenten in regelmäßigen Abständen zum Erfahrungsaustausch und Diskussionen – zumeist in der von F. Flügel [Abb. 3] geleiteten Erlanger Klinik – zusammentreffen konnten (D. Bente – Erlangen, M.-P. Engelmeier – Münster, K. Heinrich – Mainz, H. Hippus – West-Berlin, W. Schmitt – Heidelberg, später Homburg/Saar).

Daraus entwickelte sich die sogenannte „Fünfergruppe“. Bei den Zusammenkünften der „Fünfergruppe“ wurden die Informationen über die verschiedenen Forschungsansätze und deren Ergebnisse ausgetauscht und „koordinierte klinische Studien“ vereinbart. Die „Fünfergruppe“ legte für sich Richtlinien für die Planung und Durchführung klinischer Studien und deren Dokumentation fest, deren Ergebnisse gemeinsam publiziert wurden. So entstand das AMDP-System. Das AMDP-System hatte internationale Resonanz, wurde immer wieder aktualisiert und ist auch heute noch an vielen Kliniken in Gebrauch [6].

Bei den Zusammenkünften der „Fünfergruppe“ in der zweiten Hälfte der 50er-Jahre wurden natürlich auch unterschiedliche Meinungen und Standpunkte diskutiert. Die Erlanger Kliniker waren sehr früh davon überzeugt, dass die extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen der inzwischen als „Neuroleptika“ bezeichneten Psychopharmaka eine für deren therapeutische Wirksamkeit charakteristische, ja sogar notwendige Eigenschaft seien. Diese Überzeugungen wurden bestärkt durch die Pharmakologen, die in der Feststellung von extrapyramidal-motorischen Effekten im Tierversuch einen ersten pharmakologischen Indikator für das Auffinden neuer „antipsychotisch“ wirksamer Medikamente sahen. Die Erlanger Kliniker gingen dann sogar so weit, dass sie in einem medikamentös hervorgerufenen „akinetisch-abulischen“ Syndrom die Grundlage der therapeutischen Wirksamkeit der Neuroleptika sahen. Dem-

gegenüber vertrat die Berliner Klinik die Ansicht, dass es das Ziel sein müsste, Medikamente zu finden, die keine extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen hatten.

Um diesem Ziel näher zu kommen, sei ein nur an bekannten Neuroleptika orientiertes „pharmakologisches“ Screening durch Tierversuche weniger zielführend als vergleichende Betrachtungen der chemischen Struktur der zur Verfügung stehenden Substanzen. Die-



Abb. 3: F. Flügel (1897-1973)

sem „strukturchemischen Screening“ hätten dann unmittelbar klinische Studien zu folgen. Diese Auffassung wurde von Pharmakologen verständlicherweise energisch bestritten. Die Berliner suchten jedoch weiterhin nach Medikamenten ohne EPS-Wirkungen, die aufgrund eines „strukturchemischen“ Screenings als aussichtsreich angesehen worden waren.

Bei den Strukturvergleichen stießen wir auf das nicht-substituierte Phentiazin-Derivat Perazin. Trotz anfänglicher Schwierigkeiten bei der Beschaffung bekamen wir schließlich ausreichende Mengen Perazin für klinische Untersuchungen zur Verfügung gestellt. In der „Fünfergruppe“ wurden unsere Pläne toleriert, aber nicht unterstützt. Gleichzeitig beteiligte sich die Berliner Gruppe nicht an den klinischen Studien der Erlanger Gruppe mit einem Phentiazin-Derivat (Butyrylperazin, Randolectil) mit massiven EPS-Wirkungen, das inzwischen entdeckt und zur Marktreife geführt worden war.

Die ersten klinischen Ergebnisse der Perazin-Untersuchungen wurden 1958 publiziert [7]. Die Ergebnisse weiterführender „multidimensionaler“ klinischer Studien mit Perazin wurden erst sehr viel später zusammen mit H. Helmchen veröffentlicht, der inzwischen die Leitung der Berliner Klinik übernommen hatte. Wir hatten die erste Publikation im Jahre 1958 mit der Hoffnung verknüpft, dass nach Bekanntwerden der Perazin-Befunde fürderhin die Therapie mit stark EPS-wirksamen Neuroleptika erheblich zurückgedrängt werden könnte.

Leider kam es anders. Im Laufe des Jahres 1958 wurden nämlich die sehr guten therapeutischen Resultate mit dem von dem belgischen Pharmakologen P. Janssen [Abb. 4] entdeckten Butyrophenon-Derivat Haloperidol veröffentlicht. Haloperidol hat ausgeprägte EPS-Wirkungen; diese waren dem Pharmakologen Janssen bei Tierversuchen zur Entwicklung Morphin-ähnlicher Substanzen aufgefallen. Trotz der EPS-Nebenwirkungen setzte sich Haloperidol in der klinischen Psychiatrie sehr schnell weltweit durch. Unsere Perazin-Befunde blieben außerhalb Deutschlands für lange Zeit ohne Resonanz.



Abb. 4: P. Janssen (1926-2003)

Mit Janssen bekam die „Fünfergruppe“ einen sehr guten Kontakt. Als Pharmakologe und Chemiker war er ein äußerst anregender Gesprächspartner. Er selbst arbeitete aber bei seiner weiteren, vom Haloperidol ausgehenden Forschung vor allem mit dem inzwischen

in Düsseldorf tätigen Psychiater H.-J. Haase zusammen. In dieser Zusammenarbeit wurde das in erster Linie pharmakologisch untermauerte Konzept der „Neurolepsie“ (enger Zusammenhang zwischen extrapyramidalen und klinisch-therapeutischen Wirkungen) entwickelt. Wir vertraten demgegenüber weiterhin die Ansicht, dass es möglich sein müsste, antipsychotisch wirkende Pharmaka ohne EPS-Wirkungen zu entdecken. Dazu müssten allerdings beim „Screening“ in erster Linie strukturchemische Gesichtspunkte und weniger die im Tierversuch feststellbaren EPS-Wirkungen beachtet werden. Als wir uns – trotz der sehr unterschiedlichen Standpunkte – im Laufe der Jahre angefreundet hatten, schlossen P. Janssen und ich eine Wette ab, wer von uns Recht behalten würde. Auf dem CINP-Kongress in München 1988 gestand er mir zu, dass ich im Hinblick auf das „atypische Neuroleptikum Clozapin“ (siehe unten) die Wette gewonnen hätte. Inzwischen hatte er längst begonnen, in seinen Laboratorien auch Antipsychotika mit keinen oder nur sehr geringen EPS-Wirkungen zu entwickeln (Risperidon)!

FIRST INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON PSYCHOTROPIC DRUGS IN MAILAND (1957)

Nach den Anfangsjahren 1952/53 und dem von Klinikern dominierten Chlorpromazin-Kongress in Paris 1955 spielten zwei Kongresse im Jahr 1957 eine wichtige Rolle für die weitere Entwicklung der Pharmakopsychiatrie. Bis zu diesem Zeitpunkt hatten sich fast nur die in der Industrie tätigen Pharmakologen um die Fortentwicklung bemüht. Im Mai 1957 fand in Mailand am Pharmakologischen Institut der Universität ein internationales Symposium statt, das seinen Schwerpunkt in den Grundlagenwissenschaften hatte, zu dem aber auch Kliniker eingeladen wurden. Das „First International Symposium on Psychotropic Drugs“ gab Pharmakologen und Klinikern ausgiebig Ge-

legenheit zum Gedankenaustausch. Aus Deutschland nahmen F. Flügel aus Erlangen mit seinen Mitarbeitern D. Bente und T. Itil, W. de Boor aus Köln und ich teil. Die Diskussionen zwischen Pharmakologen und Klinikern verliefen in Mailand so anregend, dass einige jüngere Teilnehmer (unter anderem die Pharmakologen S. Garattini und C. Radouco-Thomas sowie die Psychiater H. C. B. Denber, W. de Boor und ich) einem kleinen Kreis der Teilnehmer vorschlugen, eine internationale wissenschaftliche Gesellschaft für Psychopharmakologie zu gründen. Diese Initiative wurde von dem Mailänder Pharmakologie-Ordinarius E. Trabucchi unterstützt. Der in der Schweiz bei Sandoz tätige Pharmakologe E. Rothlin, der damals Präsident der Internationalen Pharmakologischen Gesellschaft war, stellte sich jedoch einer Vereinsgründung vehement entgegen und warnte vor einer Aufspaltung der Pharmakologie. So unterblieb in Mailand vorerst die Gründung einer Gesellschaft.

ZWEITER WELTKONGRESS FÜR PSYCHIATRIE IN ZÜRICH (1957)

Im Herbst desselben Jahres fand in Zürich unter der Präsidentschaft von M. Bleuler der zweite Weltkongress für Psychiatrie mit dem Themenschwerpunkt „Schizophrenie“ statt. Dort hielt J. Delay ein richtungsweisendes Referat über die Therapie mit Phenothiazin-Neuroleptika. Der US-amerikanische Psychiater N. S. Kline, der in New York schon 1954 wichtige klinische Untersuchungen mit Reserpin durchgeführt hatte, organisierte ein großes Symposium „Frontiers in Psychopharmacology“, auf dem Wissenschaftler aus vielen Ländern zu Wort kamen und sich persönlich kennenlernten.

Der Züricher Kongress barg zwei Überraschungen für mich: An einem Abend wurden 29 Teilnehmer des Kongresses von dem Pharmakologen Rothlin zu einem Abendessen eingeladen, auf dem er einleitend die Gründung ei-

nes „Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum (CINP)“ vorschlug und eine dafür vorbereitete Satzung vorlegte! Zu den 29 eingeladenen Gästen gehörten aus Deutschland F. Flügel und ich. Der Vorschlag von Rothlin wurde gut geheißen und das „CINP“ am 2. September 1957 in Zürich gegründet! Rothlin wurde zum ersten Präsidenten gewählt. Der erste, von Trabucchi organisierte CINP-Kongress fand dann schon 1958 in Rom statt.

Die CINP-Kongresse finden seither in zweijährigen Abständen in verschiedenen Ländern statt. Für die Vorbereitung des zweiten, 1960 in Basel abgehaltenen CINP-Kongress und dann in unmittelbarem Anschluss an diesen Kongress kamen die Mitglieder der „Fünfergruppe“ zusammen und beschlossen eine deutschsprachige Gesellschaft für Psychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie zu gründen, deren Symposien ebenfalls in einem Zwei-Jahres-Rhythmus (im Wechsel mit den internationalen CINP-Kongressen) stattfinden sollten.

Diese Initiative wurde unterstützt von den Chefs mehrerer Psychiatrischer Universitätskliniken und Landeskrankenhäuser, auch von Direktoren einiger pharmakologischer Universitätsinstitute sowie von Psychologen (G. A. Lienert, W. Janke, P. Netter) und vor allem auch von den in der Industrie arbeitenden Pharmakologen und den Leitern der dort bestehenden Arbeitsgruppen für Klinische Forschung (zum Beispiel von H. v. Ditfurth, J. Sommer). Das erste dieser Symposien fand als Veranstaltung der inzwischen gegründeten „Arbeitsgemeinschaft für Neuro- und Psychopharmakologie (AGNP)“ 1961 in Nürnberg statt. Das CINP anerkannte die AGNP als erste nationale Gesellschaft für Psychopharmakologie und als „Lokales Beratendes Komitee“; der dritte CINP-Kongress fand 1962 in München statt.

Die zweite Überraschung war ein von dem Schweizer Psychiater R. Kuhn – leider vor nur wenigen Zuhörern – gehaltenen Vortrag über ein neues Psycho-

pharmakon. Kuhn trug vor über die Ergebnisse der Therapie mit dem dem Chlorpromazin ähnlichen Iminodibenzyl Derivat G22355, das ihm von der Schweizer Geigy für eine klinische Prüfung zur Verfügung gestellt worden war. Auf den ersten Blick waren die Ergebnisse wenig eindrucksvoll gewesen; das Versuchspräparat wurde anfangs als ein nur „schwach wirksames Chlorpromazin“ eingestuft. Die Beurteilung durch Kuhns ärztliche Mitarbeiter und das Pflegepersonal legten aber die Vermutung nahe, dass die Versuchssubstanz eine „thymoleptische“ (stimmungsaufhellende) Wirkung hätte. Das Referat von Kuhn war nichts weniger als der Bericht über die Entdeckung des ersten „Antidepressivums“ (Imipramin, Tofranil) durch sorgfältige klinische Untersuchungen! Das in der Molekülstruktur dem Chlorpromazin ähnliche Imipramin wies gegenüber dem Chlorpromazin und anderen Phenothiazinen nur einen Unterschied auf: in dem tricyclischen Molekül war an die Stelle des zentralen „Sechser-Rings“ ein „Siebener-Ring“ getreten. Für mich war das der Anlass, meine strukturchemischen Hypothesen zu modifizieren und zu erweitern [Abb. 5]:

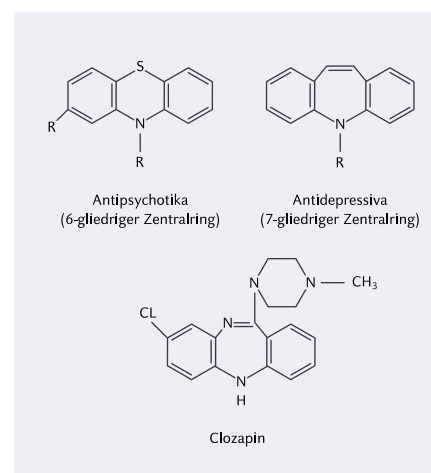


Abb. 5: Strukturformeln tricyclischer Psychopharmaka

Tricyclische Psychopharmaka mit einem zentralen „Sechser-Ring“ wurden „neuroleptisch“ (antipsychotisch)

und die mit einem zentralen „Siebener-Ring“ antidepressiv wirken. Diese Voraussagen wurden durch die Einführung der dem Imipramin nachfolgenden Antidepressiva (Amitriptylin, Doxepin und andere) von Chemikern und Klinikern bestätigt [8].

ERSTE VERSUCHE MIT CLOZAPIN (1967)

Wir hielten in Berlin das auf Strukturvergleichen bei tricyklischen Psychopharmaka basierende „strukturelle Screening“ weiterhin für hilfreich, um eine rational begründete Auswahl aus der inzwischen fast nicht mehr überschaubaren Zahl synthetisch hergestellter und für klinische Prüfungen zur Verfügung stehender tricyklischer Substanzen treffen zu können.

Wirkung. Entgegen unserer Erwartungen hatten die meisten dieser Substanzen jedoch bei der klinischen Prüfung „antipsychotische“ Wirkungsqualitäten (mit den entsprechenden starken EPS-Nebenwirkungen). Die therapeutischen Effekte waren im Vergleich zu bereits eingeführten Neuroleptika allerdings wenig überzeugend. Deswegen schienen den meisten Gruppenmitgliedern weiterführende Untersuchungen nicht sinnvoll. Für uns war aber eine dieser Substanzen (HF1824, Clozapin) deswegen besonders interessant, weil bei ihr keine EPS-Wirkungen zu beobachten waren. Die Berliner Gruppe führte daraufhin doch klinische Untersuchungen durch [9], denen sich später D. Bente aus Erlangen, J. Angst und H. Heimann aus der Schweiz sowie P. Berner aus Wien anschlossen [10].

dass die Firma Wander von der Sandoz AG übernommen wurde, Stille aus der Forschung ausschied und eine Position beim Bundesgesundheitsamt in Berlin übernahm. Zuvor (1971) hatten Stille und ich – ausgehend vom Wirkungsspektrum des Clozapins, also des Präparats mit antipsychotischen, aber ohne EPS-Wirkungen – eine grundsätzliche kritische Stellungnahme zum Konzept der „Neuroleptika“ veröffentlicht [11].

Unsere Auffassungen stießen bei der Mehrheit der Pharmakologen auf Widerspruch. Die auch bei den Psychiatern vorherrschende Überzeugung, antipsychotische Wirksamkeit sei immer mit EPS-Wirkungen verknüpft, wurde nicht infrage gestellt. Als dann die Wirksamkeit des Clozapin aber nicht mehr anzuzweifeln war, wurde es als „Außen-seiter“, als ein im Grunde nicht beachtenswertes „atypisches Neuroleptikum“ eingestuft. Für Clozapin wurde die Situation besonders schwierig, als 1974 in Finnland unter Clozapin-Therapie Granulocytopenien und Agranulocytosen beobachtet wurden, die in einigen Fällen tödlich verlaufen waren. Die Firmenleitung der Sandoz AG beschloss, das von der Wander AG „geerbte“, ohnehin sehr umstrittene Clozapin sofort zu stoppen und völlig aus dem Handel zurückzuziehen.



Am Ende sollte H. Hippus gegenüber P. Janssen Recht behalten, dass es möglich sei, antipsychotisch wirkende Medikamente ohne extrapyramidale Nebenwirkungen zu entdecken.

Die „Fünfergruppe“ bekam 1967 von der Schweizer Wander AG mehrere neuartige tricyklische Versuchssubstanzen zur Verfügung gestellt, um sie in koordinierten multizentrischen Studien zu untersuchen. Wegen des zentralen Siebener-Rings dieser Substanzen erwarteten wir eine antidepressive

Bei der Wander AG war an der Entwicklung des Clozapins der Pharmakologe G. Stille maßgeblich beteiligt. Er hatte sich schon in seiner Habilitationsarbeit mit den Phänomenen der Katalapsie befasst. Der Gedankenaustausch mit Stille war sehr anregend, wurde aber dadurch beeinträchtigt,

VOM AUSSENSEITER ZUM GOLDSTANDARD: CLOZAPIN

Diese Entwicklung bestürzte uns in Berlin, denn wir sahen im Clozapin, dem ersten „Neuroleptikum“ ohne EPS-Nebenwirkungen, den seit den Entdeckungen von Chlorpromazin und Haloperidol wichtigsten Entwicklungssprung in der Antipsychotika-Therapie. Wir hatten schon 1958 nachweisen können, dass die sich unter der Therapie tricyklischer Neuroleptika in seltenen Fällen anbahnende Agranulocytosen durch regelmäßige Blutbildkontrollen so rechtzeitig erfasst werden können, dass durch sofortiges Absetzen des auslösenden Medikaments deletäre Ver-

läufe mit Sicherheit verhindert werden. Das traf auch für das Clozapin zu. Der Verzicht auf Clozapin wäre unserer Auffassung nach ein schwerer Rückschlag für die Bemühungen um Verbesserungen der Pharmakotherapie gewesen. Eine Intervention der Berliner Klinik bei der Konzernspitze der Sandoz AG in Basel hatte Erfolg: Clozapin blieb in vielen Ländern unter der strengen Auflage von regelmäßigen Blutbildkontrollen weiterhin für die Behandlung psychotischer Patienten verfügbar.

Doch das Clozapin blieb für viele Jahre dennoch ein „Außenseiter“. Erst als Ende der 70er-Jahre bei einigen Klinikern in den USA (unter anderem H. Meltzer [12]) unsere 1969 veröffentlichten klinischen Befunde und die „kritische Stellungnahme zum Begriff der Neuroleptika“ von Stille und mir bekannt wurden, änderte sich die Situation. Pharma-Firmen in den USA (Lilly und andere) griffen die alten Clozapin-Befunde auf und entwickelten selbst neue „atypische Neuroleptika“ (zum Beispiel Olanzapin, Zyprexa). Der „Außenseiter“ Clozapin wurde – wie es in den USA ausgedrückt wird – für die forschende pharmazeutische Industrie zum „Goldstandard“! Die dann in der Folgezeit eingeführten „atypischen Neuroleptika“ wurden nicht mehr als „atypisch“ sondern als „Antipsychotika der 2. Generation“ bezeichnet.

PSYCHOPHARMAKOLOGIE UND SOZIALPSYCHIATRIE

Wie viele Fortschritte der Psychiatrie seit Mitte der 50er-Jahre durch die Psychopharmaka angestoßen und überhaupt erst ermöglicht wurden, sind die Psychopharmaka auch für mich zum „Stimulans“ geworden, mich für vieles, was in der Psychiatrie zu verbessern war, aktiv einzusetzen – so z. B. für die Entwicklung der Sozialpsychiatrie. Beispielhaft seien hier die Eröffnung des „Haus Phönix“ 1959 in Berlin (Deutschlands erstes „Übergangshaus für psychisch Kranke“ mit Tagklinik sowie mit

voll- und nachstationären Betten zur Rehabilitation), die Einrichtung der Abteilungen für „Sozialpsychiatrie und Psychiatrische Epidemiologie“ sowie für „Gerontopsychiatrie“ 1970 an der FU Berlin oder meine aktive Mitarbeit ab 1971 an der „Psychiatrie-Enquête“ (von 1973 bis 1975 als einer der beiden Stellvertreter des Vorsitzenden C. Kulenkampff [13]) genannt.

Die Entwicklung von wirksameren und nebenwirkungsarmen Medikamenten war für mich nur eine von vielen „Stellschrauben“ zur Verbesserung der Behandlung und Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.



PROF. DR. HANNS HIPPIUS

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. med. Hanns Hippus (18. April 1925 in Mühlhausen/Thüringen) war 1952 bis 1967 Wissenschaftlicher Assistent, später Oberarzt der Psychiatrischen und Neurologischen Klinik der Freien Universität Berlin. 1971 übernahm er die Leitung der Universitätsklinik für Psychiatrie in München. 1971 bis 1975 arbeitete Prof. Hippus als Mitglied der Psychiatrie-Enquete an der Verbesserung der Lage psychisch erkrankter Menschen in Deutschland – ein Ziel, das er auch als Präsident der „Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde“ (DGPN) 1973 bis 1974 verfolgte. Er war beteiligt an der Entwicklung des ersten „atypischen“ Neuroleptikums Clozapin und ist Ehrenmitglied der World Psychiatric Association (WPA).*

LITERATUR

- Hippius, H. (2012). *Nachkriegsdeutschland: Mein Weg in die Psychiatrie*. In F. Schneider (Hrsg.), *Irgendwie kommt es anders – Psychiater erzählen* (S. 109-117). Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Hippius, H., Mellin, P., & Rosenkötter, L. (1955). *Megaphenwirkungen im EEG des Kaninchens*. *Zschr. Exp. Med.*, 125, 128-135.
- Hartmann, K., Hiob, J., & Hippius, H. (1955). *Zur vergleichenden Psychopathologie der Schock- und Phenothiazinwirkungen*. *Fortschr. Neurol.*, 23, 354-366.
- Hiob, J., & Hippius, H. (1955). *Klinische Erfahrungen mit dem Rauwolfia-Alkaloid Reserpin in der Psychiatrie*. *Dtsch. Med. Wschr.*, 1497-1500.
- Hiob, J., Hippius, H., & Kanig, K. (1958). *Über die Bedeutung „körperlicher Nebenwirkungen“ bei der Pharmakotherapie der Psychosen*. *Wien. Zschr. Nervenkr.*, 15, 135-147.
- Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (Hrsg.) (1993). *Testmanual zum AMDP-System*. Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Enss, H., Hartmann, K., Hippius, H., & Richter, H. E. (1958). *Klinische Erfahrungen mit einem neuen Piperazin-Derivat des Phenothiazins in der Neuro-Psychiatrie*. *Arch. Psychiat. Nervenkr.*, 197, 534-550.
- Bente, D., Hippius, H., Pöldinger, W., & Stach, K. (1964). *Chemische Konstitution und klinische Wirkung von antidepressiven Pharmaka*. *Arzneim.-Forsch.*, 14, 486-490.
- Berzowski, H., Helmchen, H., Hippius, H., Hoffmann, H., & Kanowski, S. (1969). *Das klinische Wirkungsspektrum eines neuen Dibenzodiazepin-Derivates W 108/HF 1854: 8-Chlor-11-(4'-methyl)-piperazino-5-dibenz[*a*,*b*][1,4]-diazepin*. *Arzneim.-Forsch.*, 19, 495-496.
- Angst, J., Bente, D., Berner, D., Heimann, H., Helmchen, H., & Hippius, H. (1971). *Das klinische Wirkungsbild von Clozapin (Untersuchung mit dem AMP-System)*. *Pharmakopsychiat.*, 4, 201-211.
- Stille, G., & Hippius, H. (1971). *Kritische Stellungnahme zum Begriff der Neuroleptika (anhand von pharmakologischen und klinischen Befunden mit Clozapin)*. *Pharmakopsychiat.*, 4, 182-191.
- Meltzer, H. Y. (1989). *Clozapin (Leponex®/Clozaril®) – Scientific update meeting: Montreux, Switzerland, October 31.-November 1, 1988*. *Psychopharmacology*, 99 Suppl, 1-128.
- Deutscher Bundestag (1975). *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung* (Drucksache 7/4200). Bonn: Universitäts-Buchdruckerei.

← DGPPN KONGRESS 2013
Pharmakotherapie als Kernkompetenz des Psychiaters
27.11.2013 | 15:30 bis 17:00 Uhr ←

PHILOSOPHISCHE PERSPEKTIVEN

IST BEIHILFE ZUM SUIZID ETHISCH VERTRETBAR?

Ob es zulässig ist, einem anderen Menschen Beihilfe zum Suizid zu leisten, ist nach wie vor heftig umstritten. Dies ist verständlich vor dem Hintergrund des in freiheitlichen Gesellschaften pluralen Meinungsspektrums, aber auch der Tatsache, dass der überwiegende Anteil der Selbsttötungen und Selbsttötungsversuche ursächlich auf psychische Erkrankungen zurückgeht.

Autor: Dieter Birnbacher

Traditionell wird die Beihilfe zum Suizid – auf der Grundlage der Überzeugung von der prinzipiellen moralischen Unzulässigkeit des Suizids – insbesondere von den monotheistischen Religionen abgelehnt, die ihrem Gott das Vorrecht der Entscheidung über das Lebensende vorbehalten. Die Überzeugung, dass nicht nur der Suizid selbst, sondern auch die Beihilfe dazu unter bestimmten Bedingungen zulässig sei, ist Erbe der spätantiken Philosophenschulen und der Aufklärungstradition. In liberalen Gesellschaften breitet sich gegenwärtig eine dritte, pluralistische Denkrichtung aus: Dass es angesichts der Gegensätzlichkeit der Auffassungen jedem Einzelnen vorbehalten bleiben sollte, über Recht und Unrecht der Suizidbeihilfe zu entscheiden und der Staat den Pluralismus weder durch Gebote noch durch Verbote einengen sollte.

Die in Deutschland geltende Rechtsordnung folgt diesem Gedanken, indem sie – anders als etwa in Großbritannien oder Österreich – die Beihilfe zum Suizid für straffrei erklärt. Auch eine Beihilfe durch Ärzte ist in Deutschland nicht mit strafrechtlichen Sanktionen bedroht. Allerdings wird der dadurch eröffnete Freiraum nur selten genutzt. Ursache dafür ist u. a. das ärztliche Standesrecht, das in vielen Ländern Ärzten die Beihilfe zum Suizid untersagt. In Deutschland ist ein eindeutiges Verbot erst 2011 vom Deutschen Ärztetag ausgesprochen und in der Musterberufsordnung verankert worden. Gleichzeitig ist das Verbot auch unter Ärzten umstritten. So haben einige Landesärztekammern, etwa die von Bayern, das vorgesehene Verbot in ihre Berufsordnungen nicht übernommen bzw. so abgeschwächt, dass es nur noch Appellfunktion übernimmt. Damit ist die Legitimation des Verbots wesentlich geschwächt. Umstritten ist, wie weit ein solches, nicht durch einen umfassenden Konsens gestütztes Verbot gegen die verfassungsrechtlichen Vorbehalte Bestand hat, die sich einerseits auf die Gewissensfreiheit

des Arztes, andererseits auf die Freiheit des Einzelnen beziehen, sein Leben nach eigenen Vorstellungen zu gestalten. Darf der Staat einer Berufsvereinigung zugestehen, eine so zentrale Freiheit wie die Freiheit, über Art und Zeitpunkt des eigenen Lebens zu entscheiden und dazu nicht auf unzuverlässige, gefährliche oder grausame Mittel zurückzugreifen zu müs-

sen, einschränken? Eine gesetzlich näher geregelte Praxis der ärztlichen Beihilfe zum Suizid besteht außer in den Benelux-Staaten, in denen die ärztliche aktive Sterbehilfe legalisiert ist, weltweit bisher nur in den US-Bundesstaaten Oregon, Washington und Vermont. Zulässigkeitsbedingungen sind dort ein Patientenalter von mindestens 18 Jahren, ein Wohnsitz im jeweiligen Bundesstaat, die Fähigkeit zu gesundheitsbezogenen Entscheidungen und eine diagnostizierte terminale Erkrankung, die innerhalb eines halben Jahr zum Tod führt [1]. Über das Ausmaß der „Dunkelziffer“ in Ländern, in denen die Beihilfe straf- oder die ärztliche Beihilfe standesrechtlich verboten ist, gibt es keine verlässlichen Anhaltspunkte.

Suizid und Suizidalität treten überwiegend im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen sowie emotionalen Krisen auf und fallen primär in die Zuständigkeit von Psychiatrie, Psychotherapie und Sozialarbeit. Gegenstand der gegenwärtigen bioethischen Kontroverse sind nicht diese Fälle, sondern Suizidwünsche in Sterbehilfesituationen, d. h. Situationen, in denen sich ein schwer erkrankter oder schwer behinderter Mensch dauerhaft in einem von ihm als unerträglich empfundenen Leidenszustand gefangen sieht, aus dem er selbst um den Preis des Todes befreit werden möchte. Sterbehilfesituationen lassen sich durch vier Merkmale bestimmen:

Suizid und Suizidalität treten überwiegend im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen sowie emotionalen Krisen auf und fallen primär in die Zuständigkeit von Psychiatrie, Psychotherapie und Sozialarbeit. Gegenstand der gegenwärtigen bioethischen Kontroverse sind nicht diese Fälle, sondern Suizidwünsche in Sterbehilfesituationen, d. h. Situationen, in denen sich ein schwer erkrankter oder schwer behinderter Mensch dauerhaft in einem von ihm als unerträglich empfundenen Leidenszustand gefangen sieht, aus dem er selbst um den Preis des Todes befreit werden möchte. Sterbehilfesituationen lassen sich durch vier Merkmale bestimmen:

- Der Patient befindet sich in einem schweren und mit hoher Wahrscheinlichkeit irreversiblen Leidenszustand.
- Alle zur Leidenslinderung verfügbaren Maßnahmen versagen oder werden vom Leidenden abgelehnt.



Beihilfe zum Suizid als ultima ratio der Leidensbegrenzung

- Der Patient äußert ernstlich und über einen längeren Zeitraum wiederholt das Verlangen zu sterben.
- Der Patient ist urteilsfähig und ist sich über die Tragweite seines Verlangens im Klaren.

Viele Ethiker, die einer generellen Legitimierung der Beihilfe zum Suizid angesichts der Missbrauchsgefahren skeptisch oder ablehnend gegenüberstehen, nehmen eine ärztliche Beihilfe zum Suizid in einer derartigen Situation von ihren Bedenken aus, u. a. aus der Überzeugung, dass der Arzt in diesem Fall für die Rolle des Helfers im Sterben prädestiniert ist. Nur in ihm verbinden sich die beiden Voraussetzungen für diese Aufgabe: hinreichende Sachkenntnis über Verabreichungs- und Wirkungsweise möglicher Suizidmittel und eine gute Bekanntschaft mit dem Patienten und seinen Wünschen und Werten. Außerdem bedeutet eine ärztliche Professionalisierung ein deutliches Mehr an Missbrauchskontrolle.

Die Zulassung einer ärztlichen Suizidbeihilfe in Sterbehilfesituationen – zusätzlich zu akzeptierten Praktiken wie der Umstellung der kurativen auf palliative Versorgung – begegnet einer Reihe von Bedenken. Deren wichtigste lauten:

1. Morgen könnte ein Mittel gefunden werden, das den heute den Tod Begehrenden von seinen Qualen erlöst. Das Risiko einer irreversiblen Fehlentscheidung kann aber nur der Suizident selber, nicht ein anderer tragen.
2. Einer moralischen Berechtigung zur Beihilfe zum Suizid steht das herkömmliche Rollenverständnis des Arztes entgegen, ausschließlich dem Leben und nicht dem Tode zu dienen.
3. Beihilfe zum Suizid unterscheidet sich von dem weithin akzeptierten Behandlungsabbruch auf Verlangen dadurch, dass bei dem Ersteren die Ermöglichung des Todes des Patienten beabsichtigt, während bei einem Behandlungsabbruch der Tod des Patienten lediglich in Kauf genommen wird.
4. Eine Praxis der Beihilfe zum Suizid würde das unverzichtbare Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient beeinträchtigen.
5. Missbräuche sind nicht sicher auszuschließen.

Diese Einwände sind sowohl verständlich als auch moralisch gewichtig. Fraglich ist, ob sie gewichtig genug sind, um die Gründe für eine Zulassung der ärztlichen Suizidbeihilfe aufzuwiegen. Sie sind ihrerseits mit Einwänden konfrontiert:

1. Ein solches Risiko ist in der Tat nicht auszuschließen. Aber der potenzielle Sterbehelfer geht auch dadurch, dass er die gewünschte Beihilfe nicht leistet, ein Risiko ein, nämlich dass er den Sterbewilligen der Möglichkeit beraubt, seinen Sterbewunsch zu verwirklichen.
2. Die Berufung auf das traditionelle Rollenverständnis ist zweifellos so weit berechtigt, als kein Arzt verpflichtet sein sollte, zu einem gewünschten Suizid Beihilfe zu leisten. Kein Patient kann von seinem Arzt verlangen, dass er ihm in einer aktuellen oder potenziellen Sterbehilfesituation Beihilfe leistet [2].

3. Der Abbruch einer lebenserhaltenden Behandlung gemäß dem geäußerten oder mutmaßlichen Willen des Patienten in einer Sterbehilfesituation gilt zwar als eine „passive“ Form der Sterbehilfe, nimmt aber den beschleunigten Tod des Patienten nicht nur in Kauf, sondern zielt darauf ab – freilich nicht als letztes Ziel, aber doch als Zwischenziel der Leidensbegrenzung.

4. Die Bereitschaft eines Arztes, einem Patienten in einer Sterbehilfesituation nicht nur mit kurativen und palliativen Medizin sowie des seelischen Beistands Hilfe zu leisten, entspricht nicht dem vorherrschenden Arztbild. Fraglich ist, ob dieses den Erwartungen des Patienten besser entspricht als jenes, in dem auch die Beihilfe zum Suizid einen Platz hat. Die Auskunft, die sterbenskranken Patienten von ihren Ärzten in der Regel erhalten: dass sie über kurative und palliative Hilfe keine weitere Hilfe erwarten können, ist vielfach alles andere als willkommen. Auch im Vorhinein dürfte das Wissen um die Möglichkeit, gegebenenfalls auf Beihilfe zum Suizid als ultima ratio der Leidensbegrenzung rechnen zu können, in der Regel eher willkommen sein und Vertrauen nicht erschüttern, sondern festigen.

5. Missbräuche wie das Suggestieren von Sterbewünschen bei lästigen oder schwierigen Patienten sind nicht auszuschließen. Sie lassen sich jedoch unter einem Kontrollregime minimieren. Grundsätzlich muss gelten, dass man ein kategorisches Verbot einer für sich genommen wohltätigen Praxis nicht lediglich mit Worst-Case-Szenarien begründen kann. Warum soll die Erfahrungstatsache, dass sich Missbräuche niemals vollständig verhindern lassen, gerade hier, wo es um das Schicksal weniger, aber dafür schwer leidender Menschen geht, soviel Gewicht haben? Meiner Auffassung nach sollte vielmehr auch hier gelten: *abusus non tollit usum* – der Missbrauch hebt den Nutzen nicht auf.

PROF. DR. DR. H. C.
DIETER BIRNBACHER
Institut für Philosophie
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

ANMERKUNGEN

1. Siehe Website des US-Bundesstaates Oregon, <http://public.health.oregon.gov/ProviderPartners/Resources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/faqs.pdf>.

2. Siehe etwa die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (1995). *Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebralschwerstgeschädigter Patienten*. Schweizerische Ärztezeitung 76, 1223-1225, hier 1224.





DGPPN KONGRESS 2013

– FÜR SIE VOR ORT

BESUCHEN SIE DEN STAND DER DGPPN IM BRÜCKENFOYER

Wenn der DGPPN Kongress vom 27. bis 30. November 2013 seine Tore öffnet, wird Berlin zu Europas Hauptstadt der psychischen Gesundheit. Hinter dem Kongress steckt eine starke Fachgesellschaft. Die DGPPN ist mit über 7500 Mitgliedern Deutschlands größte und älteste wissenschaftliche Vereinigung von Ärztinnen und Ärzten, die auf dem Gebiet der Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde arbeiten. Sie gibt der psychischen Gesundheit eine Stimme und setzt sich mit Engagement und Initiativen im Gesundheitswesen, in der Politik und der Öffentlichkeit dafür ein, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen frei von Vorurteilen leben können und die notwendigen Hilfen erhalten.

Erfahren Sie mehr über die DGPPN. Besuchen Sie unseren Stand im Brückenfoyer (ICC Berlin):

- Machen Sie Pause in unserer Lounge und tauschen Sie sich mit Kolleginnen und Kollegen aus
- Nutzen Sie den kostenlosen WLAN-Zugang (Passwort: DGPPN2013)
- Lesen Sie in den Publikationen, Stellungnahmen und Pressemitteilungen der DGPPN
- Erfahren Sie, wann die nächsten Hauptstadtsymposien, Workshops und Facharztrepertorien stattfinden
- Sprechen Sie die Mitarbeiter der DGPPN Geschäftsstelle an
- Klären Sie offene Fragen zu Ihrer Mitgliedschaft

JETZT MITGLIED WERDEN!

Als Mitglied der DGPPN profitieren Sie von vielen Vorteilen – zum Beispiel von einer ermäßigten Teilnahmegebühr am DGPPN Kongress. Erfahren Sie mehr auf:

www.dgppn.de > Mitglieder

DGPPN-Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 27 b | 10117 Berlin
Tel: 030.240 477-20
sekretariat@dgppn.de
www.dgppn.de > Über uns > Geschäftsstelle



DGPPN

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGPPN-Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 27 B
10117 Berlin
TEL 030.2404 772-0
FAX 030.2404 772-29
sekretariat@dgppn.de

WWW.DGPPN.DE