

PSYCHE IM FOKUS

DAS MAGAZIN DER DGPPN



*Gesundheit
fängt im
Kopf an.*



DGPPN

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

WWW.DGPPN.DE

UNTER VIER AUGEN

Prof. W. Maier und
Prof. J. Vollmann im Gespräch
über ärztliche Zwangsmaß-
nahmen und die ethischen
Grundlagen der medizi-
nischen Praxis

DER RICHTER UND SEINE DENKER

DGPPN-Medienpreis 2012
für Christian Weber: Artikel
über die Arbeit psychiatrischer
Gutachter

DIE ZERZAUSTE REVOLUTION

Prof. Heinz Häfner autobio-
graphischer Blick auf die Vor-
bereitung, Durchführung
und Nachwehen der Psychia-
trie-Enquete

DIE THEMEN DIESER AUSGABE

WIE MÖCHTEN SIE PSYCHE IM FOKUS IN ZUKUNFT ERHALTEN?

Geben Sie uns Bescheid.
Seite 33

14

EDITORIAL

GESUNDHEITSPOLITIK

Prävention	4
Patientenautonomie	5
Patientenrechte	6
Versorgung	7
Neue Süchte	8
Psychopharmaka	9
Facharztweiterbildung	9

PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT

Der Richter und seine Denker	10
------------------------------	----

GESPRÄCH

Unter vier Augen: Wolfgang Maier im Gespräch mit Jochen Vollmann	14
--	----

HAUPTSTADTSYMPOSIUM

Rückblick Verhaltenssüchte	20
Ausblick Versorgung	21

DGPPN KONGRESS

Ausblick Kongress 2013	22
------------------------	----

ZUKUNFT

Junge Akademie der DGPPN	24
--------------------------	----

INSIDE DGPPN

Leitbild	26
Geschichte der DGPPN	26
Organisationsstruktur	28
Vorstand	29
Beirat	31
Geschäftsstelle	32
Referate	32
Mitgliedschaften der DGPPN	35
Kooperative Mitglieder	35
DGPPN-Preise	35

VON GESTERN FÜR HEUTE

Die Zersauste Revolution – Psychiatrie-Enquete	36
--	----

PSYCHIATRIE UND PHILOSOPHIE

Hirnmythologien?	
K. Jaspers Reduktionsmusikritik heute	41

IMPRESSUM

HERAUSGEBER:

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

Reinhardtstraße 27 B
D-10117 Berlin

Tel.: 030-240 477 20

Fax: 030-240 477 229

E-Mail: pressestelle@dgppn.de

Präsident

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier
(V.i.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:

16000 Exemplare

ERSCHEINT:

Vierteljährlich

ABBILDUNGEN

FOTOLIA: Seite 2 mittleres und unteres Bild, Seite 4, 5, 8, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 36, 37, 43; THINKSTOCK: Titelbild DGPPN: Seite 2 erstes Bild, Seite 29-32; DPA: Seite 6, 7; Gero Ulmrich, magenta Werbeagentur, Mannheim: Seite 40; Z1 Mannheim, Kommunikation & Medien: Bild v. M. Bohus; PAPANFUSS: Seite 14, 16, 19

GESTALTUNG:

PAPANFUSS

ATELIER FÜR GESTALTUNG

Weimar, www.atelierpappenfuss.de

DRUCK:

Springer-Verlag Heidelberg



24

36

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

Ppsychische Gesundheit und Wohlbefinden und psychische Krankheiten rücken immer mehr in den Fokus der öffentlichen Wahrnehmung. Ob der demographische Wandel, die veränderten Anforderungen der modernen Arbeitswelt, die Auswirkungen der Neuen Medien, die neuen Therapiemöglichkeiten oder die Grenzen des Krankheitsbegriffs – kaum ein gesellschaftliches Thema wird heute unabhängig von psychischer Gesundheit diskutiert.

Angesichts der zunehmenden Sichtbarkeit psychischer Erkrankungen ist auch die DGPPN gefordert: Als wissenschaftliche Fachgesellschaft wollen wir informieren, aufklären und uns für die optimale Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen einsetzen. Mit unseren inzwischen über 7000 Mitgliedern sind wir sehr gut aufgestellt, um diese Aufgabe zusammen mit anderen wichtigen Akteuren des Gesundheitssystems kompetent und nachhaltig zu erfüllen.

Stärker denn je wollen wir uns mit unseren Themen deshalb auch an die Öffentlichkeit wenden. Wir haben uns entschlossen, ein Magazin zu gründen, das über unser gesundheits-, berufs- und gesellschaftspolitisches Engagement informieren soll: „Psyche im Fokus“. Das Magazin, das Sie in den Händen halten, wird in Zukunft vierteljährlich erscheinen und ist auf der Internetseite der DGPPN auch als praktisches ePaper abrufbar.

Lesen Sie in der ersten Ausgabe von „Psyche im Fokus“:

- Den Gewinnerbeitrag des DGPPN-Medienpreises in der Kategorie „Print“: „Der Richter und seine Denker“. Christian Weber von der Süddeutschen Zeitung schreibt über die Grenzen der Vorhersage menschlichen Verhaltens (S. 10).
- Ein Gespräch mit dem Medizinethiker Prof. Jochen Vollmann über ärztliche Kommunikation und Patientenautonomie (S. 14).
- Ein Zeitzeugenbericht des stellvertretenden Vorsitzenden der Psychiatrie-Enquete 1971–1975) Prof. Heinz Häfner über die Gründe, den Verlauf und die Folgen dieses Meilensteins in der deutschen Nachkriegsgeschichte (S. 30).
- Ein Essay von Prof. Thomas Fuchs (S. 42) über Karl Jaspers' Zurückweisung von Wilhelm Griesingers Dogma „Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten“ – 100 Jahre nach Erscheinen der „Psychopathologie“.

Darüber hinaus berichten wir über vergangene und zukünftige Veranstaltungen der DGPPN, blicken auf den DGPPN Kongress 2013 und stellen Ihnen die DGPPN selbst noch einmal ausführlich vor.

Viel Freude bei der Lektüre wünscht Ihnen Ihr



Wolfgang Maier
Präsident DGPPN

PRÄVENTION

GESETZENTWURF STÄRKT BEDEUTUNG PRÄVENTIVER MASSNAHMEN UND DIE ROLLE DER ÄRZTE

Mitte Januar hatte das Bundesgesundheitsministerium einen ersten Referentenentwurf vorgelegt, am 20. März 2013 hat das Bundeskabinett den überarbeiteten Entwurf des Gesetzes zur Förderung der Prävention beschlossen. Nach Diskussion im Bundestag und Fachausschuss wird das Gesetz voraussichtlich im Sommer 2013 beschlossen. Damit werden die vorgelegten Eckpunkte für eine Nationale Präventionsstrategie gesetzlich verankert.



Bei der vorgesehenen gesetzlichen Neuregelung handelt sich nicht um eigenständiges Präventionsgesetz. Vielmehr werden die Leistungen im Sozialgesetzbuch V mit einer Reihe von neuen Schwerpunkten weiterentwickelt. So trägt das Gesetz den besonderen Bedürfnissen von Menschen unterschiedlicher Altersgruppen und von Menschen mit starken beruflichen oder familiären Belastungssituationen Rechnung. Ebenso rückt die betriebliche Gesundheitsförderung in den Fokus.

Die Krankenkassen sollen sich intensiver für die Gesundheitsförderung engagieren. Als Richtwert ist eine Ausgabenhöhe von jährlich 6 € pro Versichertem für primäre Prävention vorgesehen. Als

konkrete Handlungsfelder werden u.a. depressive Erkrankungen benannt sowie gesundes Altern. Zudem werden die Krankenkassen stärker als bisher in die Pflicht genommen, ärztliche Präventionsempfehlungen zu berücksichtigen.

Zur Qualitätssicherung soll der GKV-Spitzenverband konkrete Präventionsziele und Kriterien für die Zertifizierung von Präventionsangeboten der Krankenkassen festlegen. Eine „Ständige Präventionskonferenz“, die alle Akteure des Feldes vereint, soll alle vier Jahre über die Entwicklung dieser Präventionsziele und deren Umsetzung berichten. Das Gesetzgebungsverfahren soll bis Sommer 2013 abgeschlossen sein.

Prävention psychischer Störungen – zentrales Element in der Nationalen Präventionsstrategie

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

DIE POSITION DER DGPPN

Die DGPPN unterstützt die Neuausrichtung der nationalen Präventionsstrategie, insbesondere die vorgesehene „Stärkung der medizinischen Vorsorgeleistungen“ und die „Praxisorientierte Fortentwicklung der Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen“. Auch die Verständigung auf gemeinsame Gesundheitsförderungs- und Präventionsziele ist sehr zu begrüßen. Dabei muss die Prävention psychischer Störungen eine zentrale Rolle spielen und sollte in einem Aktionsplan Prävention psychischer Erkrankungen manifestiert werden.

Forderungen der DGPPN:

- Die Primärprävention ist zentral im medizinischen Versorgungssystem

anzusiedeln – sowohl im haus- als auch im fachärztlichen Bereich.

- Psychische Gesundheit muss wichtiges Ziel einer Präventionsstrategie sein. Prävention ist ärztliche Aufgabe: Fachärzte für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde sind die Experten für die Prävention psychischer Störungen.
- Der personelle Ausbau bereits vorhandener gemeindenaher Versorgungsstrukturen ist für eine fachlich fundierte und wirkungsvolle Prävention notwendig. Um wirksame Präventionsstrategien für psychische Störungen zu entwickeln, ist die Gründung eines Deutschen Zentrums für psychische Erkrankung dringend empfehlenswert.

PATIENTENAUTONOMIE

NEUES GESETZ BEENDET PHASE DER RECHTSUNSICHERHEIT

Am 01.02.2013 hat das „Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme“ den Bundesrat passiert. Damit wird eine lange Phase der Rechtsunsicherheit beendet.

Das neue Gesetz regelt im Rahmen des Betreuungsrechts die Voraussetzungen, unter denen in begründeten Fällen eine Behandlung gegen den so genannten natürlichen Willen des Betroffenen möglich ist. Die Neuregelung des Betreuungsgesetzes wurde erforderlich, nachdem das Bundesverfassungsgericht eine ärztliche Zwangsmaßnahme bei psychisch Kranken mit selbst- und fremdgefährdenden Verhaltensweisen in den Beschlüssen vom 23.03.2011 und vom 12.10.2011 als nicht verfassungskonform erklärt hatte.

Die Verordnung zeigt einen transparenten, praxisgerechten und rechtlich überprüfbaren Weg auf. Die bei-

den Eckpfeiler sind: Vorrang für Patientenautonomie und die Möglichkeit der Zwangsbehandlung zur Abwendung von erheblichem gesundheitlichen Schaden auch bei fehlender Fähigkeit zur Selbstbestimmung. Gültige Patientenverfügungen haben aber stets Vorrang. Die angesprochenen Urteile des Bundesverfassungsgerichtes und des Bundesgerichtshofes zwingen auch zu einer Überprüfung der Verfassungsmäßigkeit gegenwärtiger Landes-Psychiatriegesetze.



DIE POSITION DER DGPPN

Die DGPPN begrüßt die Neuregelung ärztlicher Zwangsmaßnahmen, da sie den Persönlichkeitsrechten des betroffenen Patienten sowie der im Einzelfall aus medizinischer Sicht bestehenden dringenden Behandlungsindikation zur Abwehr eines drohenden erheblichen Gesundheitsschadens gleichermaßen gerecht wird. Die DGPPN hat mit der Task Force Patientenautonomie die Politik im Änderungsprozess beraten. Nun gilt es, die Umsetzung des Gesetzes gemeinsam mit ACKPA und BDK kritisch zu begleiten.

Beurteilung des Gesetzes:

- Das Gesetz zeigt einen transparenten, praxisgerechten und rechtlich überprüfbaren Weg auf.
- Die Entscheidung über die Notwendigkeit der ärztlichen Zwangsmaßnahmen wird in einem transparenten Verfahren von Behandelnden, Sachverständigen, Betreuern und Betreuungsgericht getroffen.
- Behandlungen gegen den natürlichen Willen sind eine Ultima Ratio-Option und nur nach Ausschöpfen anderer Möglichkeiten zulässig.
- Ärztliche Zwangsmaßnahmen können nur im stationären Setting und im Rahmen einer gerichtlich vorgenommenen Unterbringung nach Betreuungsrecht erfolgen.
- Entscheidend ist weiterhin, dass solche Maßnahmen in Übereinstimmung mit einer Vorausverfügung des Betroffenen im einsichtsfähigen Zustand, einer Patientenverfügung, zu treffen sind.

Gesetzliche Neuregelung schafft neuen Handlungsrahmen

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

PATIENTENRECHTE

WAS HAT SICH GEÄNDERT?

Ende Februar ist das neue „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ in Kraft getreten. Es soll für Transparenz sorgen, Rechtsklarheit schaffen und die Stellung des Patienten im Gesundheitssystem stärken.



Wer sich als Patient über seine Rechtsansprüche informieren wollte, stand vor keiner einfachen Aufgabe. Die Patientenrechte waren auf viele unterschiedliche Gesetze verteilt und wurden durch Gerichtsurteile immer stärker ausdifferenziert. Gerade Laien waren oftmals überfordert, sich hier einen Überblick zu verschaffen. Das neue Patientenrechtegesetz schafft nun Abhilfe. Es bündelt in großen Teilen die bisher verstreuten Patientenrechte im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB). Zentrales Element ist der neue Behandlungsvertrag, der die Beziehung zwischen Behandelnden und Patient regelt. Der Anwendungsbereich beschränkt sich dabei nicht auf die Behandlung durch die Angehörigen der Heilberufe wie Ärzte, Zahnärzte und Psychotherapeuten, sondern erfasst auch die Angehörigen der weiteren Gesundheitsberufe wie Heilpraktiker, Physiotherapeuten und Hebammen.

INFORMATIONSD- UND AUFKLÄRUNGSPFLICHT

Ein Schwerpunkt des neuen Patientenrechtegesetzes liegt auf der Aufklärungspflicht. Patienten sollen verständlich und umfassend über Untersuchungen, Diagnosen und Therapien, deren erwünschte und unerwünschte Wirkungen, informiert werden. Vor einem Eingriff müssen die Behandelnden in einem persönlichen Gespräch ausführlich über mögliche Risiken und Alternativen aufklären. Die Informationspflicht bezieht sich auch auf die wirtschaftlichen Aspekte der Behandlung: So ist auch auf solche Kosten hinzuweisen, welche die Krankenkassen möglicherweise nicht erstatten. *Weiter auf nächster Seite >>*

Wichtiges Gesetz trotz inhaltlicher Lücken

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

DIE POSITION DER DGPPN

Aus Sicht der DGPPN ist sehr zu begrüßen, dass das Verhältnis zwischen Patient, Arzt und Krankenkassen im neuen Gesetz umfassend geregelt wurde und die Rechte der Patienten gestärkt wurden. Dabei ergeben sich folgende Einschränkungen:

- Der zentrale Begriff der Einwilligungsfähigkeit wird nicht bestimmt.
- Beim Vorliegen von einer Patientenverfügung ist weiter offen, ob dies den behandelnden Arzt direkt veranlassen muss, von der Behandlung abzusehen, oder ob sich die Anweisung an den Betreuer richtet, der sie dann umzusetzen hat.
- Es fehlen Bestimmungen zu Behandlungsvereinbarungen, die gerade in der Psychiatrie sehr wichtig sind.
- Zu monieren ist, dass die „besonderen Umstände“, durch die die Aufklärung des Patienten ausnahmsweise entbehrlich werden kann, nur ungenügend definiert werden.

EINSICHTNAHME IN DIE PATIENTENAKTE

Neu werden Patienten noch stärker in das Behandlungsgeschehen einbezogen. Der Behandelnde muss dem Patienten genügend Zeit zur Entscheidungsfindung einräumen. Zudem erhalten Patienten das Recht auf Einsicht in ihre vollständige Patientenakte – sofern keine erheblichen therapeutischen Gründe entgegenstehen. Die Behandelnden sind dazu verpflichtet, die Patientenakten sorgfältig zu führen und dieses mindestens 10 Jahre aufzubewahren.

BEWEISLASTUMKEHR BEI GROBEN FEHLERN

Neben dieser Neuerung beinhaltet das neue Patientenrechtegesetz auch eine Neuerung bei der Beweislast in Arzthaftungsprozessen. Diese erleichtert es Patienten, ihr Recht bei einem Behandlungsfehler durchzusetzen. Zwar müssen sie bei einfachen Behandlungsfehlern weiterhin beweisen, dass sie durch einen Arztfehler geschädigt worden sind. Doch bei groben Fehlern muss künftig der Arzt nachweisen, dass er für den entstandenen Schaden nicht zur Verantwortung gezogen werden kann.

VERSORGUNG

NEUE BEDARFSPLANUNGS-RICHTLINIEN

Das Versorgungsstrukturgesetz, das seit dem 01. Januar 2012 in Kraft ist, sollte dazu beitragen, die medizinische Versorgung der Bürger bedarfsgerecht zu planen, wohnortsnah vorzuhalten und insbesondere in strukturschwachen Gebieten zu verbessern.

Hierzu zählt vor allem der Ausgleich der Über- bzw. Unterversorgung im ambulanten Bereich. Im Rahmen des Versorgungsstrukturgesetzes ging der Auftrag an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), neue Regeln für die Zulassung von niedergelassenen Ärzten und Psychologischen Psychotherapeuten zu erlassen, welche fristgerecht mit den neuen Bedarfsplanungs-Richtlinien verabschiedet wurden und zum 01. Januar 2013 in Kraft traten. Damit würden „die Zulassungsmöglichkeiten von Ärztinnen und Ärzten in ländlichen Regionen verbessert und [...] Verteilungsprobleme in der ärztlichen Versorgung zielgerichtet angegangen“, sagte Josef Hecken, unparteiischer Vorsitzender des G-BA, in Berlin. Der G-BA betont weiterhin, dass auf Basis der neuen Bedarfsplanung ca. 1300 neue psychotherapeutische Praxen in ländlichen Gebieten geschaffen werden können, was die

Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in diesen Gebieten deutlich verbessern würde. Gleichzeitig können jedoch in den überversorgten, meist urbanen Gebieten überzählige Kassensitze von den Krankenkassen aufgekauft und potentiell stillgelegt werden. Eine Überversorgung wird für Facharztgruppen und Regionstypen durch so genannte „Allgemeine Verhältniszahlen“ (Einwohner je Arzt) definiert. So gilt etwa ein Hausarzt zu 1 671 Einwohnern, ein Nervenarzt zu 13 745 Einwohnern, ein Psychotherapeut zu 3 079 Einwohnern und ein Transfusionsmediziner zu 1 322 452 Einwohnern als optimale Versorgungsquote. Kriterien wie die Wartezeiten für Erstgespräch/Therapie, die Entwicklung der Prävalenzzahlen psychischer Erkrankungen oder auch der unterschiedlich hohe Patientendurchsatz bei Psychiatern und Psychotherapeuten werden bei der Definition der Verhältniszahlen Arzt/Einwohner bisher nicht berücksichtigt.



Die DGPPN beobachtet die Auswirkungen des neuen Gesetzes und wird die beiden Berufsverbände BVDN und BVDP tatkräftig bei notwendigen Initiativen unterstützen.

NEUE SÜCHTE

GLÜCKSSPIEL-, INTERNET-, COMPUTERSPIELSUCHT: WACHSENDE PROBLEMFELDER

Sucht kann auch ohne Konsum psychotroper Substanzen entstehen. Viele Menschen betreiben in einem so exzessiven Maße Verhaltensweisen wie Glücksspiel und Internetnutzung, dass sie die Kontrolle verlieren und in ihrem sozialen und beruflichen Leben stark eingeschränkt sind.



¹ repräsentative Studie zur Prävalenz der Internetabhängigkeit (PINTA) in Deutschland.

Laut der PINTA-Studie¹ gelten in der Altersgruppe der 14- bis 64-jährigen schätzungsweise 560.000 Menschen in Deutschland als internetabhängig, weitere 2,5 Mio. Menschen sind problematische Nutzer. Angesichts dieser Zahlen sieht die Politik dringenden Handlungsbedarf und so wurden Verhaltenssuchte im Drogenbericht der Bundesregierung vom Mai 2012 erstmals prominent aufgegriffen. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Mechthild Dyckmans stellte ihre Jahrestagung im vergangenen Jahr unter das Motto „Wenn aus Spaß Ernst wird – Exzessive und pathologische Computerspiel-

und Internetnutzung“ und diskutierte mit Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Versorgung den Stand der Forschung, sowie Möglichkeiten der Prävention und erfolgreiche Behandlungsansätze.

Die DGPPN arbeitete von Anfang an eng mit der Politik zusammen und gründete eine Task Force, um die Diagnostik, Behandlung und Prävention von Verhaltenssuchten zu verbessern. Im Rahmen ihres Hauptstadtsymposiums „Verloren im Netz? Verhaltenssuchte und ihre Folgen“ am 27.02.2013 in Berlin, stellten sie ihre Ergebnisse erstmals einer breiten Öffentlichkeit vor.

Sucht ohne Drogen: Intensive fachliche Beschäftigung mit Verhaltenssuchten dringend notwendig

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

DIE POSITION DER DGPPN

In einem Eckpunktepapier fordert die DGPPN die verstärkte fachliche Beschäftigung mit den Verhaltenssuchten bzw. ihrer Klassifikation, Diagnostik und Behandlung auf der Basis öffentlicher Förderung. Die Politik ist gefordert, Aufklärungsmaßnahmen flächendeckend einzuführen, Angebote für Betroffene zu schaffen sowie verstärkt in die Entwicklung von Präventionsmaßnahmen zu investieren.

- Die DGPPN begrüßt die Berücksichtigung der Verhaltenssuchte in den internationalen Klassifikationssystemen.
- Der Suchtbegriff darf jedoch nicht inflationär ausgeweitet werden:

Nicht jede Leidenschaft bedeutet Abhängigkeit. Von Sucht soll nur gesprochen werden, wenn klare Befunde vorliegen und ein Leidensdruck besteht.

- Was im Rahmen des Glücksspielstaatsvertrages bereits umgesetzt wurde, ist für die weiteren Verhaltenssuchte zu schaffen: eine flächendeckende qualifizierte Beratungsstruktur mit klaren Impulsen für Forschung, Praxis und Prävention.
- Es gilt, effiziente Kontrollmechanismen einzuführen und gleichzeitig verhaltenspräventive Maßnahmen zu fördern.

PSYCHOPHARMAKA

VERZERTE BERICHTERSTATTUNG ZU ANTIDEPRESSIVA

Für Zündstoff sorgte unlängst die Berichterstattung über Antidepressiva: Zuerst erhob die Süddeutsche Zeitung¹ schwere Korruptionsvorwürfe gegen die Pharmaindustrie, wenig später thematisierte die ARD² das Suizidrisiko im Zusammenhang mit Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI).

In den Beiträgen wird die Behauptung vertreten, dass Antidepressiva, insbesondere SSRI wie Fluoxetin oder Paroxetin, zu Suizidversuchen, Aggressivität und Gewaltbereitschaft führen können. Die-

se Risiken würden von den Herstellern seit vielen Jahren heruntergespielt, und sie machten die Verordnung dieser Substanzen unvermeidbar. Auch wenn die Berichterstattung vor allem die Pharmain-

dustrie an den Pranger stellte, warf sie insgesamt ein schiefes Licht auf die Psychiatrie und führte zu Verunsicherung bei Patientinnen und Patienten.

¹ Süddeutsche Zeitung: „Die Pille zum Glück“ (16.02.2013), ² ARD-Dokumentation: „Gefährliche Glückspillen“ (18.02.2013)

DIE POSITION DER DGPPN

Die DGPPN hat die jüngste Berichterstattung zum Anlass genommen, um über die Chancen und Risiken der Behandlung von Depressionen mit SSRI aufzuklären.

- Antidepressiva sind keine „Glückspillen“. Dieser Begriff, der manchmal auf SSRI angewandt wird, ist ebenso falsch wie stigmatisierend.
- Antidepressiva bewirken kein „Glück“, stattdessen beseitigen oder mindern sie die Krankheit „Depression“.

- Depressionen gehen grundsätzlich mit einem erhöhten Suizidrisiko einher. Die antidepressive Behandlung senkt die Suizidalität – das wurde insbesondere für SSRI belegt.
- Patienten können nicht aufgrund, sondern trotz der Behandlung mit SSRI Suizidtendenzen entwickeln oder suizidal handeln.
- Bei den Allermeisten zeigt die Behandlung die gewünschte Wirkung. Das ist für Erwachsene eindeutig durch empirische Forschung belegt. Uneinheitlich ist die Datenlage bei

Antidepressiva helfen Selbstmorde zu verhindern

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

Patienten unter 25 Jahren. Dort ist aufgrund des ohnehin erhöhten Suizidrisikos besondere Sensibilität in der antidepressiven Behandlung geboten. Daher sollte die Therapie nur durch Fachärzte erfolgen.

FACHARZTWEITERBILDUNG

NOVELLIERUNG BIETET CHANCEN

Der Deutsche Ärztetag hat die Bundesärztekammer beauftragt, eine kompetenzbasierte Novellierung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) vorzunehmen. Dabei ist auch die DGPPN gefordert: Bis zum 30.04.2013 sollen die Fachgesellschaften einen mit den Berufsverbänden abgestimmten, konsentierten Vorschlag unterbreiten.

Die Novellierung bietet die einmalige Chance, die Weiterbildung für angehende Fachärzte attraktiver zu gestalten und Nachteile gegenüber anderen Fachrichtungen auszuräumen. Handlungsbedarf besteht auf vielen Ebenen: So gilt es, die Weiterbildungsordnung zu entschlacken, strukturierte Weiterbildungspläne zu schaffen und auf unnötige Anforderungen – zum Beispiel in Bezug auf die Richtzahlen – zu verzichten.

DIE AKTIVITÄTEN DER DGPPN

Eine Arbeitsgruppe des Vorstands und der relevanten Referate überarbeitet derzeit die Weiterbildungsordnung für unser Fachgebiet. Wir haben dazu bereits wichtige Anregungen von engagierten Kolleginnen und Kollegen erhalten. Die-

se arbeiten wir zusammen mit den aus unserer Sicht notwendigen Anpassungen und Weiterentwicklungen der Weiterbildungszeit ein. Über das weitere Prozedere halten wir sie auf dem Laufenden.

DER RICHTER UND SEINE DENKER

Kriminalpsychiater machen Fehler und bleiben manchmal vage.

Doch wie gefährlich ein Mensch ist, beurteilen sie immer noch besser als jede Maschine.

Autor: Christian Weber

Eine halbe Stunde später hatte der Täter dann seinen Onkel getroffen. Dieser berichtete, er sei „wie immer“ gewesen. Erst nach und nach rekonstruierten die Ermittler, was geschehen war: Ein junger Mann im Wald lauert seinem Opfer auf; zwei Joggerinnen lässt er passieren. Die dritte wählt er aus.

„Selektionsvorgang“, sagt Frank Urbaniok, 49, Chefarzt des Psychiatrisch-Psychologischen Dienstes im Justizvollzug des Kantons Zürich.

Der Mann zieht das Mädchen vom Weg, schlägt mit der Faust zu, gerade so stark, dass es keinen Widerstand mehr leistet. Er fesselt und knebelt es, klebt ihm den Mund zu.

„Keine Gewalt aus Wut oder im Affekt, sondern sehr instrumentell und kontrolliert“, sagt Urbaniok.

Der Mann schleift sein Opfer zu einer Lichtung. Dort hatte er am Vortag ein paar störende Äste weggeschnitten.

„Offenbar bis ins Detail geplant.“

Als der Täter das Mädchen das erste Mal vergewaltigt, zieht er das Klebeband weg und den Knebel raus.

„Warum macht der das?“, fragt der Psychiater. „Der Mann ist ein Sadist. Er will Angstschreie hören, also dreht er den Ton an. Er braucht diese Reaktion des Opfers, um in sich selber die gewünschte Emotion zu erzeugen. Das Verhalten des Täters lässt sich analysieren wie ein Schachspiel.“

In seinem Gutachten hat Urbaniok gut 20 weitere Sequenzen präsentiert, die sich bis zur bestialischen Hinrichtung des Opfers in diesem realen, wenngleich leicht verfremdeten Fall abgespielt haben. Der Täter nutzte eine bestimmte Fesselungstechnik mit einem dicken Seil und einen mitgebrachten Schraubenzieher. „Ich sammle Puzzleteile, die sich dann irgendwann zu einem Muster zusammensetzen“, sagt Urbaniok.

„Es ist ein Handwerk.“

Frank Urbaniok ist ein typischer moderner Psychiater-Gutachter, der regelmäßig in Strafprozessen die Schuldfähigkeit und zukünftige Gefährlichkeit von Schwerverbrechern zu beurteilen hat. Er ist ein unkonventioneller Typ in Jeans und schwarzem T-Shirt, Ring im Ohr, Boxhandschuhe auf der Fensterbank. Und er hat eine Mission: Endgültig abzuschaffen seinen Zustände, in denen Psychiater „mit versteinertem Gesicht und Notizblock“ vor einem Straftäter sitzen und dann intuitiv ein Urteil fällen. „Voodoo-Psychiatrie“, schimpft Urbaniok und fordert streng wissenschaftliche Regeln: „Operationalisierung, Standardisierung, Transparenz, Plausibilität, Korrigierbarkeit – ein Gutachten darf keine Black Box sein.“

Es sind naheliegende Forderungen für eine Disziplin, deren Experten eine Macht haben wie in kaum einem anderen Lebensbereich. Mit ihren Gutachten entscheiden sie wesentlich darüber, wie viele Jahre ein Straftäter hinter Gitter oder in die Maßregelklinik muss, ob eine Tat als Totschlag oder Mord gewertet wird und ob ein Sicherungsverwahrter jemals wieder in Freiheit gelangt. Es ist eine Profession, die immer wieder in den Verdacht gerät, Fehlgutachten zu produzieren, die aber auch mühevoll versucht, ihre Methoden zu objektivieren.

„Operationalisierung, Standardisierung, Transparenz, Plausibilität, Korrigierbarkeit – ein Gutachten darf keine Black Box sein.“

Wie dringlich das ist, zeigt sich auch im Fall des 33-jährigen Anders Behring Breivik, der am 22. Juli des vergangenen Jahres in Norwegen 77 Menschen getötet hat und dessen Prozess am Montag in Oslo beginnt. Im November 2011 hatten die Psychiater Torgeir Husby und Synne Sørheim nach vielen Gesprächen mit ihm, seiner Mutter und der Analyse aller Polizeiverhöre in einem langen Gutachten argumentiert, Breivik leide an paranoider Schizophrenie. Das ist eine schwere psychische Störung, die sich durch Verfolgungswahn, akustische Halluzinationen und Ich-Störungen auszeichnet, also etwa dem Gefühl, die eigenen Gedanken seien fremdkontrolliert.

Das klingt plausibel, wenn man das Gutachten liest: Da wird beschrieben, wie Breivik sich vom 23. Lebensjahr an von seinen Freunden isoliert, zu seiner Mutter zieht, zu arbeiten aufhört, selbst auf die Hilfe des Arbeitsamtes verzichtet; wie er in den folgenden Jahren immer reizbarer wird; sich weigert, Essen entgegenzunehmen und offenbar zu Hause Mundschutz trägt. Den Gutachtern erscheint er als ein emotionsloser Mensch mit reduzierter Mimik und steifen Bewegungen, der ständig vom Bürgerkrieg schwafelt, dabei bizarre Wörter erfindet: „Nationaldarwinist“, „Suizidalmarxist“, „Rittervorsitzendengroßmeister“. Nach der Machtübernahme werde er als Sigurd Kreuzfahrer II. „Reservate“ für das norwegische Urvolk errichten und „Massenfabriken für Geburten“.

„Die paranoide Schizophrenie als schwerste psychische Krankheit ist leicht zu erkennen“, sagt Hans-Ludwig Kröber, 61, als Direktor der forensischen Psychiatrie der Charité in Berlin einer der bekanntesten Gutachter in Deutschland: „Etwa so

eindeutig wie metastasierter Lungenkrebs. Und sichtbar wie Parodontose.“ Wenn stimmt, was in dem Breivik-Gutachten geschildert wird, „dann kommt man an der Diagnose paranoide Schizophrenie kaum vorbei.“ Seltsam nur, dass vor wenigen Tagen ein zweites Gutachterteam Breivik zwar für dissozial und narzisstisch erklärte, nicht aber für psychotisch und unzurechnungsfähig.

Vielleicht zeigen sich hier die Grenzen eines Faches, dessen Vertreter immer noch weitgehend auf die Analyse von Verhalten und Aussagen angewiesen sind. Das erschwert besonders in Graubereichen die Diagnose. Es gibt eben bislang keine verlässlichen Biomarker, keinen Laborwert, keinen Tomographen, der verrät, was ein Menschenhirn denkt, ob es Stimmen hört oder halluziniert. „Und das wird sich zu meinen Lebzeiten nicht mehr ändern“, versichert Kröber.

„Es gibt eben bislang keine verlässlichen Biomarker, keinen Laborwert, keinen Tomographen, der verrät, was ein Menschenhirn denkt, ob es Stimmen hört oder halluziniert.“

Dieser Mangel an objektiven Methoden erklärt zum Teil, wieso noch immer zu viele mangelhafte Gutachten erstellt werden – trotz großer Anstrengungen der Fachgesellschaften, Experten fortzubilden. Immer wieder ergaben Stichprobenuntersuchungen, dass ein Großteil der Gutachten schon aus formalen Gründen mangelhaft ist. Da werden Akten nicht gelesen, Vergewaltiger nicht nach dem sexuellen Vorleben gefragt. Als offenes Geheimnis gilt, dass manch unsicherer Gutachter im Zweifelsfall fürs Wegschließen plädiert – schließlich können solche falsch-positiven Entscheide in aller Regel nicht durch die Wirklichkeit widerlegt werden. „Wenn ein Entlassener aber eine neue schwere Straftat tut, steht der Gutachter am nächsten Tag in der Zeitung“, sagt Jürgen Müller, einer der Leiter des zuständigen Referats der Fachgesellschaft DGPPN und Chefarzt der Asklepios-Klinik für forensische Psychiatrie und Psychotherapie in Göttingen.

Die Problematik falscher Gutachten versuchte der Jurist Michael Alex von der Universität Bochum 2010 zu quantifizieren: Er verfolgte eine Gruppe von 77 Straftätern, die auf richterlichen Beschluss gegen den Rat der Gutachter nicht in die nachträgliche Sicherungsverwahrung gesteckt wurden. Nur

vier von ihnen begingen in einem dreijährigen Beobachtungszeitraum so schwere Straftaten, dass sie doch in die Verwahrung kamen, 14 wurden zu Haftstrafen verurteilt. Dennoch ist strittig, was diese Zahlen bedeuten. So kennt die Studie weder Dunkelziffern noch Langzeitverläufe. Kröber bemerkt, die Stichprobe umfasse nicht die ganz harten Fälle, sondern eher solche, die auch die Gutachter als Grenzfälle einstufen. Vergleichbare Studien kommen bei hoch gefährlichen Tätern auf Rückfallraten von gut 30 Prozent.

Diese Quote mag man immer noch als inakzeptabel werten, doch muss man solche Zahlen auch statistisch richtig interpretieren. Wenn Gutachter bei 100 Mördern ein Rückfallrisiko von 70 Prozent kalkulieren, bedeutet dies auch bei völlig korrekter Prognose, dass 30 von ihnen nie wieder töten würden. Sitzen diese also zu Unrecht hinter Gittern? Nein, argumentiert der forensische Psychiater Norbert Leygraf. Ein Swimmingpool im Garten sei ja auch dann für Kinder gefährlich, wenn keines reinfällt. Genauso bleibe jeder 70-Prozent-Risiko-Täter dauerhaft gefährlich,

Wer von Gutachtern binäre Gut-oder-böse-Prognosen erwartet, verwechselt Menschen mit Uhrwerken und verkennt die Bedeutung von Zufall und Situation für die Begehung einer Tat. Es ist die Aufgabe der Richter und der Gesellschaft zu entscheiden, welches Rückfallrisiko sie bei einem Mörder ertragen möchten, der seine Strafe abgesehen hat: 70 Prozent vermutlich nicht. 50 Prozent? Sind 30 Prozent nicht auch schon ganz schön mutig? Im Zweifel für die ehemaligen Täter oder für die künftigen Opfer?

Dieses Dilemma kann kein Forensiker auflösen, auch wenn er nach besten Standards und neuesten Methoden begutachtet. Da helfen auch nicht die mittlerweile verbreiteten, gut validierten Checklisten, mit denen sich das durchschnittliche Rückfallrisiko berechnen lässt. Bekannt ist etwa die Psychopathy Checklist, die anhand der Ausprägung von 20 simplen Eigenschaften – etwa: pathologisches Lügen, parasitärer Lebensstil, Impulsivität, Promiskuität – einen Punktwert ermittelt, der den Grad der Psychopathie benennt und stark mit dem Rückfallrisiko korreliert. Maximal 40 Punkte sind zu erreichen, mit mehr als 25 Punkten gilt man als unheilbarer Psychopath.

„Man kann mit diesen Listen ein bestimmtes gefährliches Persönlichkeitsmuster erkennen“, sagt Kröber – aber der ein-

zelne Mensch kann immer noch ganz anders sein. „Es gibt Leute mit wenig Risikofaktoren, die hoch gefährlich sind“, und verweist auf den zuvor unauffälligen Bremerhavener Altenpfleger, der 2001 innerhalb von zwei Wochen fünf alte Damen ermordete, um sich und seiner Freundin eine Kreuzfahrt zu finanzieren. Umgekehrt berichtet Kröber über den Fall eines gefährlichen Mannes, eines Bauarbeiters, der sich ein Mädchen von der Straße griff und es in einem leerstehenden Altbau missbrauchte. Er hatte schon im Keller ein Grab für sein Opfer ausgehoben und ließ es dann doch frei. „Das ist der Grundrhythmus in unserer Branche, dass sich alle Taten allein durch die Person erklären ließen“, sagt Kröber. „Aber es gibt Wendungen des Geschehens, plötzlich auftauchende Möglichkeiten – den Zufall unterschätzen wir immer.“

Schon an diesem Problem scheitern die technischen Methoden der Neuroforschung, die in der Öffentlichkeit oft überschätzt werden. Einig ist sich die Profession lediglich, dass es sinnvoll sein kann, mit einem Scanner nach organischen Schäden zu suchen – „ob die „Hardware kaputt ist“, wie es Kröber formuliert –, etwa wegen eines Unfalls oder eines Tumors. Vor allem Verletzungen im Vorderhirn werden mit gesteigerter Aggressivität und Reizbarkeit in Verbindung gebracht, wobei häufig noch mit Anekdoten argumentiert wird. Mit Fällen wie dem des 40-jährigen Schullehrers, der plötzlich anfing, Kinderpornos zu sammeln und seine Stieftochter zu belästigen. Im Magnetresonanztomographen fand sich in seinem Stirnhirn ein Tumor, nach dessen Entfernung die sexuelle Fehlsteuerung nachließ. Als der Trieb nach einigen Monaten wiederkam, verbunden mit starken Kopfschmerzen, zeigte der MRI-Scan wieder Tumorwachstum. Und nach einer erneuten Operation besserte sich auch wieder sein Verhalten. Vermutlich hatte der Tumor verhindert, dass die zuständigen Regionen im präfrontalen Cortex seinen Trieb hemmten, der aus anderen Abgründen seines Gehirns stammt. Doch derartige organische Hirnschäden finden sich äußerst selten bei Straffälligen, ihre Anzahl liegt im niedrigen einstelligen Prozentbereich, relevant nur für die Ausschlussdiagnostik.

Spannender ist die Frage, ob man mit dem Hirnscanner auch Menschen beurteilen könnte, die weder Unfall noch Krankheit hatten: Gibt es das vom Geburt an gefährliche Ge-

hirn? Lässt sich anhand von Scans ein Anders Breivik aussortieren, bevor er einen Mord begeht? Hans-Ludwig Kröber hat für solche Versprechen nur zwei Wörter übrig: „grober Unfug“. Zwar finden sich Belege, dass es vermutlich auch angeborene Veranlagungen und Genmutationen gibt, die in Kombination mit schlechten Umwelteinflüssen antisoziales Verhalten fördern. Tatsächlich finden Neuroforscher in den Gehirnen erwiesener Psychopathen immer wieder Auffälligkeiten. Schwerverbrecher sind demnach im statistischen Mittel eher hypofrontal, ihr Gehirn ist im Stirnbereich oft verkleinert.

Doch so interessant solche Ergebnisse für die Grundlagen-

DGPPN-MEDIENPREIS FÜR „DER RICHTER UND SEINE DENKER“

In kaum einem Bereich ist das Bild, das sich die Öffentlichkeit von der Psychiatrie macht, so verzerrt wie in der Forensik. Die verkaufsorientierte Ausrichtung der Medien führt dazu, dass die Gesellschaft nicht sachlich über psychisch kranke Straftäter informiert wird. Der Informationsgehalt der deutschen Medienberichte wird zunehmend zugunsten des Unterhaltungswertes vernachlässigt. Gleichzeitig nimmt die Gewaltberichterstattung in den Boulevardmedien zu.

So werden gängige Vorurteile über psychisch kranke Straftäter – aber auch über psychisch erkrankte Menschen und die Psychiatrie im Allgemeinen – verstärkt; etwa indem bestimmte psychische Krankheiten, wie die Schizophrenie, mit Gefährlichkeit und Gewalttä-

tigkeit gleichgesetzt werden. Die DGPPN engagiert sich für hochwertigen Qualitätsjournalismus und zeichnet jährlich Journalisten mit dem Medienpreis für Wissenschaftsjournalismus auf dem DGPPN Kongress in den Kategorien Printmedien und TV/Hörfunk aus. Der aktuelle Preisträger ist Christian Weber von der Süddeutschen Zeitung, Ressort Wissen – einem der letzten Wissenschaftsressorts deutscher Printmedien. Er hat unter anderem mit dem vorliegenden Essay „Der Richter und seine Denker“, für den er mit dem Medienpreis ausgezeichnet wurde, ein realistisches Bild der Psychiatrie in die deutsche Öffentlichkeit getragen.

forschung sind, für die forensische Begutachtung und den Gerichtssaal sind sie derzeit und wahrscheinlich auch in Zukunft irrelevant. Dummerweise verhält es sich nämlich so, dass längst nicht jeder schwere Gewalttäter diese Gehirnauffälligkeiten hat, und umgekehrt gibt es jede Menge Hypofrontale, die ein normales Leben führen. „Ich habe selber ein hypofrontales Gehirn“, gesteht Kröber.

„Die modernen bildgebenden Verfahren helfen, eine Krankheit zu verstehen; für die Frage der Schuldfähigkeit haben sie keine große Bedeutung“, sagt selbst Jürgen Müller aus Göttingen, ein neurobiologisch orientierter Forscher. „Wir finden in der Routinediagnostik bei über 20 Prozent der Bevölkerung Auffälligkeiten im Hirnbild, ohne dass es irgendeine Relevanz hätte.“

Kröber stellt deshalb die Psychopathensuche per Scanner grundsätzlich in Frage. „Ich identifiziere einen Psychopathen viel schneller, wenn ich in die Akten schaue und feststelle, dass er seit Jahren anderen Menschen die Zähne ausschlägt, als wenn er irgendwo 0,3 Prozent weniger im Hirn hat als andere.“ Die Bemühung vor allem von US-Anwälten, ihre Serienmörder-Klientel mit einer Scanner-Diagnose vor dem elektrischen Stuhl zu retten, sehen Forscher äußerst kritisch.

Müller setzt eher auf andere Methoden, etwa eine Koppung von Kernspin und Blickbewegungsmessung, mit der man ermitteln kann, wie ein Pädophiler auf einschlägige Bilder reagiert. So könnte man vielleicht in Zukunft Therapieerfolge erkennen. Zudem wäre die Methode angenehmer für den Probanden als die übliche Phallometrie, bei der die Penis-schwelung angesichts erotischer Bilder mit einer Manschette gemessen wird.

Selbst wenn die psychiatrische Diagnose eines Tages tatsächlich per Hirnscanner gelingt, ob bei der dissozialen Persönlichkeitsstörung oder bei der paranoiden Schizophrenie, ist die Frage nach der zukünftigen Gefährlichkeit eines Menschen nicht geklärt.

Psychiater sind sich weitgehend einig, dass zumindest leicht subklinische Psychopathen keineswegs immer zuschlagen und morden, sondern vielleicht gerade wegen ihres Charakters den Vorstandsposten erklimmen. Forscher sind sogar der Ansicht, dass auch eine schwere psychiatrische Störung wie die paranoide Schizophrenie nicht automatisch auf Gefährlichkeit und völlige Unzurechnungsfähigkeit schließen lässt. Zwar töten Schizophrene zehnmal so häufig wie geistig gesunde Menschen. Doch ist auch bei Ihnen die absolute Zahl der Delikte äußerst gering.

„Wer von Gutachtern binäre Gut-oder-böse-Prognosen erwartet, verwechselt Menschen mit Uhrwerken und verkennt die Bedeutung von Zufall und Situation für die Begehung einer Tat.“

„Es geht immer um das Verhalten im Einzelfall“, betont Frank Urbaniok und schildert ein leicht abgewandeltes Beispiel aus seiner Praxis: Ein schizophrener Mann, wütend über all die Schweine auf den Straßen, die immer über ihn reden. Eines Tages marschiert er los, klemmt sich eine Flasche Rotwein unter den Arm. Geht in einen Baumarkt. Wieder so Schweine, wieder dumme Bemerkungen. Er greift sich ein Messer aus dem Regal und sticht drei Menschen tot. „Ich habe ihm eine hochgradige Verminderung gegeben, aber keine Schuldunfähigkeit, denn der wusste, das ist nicht in Ordnung“, erklärt Urbaniok. „Es gibt Schizophrene, die hören wirklich die Stimmen, die befehlen, den Teufel da drüben zu töten; andere aber nutzen ihre Diagnose nur als Vorwand, um einen Bankraub zu begehen.“

Ganz ähnliche Fragen stellen sich auch im Fall Breivik. Selbst wenn ihm endgültig eine Schizophrenie bescheinigt wird, geht es doch um seinen Zustand an dem bösen Tag auf der Insel Utøya. Auch Psychosen können episodisch verlaufen und Momente der Klarheit und Verantwortung erlauben. So stellen sich letztlich immer wieder die alten Fragen der Kriminalpsychiatrie: War ein Mensch während der Tat schuld-fähig oder nicht? Ist er verrückt oder böse? Mad or bad? Und wie sieht die Prognose aus? So kommen die Gutachter auch im Zeitalter der Hirnforschung und der computergestützten Kriminalistik nicht um ihr klassisches Handwerkszeug herum. Sie werden stundenlang in Aktenordnern lesen, nach Tatmustern und Persönlichkeitsmerkmalen suchen und prüfen, wie alles zusammenpasst.

„So kommen die Gutachter auch im Zeitalter der Hirnforschung und der computergestützten Kriminalistik nicht um ihr klassisches Handwerkszeug herum.“

Sie werden die Täter im Gefängnis aufsuchen – zwei Stühle, ein Tisch – und ihnen Fragen stellen: „Wie fühlen Sie sich?“ oder: „Erzählen Sie mal von Ihrer Familie.“ Später werden sie dann über die Tat reden, manchmal fünf Stunden, manchmal 15 Stunden oder mehr. „Es geht um den Live-Mitschnitt des Geschehens“, sagt Urbaniok. Danach wird addiert: Wie geplant war das, wie überlegt? Wie ruhig hat er getötet, welche psychischen Funktionen waren während der Tat intakt – in der Wahrnehmung der Geschehnisse, in der Beurteilung? Die Gutachter werden manchmal Sympathie empfinden und es manchmal kaum ertragen können, so wie Kröber damals, als ein Kindsmörderer ihm lächelnd erzählte, wie ein kleiner Junge ihm 20 Pfennig anbot, damit er ihn laufen ließe. Die Täter werden selten schweigen, Gesunde werden manchmal Geisteskrankheit simulieren, Schizophrene werden ihre Normalität behaupten; viele werden lügen, was meist entlarvt wird.

Denn die Gutachter werden die Widersprüche aufspüren und die Täter mit ihnen konfrontieren. Urbaniok etwa sollte den eingangs erwähnten Mädchenmörder nach Abbüßung seiner Jugendstrafen begutachten, da war ihm ein Detail in den Akten aufgefallen.

„Wieso eigentlich führen Sie ein Seil im Kofferraum Ihres Autos mit sich?“

„Ja, das hab' ich gebraucht als Abschleppseil.“

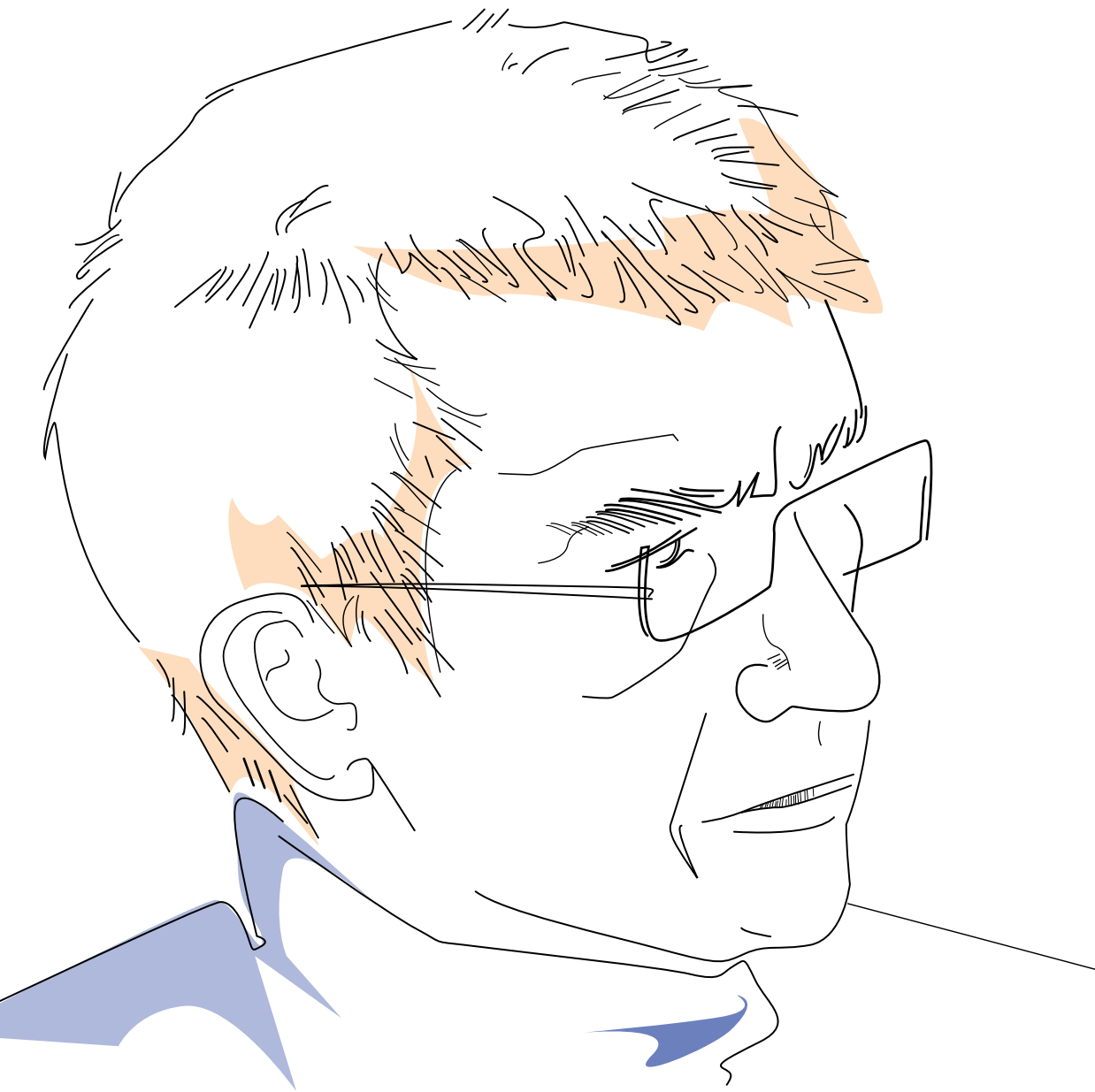
„Und Sie haben keine Assoziation an Ihre Tat, wenn Sie auf das Seil schauen?“

„Ja, wenn ich jemanden mit dem Messer umgebracht hätte, bräuhete ich trotzdem ein Messer zum Brotschneiden.“

„Was fühlen Sie, wenn Sie an die Tat denken?“

„Lassen Sie mich mit dem alten Scheiß in Ruh'.“

Er hat keine gute Prognose bekommen.



UNTER VIER AUGEN

Prof. W. Maier und Prof. J. Vollmann im Gespräch

„DIE IDEE DER MEDIZINETHIK LIEGT DARIN, DASS MAN MIT KONFLIKTEN BESSER UMGEHEN KANN, WENN MAN EMPIRISCH INFORMIERT IST UND SICH AUF DIESER BASIS MIT HILFE DES ETHISCHEN ARGUMENTS DARÜBER VERSTÄNDIGT, WAS FÜR ODER GEGEN EINE KONKRETE TAT SPRICHT.“

PROF. J. VOLLMANN

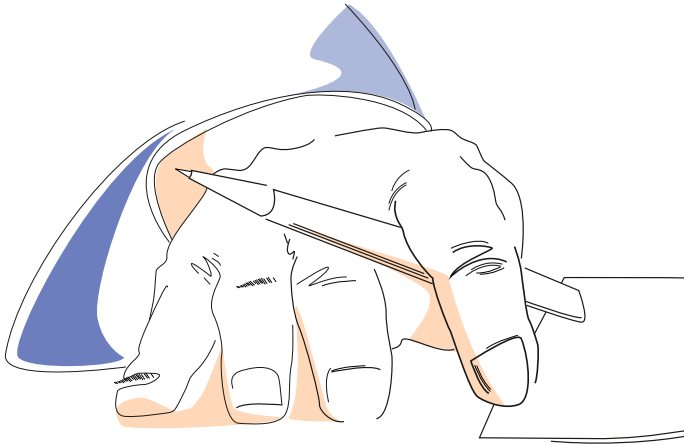
Die Diskussionen um Patientenautonomie haben in den letzten Monaten die breite Öffentlichkeit wie auch die Fachwelt beschäftigt. Der Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde hatte sich in mehreren Symposien, Gesprächen und Stellungnahmen mit den rechtlichen wie auch ethischen Fragen auseinandergesetzt. Zu Beginn dieses Jahres wurde nun eine Task Force „Ethik in Psychiatrie und Psychotherapie“ eingesetzt, um die ethisch wissenschaftlichen Fragen mit breiter Fachkompetenz zu bearbeiten und Gesetzgebungs- und gesellschaftliche Meinungsbildungsprozesse proaktiv auf der Basis philosophisch reflektierter Positionen mitzugestalten. Dort soll zum einen ein tieferes Verständnis des eigenen ärztlich-psychiatrischen Handelns erarbeitet und zum anderen die Grundlage für eine bessere psychiatrische Praxis geschaffen werden. Die Task Force ist wissenschaftlich unabhängig und interdisziplinär zusammengesetzt. Momentan beschäftigt sie sich mit der Erarbeitung einer ethischen Position zum Themenkreis Zwangsmaßnahmen, Patientenverfügung, Einwilligungsfähigkeit und Willensfreiheit. Vorsitzende der Task Force sind Prof. Dr. med. Dr. phil. Jochen Vollmann von der Ruhr-Universität Bochum und Prof. Dr. med. Dr. phil. Henrik Walter von der Charité Universitätsmedizin Berlin.

Der Präsident der DGPPN Prof. Dr. Wolfgang Maier nahm die Neugründung der Task Force zum Anlass, mit dem Vorsitzenden der Task Force, Prof. Dr. Jochen Vollmann, über die ethischen Grundlagen der medizinischen Praxis im Allgemeinen und der Debatte um ärztliche Zwangsmaßnahmen im Besonderen zu sprechen.

WM: Welchen Stellenwert nimmt die Medizinethik, die manchen als abstrakte Wissenschaft gilt, im klinischen Alltag ein?

JV: In der praktischen Arbeit von Ärzten und Psychiatern sind Wertfragen omnipräsent, denn die allermeisten klinischen Handlungsfelder, Situationen und Probleme beinhalten einen ethischen Aspekt. Gleichzeitig werden die meisten solcher Situationen mit Hilfe der eigenen moralischen Intuition völlig richtig und zufriedenstellend gelöst. Wer also glaubt, dass Ethik im Alltag der Psychiatrie etwas vollkommen Akademisches oder Theoretisches sei, liegt ganz falsch. Und dennoch gibt es natürlich einzelne Situationen, in denen es ein ethisches Entscheidungsproblem gibt, das nicht auf Anhieb zu lösen ist. Zum Beispiel wenn es zwischen Patient und Arzt oder auch innerhalb eines Behandlungsteams verschiedene Sichtweisen bezüglich der weiteren Vorgehensweise gibt. Hier kann die Ethik als wissenschaftliche Reflektionsmöglichkeit zur Anwendung kommen. Die Idee der Medizinethik liegt darin, dass man mit Konflikten besser umgehen kann, wenn man empirisch wohl informiert ist und sich auf dieser Basis mit Hilfe des ethischen Arguments darüber verständigt, was für oder gegen eine konkrete Tat spricht. Die Alternative wäre also, den Konflikt entweder durch das Recht des Stärkeren oder gar nicht zu lösen, was ja im Klinischen Alltag oft vorkommt. Und in diesen Situationen kann die Ethik als normative Wissenschaft in der klinischen Praxis weiterhelfen.

WM: Die wichtigste Einheit der ärztlichen Kommunikation besteht aus Arzt und Patient. Hier wurden in der Vergangenheit dahingehend große Fortschritte erreicht, dass Behandlungsentscheidungen heute in aller Regel im Sinne eines shared-decision-making zwischen Arzt und Patienten getroffen werden. Nun setzt diese heute gängige Behandlungspraxis aber die grundsätzliche Verständigungsmöglichkeit zwischen den beiden Behandelnden voraus. Eine Bedingung, die auf Seiten des Arztes auf Grund von knappen Zeit- und Behandlungsressourcen oder auch aufgrund fehlender kommunikativer Fähigkeiten nicht immer gegeben ist. Deshalb versuchen wir letzteren Aspekt in der Aus- und Weiterbildung unbedingt zu beachten. Auf Seiten



des Patienten aber fehlt die Verständigungsmöglichkeit, wenn er nicht aufnahme- oder einwilligungsfähig ist.

JV: Nun ist der erste Fall, die Verständigung im Sinne des shared-decision-making, glücklicherweise der Regelfall. Die Amerikaner sprechen hier sogar von „Aushandeln“ (negotiation) zwischen zwei Vertragspartnern, denn auch wenn etwas medizinisch indiziert ist, soll der Patient sich dagegen entscheiden dürfen. Auf der anderen Seite heißt das nicht, dass der selbstbestimmte Patient sich seine Behandlung einfach aussuchen kann und der Arzt zum reinen Dienstleister wird. Denn der Arzt hat die professionelle Aufgabe, seine Fachkenntnisse im Sinne seiner berufsethischen Verpflichtungen einzusetzen.

WM: Das Modell des informed consent (Patient wird informiert, Patient wird Behandlung vorgeschlagen, Patient stimmt zu/nicht zu), über das wir hier sprechen, ist aber ja eigentlich nicht das vollständige Verständigungsmodell. Es wird zwar über die Risiken und Möglichkeiten von bestimmten Behandlungsoptionen beraten, aber Alternativen werden nicht systematisch erwogen.

JV: Dass es sich hierbei um eine engere Form eines Verständigungsprozesses handelt, wird sprachlich durch das Wort „consent“ (Einwilligung) deutlich. Die Zustimmung des Patienten wird präjudiziert. Dagegen sollte es immer auch um die Qualität des selbstbestimmten Entscheidens gehen. Deshalb spricht man in der Medizinethik heute auch nicht mehr von einer Einwilligungsfähigkeit, sondern neutraler von einer

Selbstbestimmungsfähigkeit, wo offen bleibt, ob der Patient am Ende einwilligt oder sich dagegen entscheidet. Die Aufklärung über Alternativen zur empfohlenen Behandlung ist aber in den heutigen Standards durchaus enthalten und insofern sind die Modelle der selbstbestimmten Entscheidung und des shared-decision-making nicht sehr weit voneinander entfernt und haben große Schnittmengen. Im Gegensatz zum Modell des shared-decision-making hat das informative Modell, bei dem der Patient als reines Vernunftswesen verstanden wird, einen großen blinden Fleck. Denn der Patient verbindet einen Arztbesuch nicht nur mit dem Bedürfnis der intellektuellen Aufklärung, sondern er möchte sich in seiner hilfeschreitenden Position verstanden und gut aufgehoben fühlen. Diese emotionalen und sozialen Aspekte des Arztbesuchs sollten unbedingt berücksichtigt werden.

Denn der Patient verbindet einen Arztbesuch nicht nur mit dem Bedürfnis der rationalen Aufklärung, sondern er möchte sich in seiner hilfeschreitenden Position verstanden und gut aufgehoben fühlen und einen ärztlichen Rat erhalten.

WM: Was heißt das für den klinischen Alltag, in dem Zeit zu einer knappen Ressource geworden ist? Wie lässt sich die Qualität der ärztlichen Aufklärung unter solchen Bedingungen sichern und müssten solche Qualitätskriterien nicht innerhalb des Faches erarbeitet und eingebracht werden?

JV: Sicherlich wäre das der Königsweg gewesen, nur leider hat sich die ärztliche Profession der Verbesserung der Aufklärung in der Vergangenheit nur in ungenügendem Ausmaße angenommen. Und so sind die Anforderungen an die Aufklärung durch die Rechtsprechung immer umfangreicher geworden. Dazu gehört, dass man über seltene aber typische Nebenwirkungen aufklären muss; dass zwischen Aufklärung und Einwilligung ein Mindestzeitraum liegen soll etc. Was die Zeit angeht, so haben Sie sicherlich recht. Denken Sie an die Rechtsprechung des BVerfG, nach der selbst ein gesprächsfähiger, nicht einwilligungsfähiger Patient „ohne Zeitdruck“, wie es heißt, überzeugt werden soll, in eine Maßnahme einzuwilligen. Nur diese zusätzliche Zeit ist über das Sozialgesetzbuch bisher nicht ausreichend abgesichert, sie kann nicht abgerechnet werden. Wir haben es also mit einer positiven Entwicklung bezüglich Menschenrechten und verfassungsmäßigen Garantien bei gleichzeitig mangelnder Ausfinanzierung ihrer praktischen Umsetzung zu tun.

WM: Soll der Konflikt zwischen ethischen Erfordernissen und ihrer Finanzierbarkeit nicht zu einem Glaubwürdigkeitsverlust solcher Entscheidungen und Standards führen, müssten die be-

„WIR HABEN ES MIT EINER POSITIVEN ENTWICKLUNG BEZÜGLICH PATIENTENRECHTEN UND GESETZLICHEN GARANTIEEN BEI GLEICHZEITIG MANGELNDER AUSFINANZIERUNG IHRER PRAKTISCHEN UMSETZUNG ZU TUN.“

PROF. J. VOLLMANN

handelnden Institutionen des Gesundheitssystems eigentlich aus dem auf Effizienz und Gewinn gerichteten Wirtschaftssystem ausgegliedert werden.

JV: Ganz richtig. Zeit braucht Personal und Personal ist der größte Kostenträger in Krankenhäusern. Und diesen Konflikt verschärft das neue Entgeltsystem, indem es Anreize dafür schafft, Patienten immer früher zu entlassen. Darüber hinaus tritt die Psychiatrie-Personalverordnung am 01. Januar 2017 außer Kraft, was den Krankenhausträgern weitere finanzielle Gestaltungsräume geben wird, um das Personal aufgrund des steigenden Kostendrucks zu reduzieren. In der Folge wird es sehr wahrscheinlich zu einem Qualitätsverlust in der Versorgung derjenigen Patientengruppen kommen, die aufgrund der Schwere oder Chronifizierung ihrer Erkrankung wenig effizient behandelt werden können.

Insgesamt führt diese Auseinanderentwicklung von Teilen des Rechtssystems zu einem normativen Widerspruch und muss dringend gesamtgesellschaftlich thematisiert werden.

WM: Erlauben Aus- und Weiterbildungscurricula eine hinlängliche Kompetenzentwicklung von Ärzten bezüglich der gelingenden Kommunikation mit Patienten?

JV: Kommunikationsfähigkeiten, gerade in schwierigen Situationen sind trotz jahrzehntelanger Problematisierung der Mängel kein Grundbestandteil der medizinischen Ausbildung. Es wird heute noch davon ausgegangen, dass derjenige Kollege, der sich der Psychiatrie zuwendet, schon die notwendigen kommunikativen Grundfähigkeiten mitbringt. Gerade in konfliktreichen Bereichen ist es aber unerlässlich, passende Kommunikationsstrategien erlernt zu haben. Die mangelnde Ausbildung in diesem Bereich ist wirklich ein großes Manko. Die Vorstellung, dass Psychiater anderen Kollegen bei schwierigen Patienten kommunikative Hilfe leisten sollen, halte ich für ein großes professionsethisches Missverständnis. Natürlich braucht jeder Arzt egal welchen Fachbereichs Kommunikationsfähigkeiten.

WM: Manchmal ist die Verständigungsfähigkeit von Seiten der Patienten nicht gegeben. Wie verhält sich denn die Verständigungsfähigkeit und die Einsichts-/Einwilligungsfreiheit?

JV: Das Idealbild des selbstbestimmungsfähigen Patienten trifft auf denjenigen zu, der die Informationen versteht, der danach urteilen kann, und sich auf Basis dieser Urteile dazu äußern und auf Handlungsebene verhalten kann. Begriff wie freier Wille, Selbstbestimmung- und Einwilligungsfähigkeit meinen alle die freie, selbstbestimmte Willensbildung. Und dann gibt es eben die Situationen, in denen diese Selbstbestimmungsfähigkeit bei einer bestimmten Person in einer Einwilligungsfähigkeit nicht gegeben ist. In einer solchen Situation hat der Patient, insofern er nicht bewusstlos oder komatös ist, jedoch noch einen natürlichen Willen. Diese Begrifflichkeit stammt aus der Geschichtsphilosophie Hegels und wurde von den deutschen Rechtsgelehrten bei der Schaffung des deutschen Rechts im 19. Jahrhundert aufgegriffen. Im Zustand des vollständig natürlich bestimmten Willens ist der Mensch demnach von seiner Natur dominiert: von seinen letztlich niederen Trieben, Instinkten und Bedürfnissen. Diese Philosophie basiert auf dem Ideal des selbst- und vernunftbestimmten also freien Menschen. Die „Natur“ als das Irrationale war damals sicherlich negativer konnotiert als heute in Zeiten von Naturheilkostläden und Ökogewissen. Die Begriffe Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit fallen also in den Bereich des selbstbestimmten/autonomen Willens. Im Bereich des natürlichen Willens kann ein Patient dahingegen die Grundbedeutung und Tragweite einer Behandlung nicht einsehen.

WM: Jetzt regelt aber das Gesetz ganz dezidiert die Zwangsbehandlung von Patienten, deren Willen nur mehr natürlich bestimmt ist, denn ein selbstbestimmter Patient darf selbstverständlich prinzipiell nicht gegen seinen Willen behandelt werden. Das Gesetz fordert, einen Patienten mit der nötigen Zeit und den erforderlichen kommunikativen Bemühungen vom Sinn und Zweck einer Behandlung zu überzeugen, bevor eine Zwangsmaßnahme überhaupt erwogen werden darf. Wie aber

„ERST, WENN DER WILLE AUSSCHLIESSLICH NATÜRLICH BESTIMMT IST, WIDERSTÄNDIG UND TROTZ BEMÜHUNGEN UNBEEINFLUSSBAR BLEIBT, DÜRFEN ZWANGSMASSNAHMEN IN BETRACHT GEZOGEN WERDEN.“

PROF. W. MAIER

soll ein Mensch mit fehlender Einsichtsfähigkeit zu einer solchen Einsicht bewogen werden? Steckt hinter dieser widersprüchlichen Forderung eine handwerkliche Ungeschicklichkeit oder vielleicht doch eine vernünftige Absicht?

JV: Die vernünftige Absicht dahinter ist primär, Zwangsmaßnahmen zu vermeiden. Zu diesem Zwecke soll selbst wenn die nötige Einsichtsfähigkeit beim Patienten nicht gegeben ist und eine auf rationalen Gründen aufbauende Argumentation für eine Behandlung notwendigerweise ins Leere laufen muss, auf der Ebene des natürlichen Willens eine Einwilligung herbeigeführt werden. Das ist immer noch besser als eine Zwangsmaßnahme.

WM: *Der natürliche Wille soll also in Richtung Behandlung gedreht werden, indem seine Widerstände durch Geduld und Kommunikation gelöst werden. Und erst, wenn der Wille ausschließlich natürlich bestimmt, widerständig und trotz Bemühungen unbeeinflussbar bleibt, dürfen Zwangsmaßnahmen in Betracht gezogen werden.*

JV: Ganz richtig. Nur läuft die Argumentation des Gerichts dann ins Leere, wenn die Grenze der Beeinflussbarkeit des natürlichen Willens nicht beachtet bzw. definiert wird. Beispielsweise ist es kaum einsehbar, warum wir per Gesetz dazu angehalten sein sollten, einen komatösen essgestörten Patienten kommunikativ von der Notwendigkeit einer Zwangsernährung zu überzeugen. Das Bundesverfassungsgericht spricht in seinen Urteilen deshalb von einem gesprächsfähigen, aber nicht zur selbstbestimmten Willensbildung fähigen Menschen. Aber in diesem Fall geht es dann nicht mehr um ein shared-decision-making, sondern um die Manipulation des Patienten, der mit den Argumenten gar nichts mehr anfangen kann.

WM: *Eine Möglichkeit zur Auflösung der Widersprüche scheint eine Patientenverfügung zu sein. Eine Patientenverfügung ist ein im Voraus verfügter selbstbestimmter Wille und dient dem Zweck, die Behandlung eines Patienten zu regeln, wenn dessen Selbstbestimmungsfähigkeit nicht mehr gegeben ist und der natürliche Willen dem ärztlichen Rat widerspricht.*

JV: Patientenverfügungen sind ein außerordentlich wichtiges Instrument zur Stärkung der Patientenautonomie. Und doch führen auch sie zu ethischen Problemen, wie ein pointiertes Beispiel aus dem Praxisfeld der Demenz zeigt: Ein Philosophieprofessor entscheidet zum Zeitpunkt völliger geistiger Gesundheit, dass er im Falle einer Demenz in keinem Fall behandelt werden möchte, da er diesen seiner Meinung nach nicht sonderlich lebenswerten Zustand nicht unnötig verlängern möchte. Dies lässt er in seiner Patientenverfügung niederschreiben. Der Professor wird schließlich dement und so nett, lebensfroh und knuffig hatte ihn die Familie noch nicht erlebt. Nun bekommt er eine lebensgefährliche Lungenentzündung, die, folgte man seiner Verfügung, unbehandelt bleiben müsste. Wie ist hier zu entscheiden? Jede irgendwie zuständige Stelle empfiehlt ein anderes Vorgehen: Die Enquete-Kommission des Bundestages ein anderes als der Ethik-Beirat des Bundesjustizministeriums, die Mustertextbausteine auf der Homepage des BMJ ein anderes als der Nationale Ethikrat in seinen Stellungnahmen. Die Gründe für diese Uneinigkeit liegen darin, dass in dieser Situation das medizinethische Prinzip zum Lebenserhalt des Patienten eine übergeordnete Rolle spielt. Und es kommt zum Konflikt zwischen verschiedenen ethischen Interessen, namentlich zwischen dem medizinischen Ethos, dem Respekt vor dem autonom verfügten Willen und den verschiedenen Interessen der Angehörigen.

Der Gesetzgeber hat bei der Neuregelung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie festgelegt, dass die Selbstbestimmungsfähigkeit des Menschen seine Grenzen hat und gleichzeitig entschieden, den Bereich des natürlichen Willens zu stärken.

WM: *Nun setzen wir bei der ganzen Diskussion voraus, dass die Unterscheidung zwischen natürlichem und selbstbestimmtem Willen gültig ist, beziehungsweise, dass ein Mensch so etwas wie Einsichtsfähigkeit überhaupt verlieren kann. Betroffenenverbände bestreiten, dass ein Mensch seine Einsichtsfä-*



higkeit verlieren kann. Sie halten dagegen, dass ein Wille, wie auch immer er sich gestaltet und zeigt, ohne Ausnahme selbstbestimmt ist, auch wenn er etwa aus normativer Sicht unvernünftig erscheint. Des Weiteren verletze die Aberkennung der Selbstbestimmungsfähigkeit auf Grund von Krankheit Artikel 1 des Grundgesetzes.

JV: Dieser Konflikt ist nicht zu lösen, da diese Unterscheidungen selbstverständlich willkürliche Setzungen sind. So basiert unser Rechtssystem auf der Vorstellung, dass Vernunft und Selbstbestimmung die höchsten Formen des menschlichen Seins darstellen und als solche den Vorrang vor natürlichen Willensäußerungen besitzen. Deshalb wird auch die Gültigkeit einer Willensäußerung danach beurteilt, ob Einsichtsfähigkeit vorliegt. Das macht Sinn, muss aber nicht zwangsläufig so geregelt sein. Tatsächlich geht der Trend momentan in die entgegengesetzte Richtung hin zu einer Aufwertung des

natürlichen Willens. Fairerweise sollte man bei dieser Diskussion jedoch ergänzen, dass Menschen auch Vorteile aus dieser Rechtskonstruktion haben. So verliert ein Mensch in einer akuten manischen Phase seine Selbstbestimmungsfähigkeit, ist auf dieser Grundlage nur eingeschränkt geschäfts- und schuldfähig und wird im Falle eines Gesetzeskonflikts vom Gesetzgeber geschont. Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass die Selbstbestimmungsfähigkeit des Menschen seine Grenzen hat und gleichzeitig entschieden, den Bereich des natürlichen Willens zu stärken.

WM: Halten Sie es für möglich, dass das Bundesverfassungsgericht das Gesetz kippt, da die Aberkennung der Selbstbestimmungsfähigkeit Artikel 1 des Grundgesetzes widerspricht?

JV: Nein, denn damit würden Sie das Fundament unserer Rechtsordnung kippen. Begriffe wie Geschäftsfähigkeit und Schuldfähigkeit wären nicht länger haltbar.

PROF. DR. WOLFGANG MAIER

Seit 1995 Professor für Psychiatrie und Psychotherapie und Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Bonn.

Zuvor 1968-1973 Studium der Mathematik und Volkswirtschaftslehre Universität München, 1973-1980 Studium der Humanmedizin Universität München. Ab 1981 ärztlich und als Wissenschaftler tätig an der Psychiatrischen Universitätsklinik Mainz, ab 1992 leitender Oberarzt.

Mitherausgeber „Der Nervenarzt“, Sprecher des vom BMBF finanzierten Kompetenznetz Degenerative Demenzen, Sprecher des vom BMBF finanzierten Kompetenznetz Demenzen e.V.

PROF. DR. JOCHEN VOLLMANN

Seit 2005 Leiter des Instituts für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin der Ruhr-Universität Bochum.

Zuvor 1982-1989 Studium der Medizin und Philosophie in Gießen, Liverpool, Chicago und Zürich, 1989-1994 klinische Weiterbildung an den Universitätskliniken Gießen, München und Freiburg i.Br., 1996-2001 C3-Professor für Sozialmedizin, Sozialpsychiatrie und Medizinethik Evangelische Fachhochschule Berlin, 2001-2005 C3-Professor für Ethik in der Medizin Medizinische Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg.

1997-2001 Vorsitzender der Ethikkommission des Berliner Zentrums Public Health, 2004-2007 Mitglied der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer, seit 2006 Vorsitzender des Zentrums für Medizinische Ethik Bochum.

RÜCKBLICK

VERLOREN IM NETZ?

Bericht über das Hauptstadtsymposium der DGPPN am 27.02.13
zum Thema Verhaltenssuchte

Kann Verhalten süchtig machen? Was zählt noch als normale Nutzung von Internet und Computer, wo fängt krankhafte Nutzung an? Diese und andere Fragen über das Suchtpotential von Glücksspiel, Computer- und Internetnutzung thematisierten renommierte Expertinnen und Experten auf dem DGPPN-Hauptstadtsymposium „Verloren im Netz? Verhaltenssuchte und ihre Folgen“ am 27. Februar 2013.

Der Präsident der DGPPN, Prof. Wolfgang Maier vom Universitätsklinikum Bonn, eröffnete das Hauptstadtsymposium mit der Feststellung, dass das Thema Verhaltenssuchte nicht so neu sei, wie es scheine: „Schon Fjodor Dostojewski thematisierte die eigene Spielsucht in seinem 1866 erschienenen Roman „Der Spieler.““ Darüber hinaus würden aber nur die wenigsten Spieler auch süchtig: Laut einer Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche

Aufklärung (BZgA) haben 2011 etwa 50% der Deutschen an Glücksspielen teilgenommen, wobei nur etwa 0,5 Prozent der 16- bis 65-jährigen Bevölkerung die Kriterien für Glücksspielsucht erfüllten. Das entspricht aber immerhin etwa 264 000 Menschen.

Die Bundesregierung hatte dementsprechend in ihrem Drogenbericht vom Mai 2012 auf die wachsende Problematik von Spiel- und Internetsucht hingewiesen. Und so bedankte sich die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Mechthild Dyckmans in ihrem Grußwort dafür, dass die DGPPN zum zweiten Mal nach 2007 für das Thema Verhaltenssuchte mit einer öffentlichkeitswirksamen Veranstaltung sensibilisierte: „Die Probleme gehen uns nicht aus, packen wir sie gemeinsam an“, appellierte Frau Dyckmans an die Anwesenden.

Die DGPPN hatte mit der Gründung der Task Force Verhaltenssuchte auf die beunruhigenden Entwicklungen bei Glücksspiel- und Internetnutzung reagiert. Der Vorsitzende der DGPPN Task Force Verhaltenssuchte Prof. Karl Mann vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim warnte jedoch vor zu hohen Erwartungen. Weltweit seien die Experten zwar dabei, die Kriterien für Verhaltenssuchte zu ordnen und neu zu definieren – Glücksspiel- und Internetsucht werden aller Voraussicht nach in die kommenden Versionen von DSM und ICD unter Verhaltenssuchten aufgenommen – Fortschritte bei der Behandlung und Therapie bräuchten jedoch noch Zeit.

Die Neueinordnung von Glücksspiel- und Internetsucht basiert auch auf neuropsychologischen Erkenntnissen. Prof. Falk Kiefer, ebenso vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim, diskutierte in seinem Beitrag die Bedeutung des belohnungsassoziierten Lernens und dessen neurophysiologischer Korrelate für nicht-substanzbezogene Abhängigkeiten. Demnach ähnelten die Verstärkermechanismen im mesolimbischen System bei nicht-substanzbezogenen Abhängigkeiten denen bei substanzbezogenen Abhängigkeiten; ein Argument, das für die Neuschaffung einer Kategorie „Verhaltenssuchte“ spricht.

Die epidemiologischen Aspekte der neuen Süchte beleuchtete Dr. Klaus Wölfling von der Ambulanz für Spielsucht der Universitätsklinik Mainz, der von einer steigenden Anzahl computer- und internetsüchtiger Patienten berichtete, deren Anteil in der Spielsuchtambulanz Mainz heute schon 64% ausmachten. Diese Entwicklung konnte Dr.



Florian Rehbein vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen nur bestätigen. Er sieht in der Ausstattung der Bevölkerung, vor allem der Kinder und Jugendlichen, mit Mediengeräten ein riskantes gesamtgesellschaftliches Experiment, dessen Ausgang ungewiss sei. Die Definition von Computerspiel- und Internetsucht gestalte sich derweil schwierig, da zu viele Subkategorien zusammengefasst würden; so etwa die Abhängigkeit von Computerspielen, Internetpornographie, Onlinebeziehungen, monetäre Angebote und Surfen.

Trotz der Evidenz zugunsten der Glücksspiel- und Internetsucht warnte der Schlussredner des Symposi-

ums, Prof. Andreas Heinz von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Campus Charité Mitte in Berlin, vor den Folgen einer unangemessenen Ausweitung des Sucht- bzw. Krankheitsbegriffs. Krankheitsdiagnosen müssten grundsätzlich „Schutzcharakter“ haben und dürften nicht dazu dienen, gesellschaftlich unerwünschte Verhaltensweisen zu pathologisieren. Behandlungsnotwendigkeit bestünde deshalb vorwiegend bei Verhaltensweisen, die zu einem subjektiven Leidensdruck, dem Verlust eigener Handlungsmöglichkeiten und der Verengung der Verhaltensvielfalt auf die suchtbezogenen Tätigkeiten trotz schädlicher Folgen führten.

NÄCHSTE VERANSTALTUNG

HAUPTSTADT-SYMPOSIUM

„Psychisch Kranke – Stiefkinder des Gesundheitswesens?“

24.06.2013 | BERLIN



Wie steht es in Deutschland um die Therapie und medizinische Versorgung bei Menschen mit psychischen Erkrankungen? Nimmt der Bedarf zu? Reichen die bestehenden Versorgungsangebote aus? Oder ist ein Ausbau notwendig, um die Versorgung auch in Zukunft sicherzustellen?

Im Vorfeld der Bundestagswahl macht die DGPPN auf ihrem 16. Hauptstadtsymposium auf die alarmierende Versorgungslage psychisch kranker Menschen aufmerksam. Renommierte Expertinnen und Experten erläutern, wer in Deutschland überhaupt behandelt wird und wie diese Behandlung aussieht. Die detaillierte Analyse der aktuellen Situation soll auf-

zeigen, wo die Stärken und Defizite des Versorgungsnetzes liegen. Dazu gehört ebenfalls die Auseinandersetzung mit der gegenwärtigen Finanzierungslage. Neben aufschlussreichen Vorträgen steht eine spannende Podiumsdiskussion zu den versorgungspolitischen Herausforderungen auf dem Programm.

Anmeldung unter www.dgppn.de



VON DER THERAPIE ZUR PRÄVENTION

DGPPN KONGRESS 2013

Der jährliche Kongress der DGPPN gehört für Wissenschaftler, Ärzte und Therapeuten zu den Höhepunkten des Jahres. Über 9.000 Teilnehmer und 1.600 Referenten treffen sich jeweils Ende November in Berlin. Damit ist der Kongress Europas größte Fachtagung im Bereich der psychischen Erkrankungen.

Mit dem Leitthema „Von der Therapie zur Prävention“ rückt die DGPPN in diesem Jahr ein hochaktuelles Thema in den Vordergrund. In der Medizin vollzieht sich eine Akzentverschiebung zur Prävention: Der festzustellende Gewinn an gesunden Lebensjahren geht vorwiegend auf die frühzeitige Erkennung von bzw. Intervention bei Krankheit und auf die Reduktion von Krankheitsrisiken durch veränderte Lebensstile zurück.

Dies gilt auch für psychische Erkrankungen. Vielversprechende Entwicklungen zur Prävention sind zum Beispiel

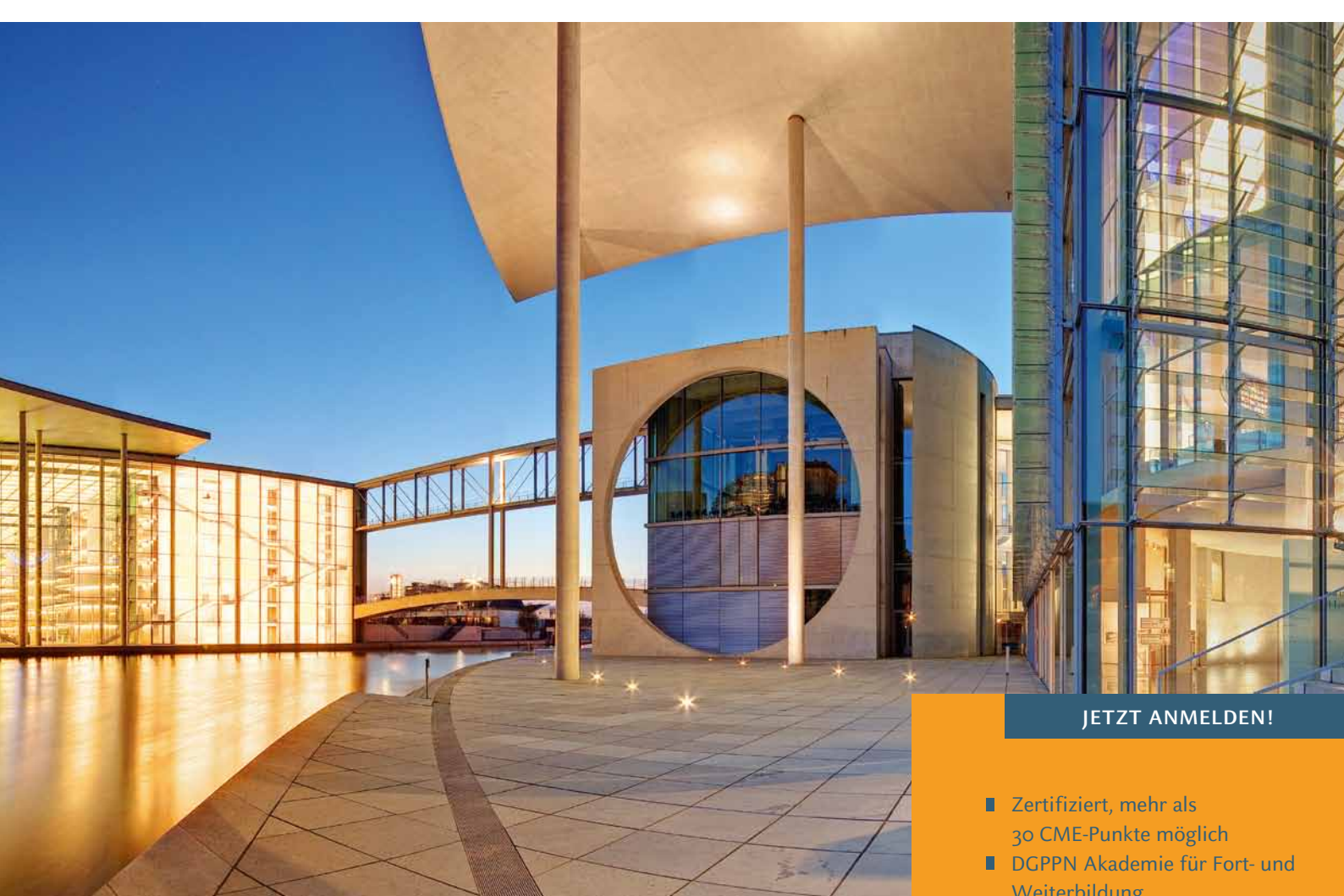
bei Alkoholkrankheiten oder Demenzen zu beobachten. Dabei entwickelt sich die ambulante Psychiatrie und Psychotherapie zunehmend als Ort effizienter präventiver Intervention.

Dieser spannende Themenkomplex steht im Zentrum des DGPPN Kongresses, der vom 27. bis 30. November 2013 ein letztes Mal im ICC Berlin stattfindet. Dabei werden sich die internationalen Experten auch den neurobiologischen Grundlagen von Prävention widmen. Weitere Schwerpunkte bilden die Themenbereiche „Prädiktive Medizin“, „Das soziale Gehirn“ und „Alternative

Versorgungsmodelle – internationale Perspektive“.

KONGRESSHIGHLIGHTS

Wie in der Vergangenheit stehen auch in diesem Jahr namhafte nationale und internationale Experten auf dem wissenschaftlichen Programm – zum Beispiel Otto Kernberg, Paul McHugh und Ulrik Malt. Vielversprechend auch das Lineup der Kongresseröffnung: Antonio Damasio wird zum Thema Kreativität sprechen. Thomas Röske gewährt den Kongressteilnehmern Einblick in



JETZT ANMELDEN!

- Zertifiziert, mehr als 30 CME-Punkte möglich
- DGPPN Akademie für Fort- und Weiterbildung
- Kongress-App und Live-Webcasts
- International Track
- Nachwuchsprogramm mit Kongressstipendien für Medizinstudierende
- Kongresskindergarten
- Freier Eintritt für DGPPN-Neumitglieder 2013

*Melden Sie sich jetzt an und sichern sich bis zum 31.08.2013 die vergünstigte Kongressgebühr!
www.dgppn.de/kongress*

Das Kongressprogramm aktiv mitgestalten:

Machen Sie mit und gestalten Sie den DGPPN Kongress aktiv mit. Ihre wissenschaftlichen Beiträge können Sie unter www.dgppn.de/kongress anmelden. Bitte achten Sie dabei auf die entsprechenden Formalien und Deadlines.

die einzigartige Sammlung von Werken aus psychiatrischen Anstalten der Sammlung Prinzhorn. Und für das stimmungsvolle Rahmenprogramm sorgt das Bayerische Ärzteorchester mit dem Klavierkonzert No.1 von Beethoven unter der Leitung von Reinhard Steinberg.

Natürlich wird der DGPPN Kongress auch Karl Jaspers „Allgemeine Psychopathologie“ gedenken, die in diesem Jahr ihr 100jähriges Jubiläum feiert. Neben einigen hochkarätig besetzten Symposien ist auch eine Pro-Con Debatte zur Relevanz von Karl Jaspers für die heutige Psychopathologie geplant. Für das Podium haben bereits Thomas Fuchs und German E. Berrios zugesagt.

DEUTLICH AUSGEBAUTES FORT- UND WEITERBILDUNGSPROGRAMM

Der DGPPN Kongress vermittelt neueste wissenschaftliche Erkenntnisse und bietet Klinikern, Praktikern und Wissen-

schaftlern eine optimale Plattform für den wissenschaftlichen Austausch. Der jährliche Kongress der DGPPN gehört für Wissenschaftler, Ärzte und Therapeuten zu den Höhepunkten des Jahres.

Mit seinem breit gefächerten wissenschaftlichen Programm hat er sich auch als Standort der fachärztlichen Weiterbildung etabliert. Durch die weitgehende Abdeckung der erforderlichen Fort- und Weiterbildungsinhalte werden der DGPPN Kongress und die DGPPN Fort- und Weiterbildungsakademie als wichtiges Element zum Erhalt oder Erwerb des Fort- und Weiterbildungszertifikates genutzt. Hierfür stehen vielfältige Veranstaltungs- und Fortbildungsformate wie Symposien, State-of-the-Art Symposien oder Workshops auf dem Programm.

Mit über 100 Workshops wird das Programm in diesem Jahr sogar noch ausgebaut.

JUNGE AKADEMIE DER DGPPN

Die Fachgesellschaft stellt ihre neueste Initiative vor

Die heutige Generation von Studierenden und jungen Ärztinnen und Ärzten hat eine ganz klare Erwartungshaltung gegenüber der Arbeitswelt. Sie verlangt individuelle Bildungsförderung, bessere Aufstiegschancen und fordert mehr selbstbestimmte Flexibilität. Work-Life-Balance gehört zu ihrem Lebenskonzept: Es ist für sie genauso selbstverständlich, sich im Beruf entfalten und verwirklichen zu können, wie Zeit für Familie und Freunde zu haben.



Dieser Einstellung sind sich Arbeitgeber längst bewusst. Sie fangen an, mit entsprechenden Angeboten darauf zu reagieren. Denn bietet man dem heutigen Nachwuchs ein stimmiges Ambiente und niveauvolle Herausforderungen, kann er Unglaubliches leisten. Darauf verzichtet kein Unternehmen, das in die Zukunft schaut.

In dieser Hinsicht kommt auch den wissenschaftlichen Fachgesellschaften eine besondere Rolle zu: Sie müssen den Nachwuchs von dem Berufsbild

überzeugen, das sie vertreten. Dabei sind sie gut beraten, wenn sie die junge Generation entsprechend fördern und mit frischen Ideen auf ihren Bildungshunger eingehen.

Die DGPPN geht mit der Zeit und stellt als moderne Fachgesellschaft hohe Ansprüche an die eigene Arbeit. Sie engagiert sich tatkräftig im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung, ist offen für die Bedürfnisse und Anliegen ihrer Mitglieder und denkt ihr dynamisches Erscheinungsbild weiter. Zu ihrem Auftrag gehört auch, Sensibilität für junge Zielgruppen zu entwickeln und für sie maßgeschneiderte Formate anzubieten.

Um möglichst viele junge Menschen für die Welt der Psychiatrie und Psychotherapie zu begeistern und Nachwuchskräfte für das Fach zu gewinnen, hat der Vorstand der Gesellschaft in diesem Jahr beschlossen, die bisherigen Initiativen für den Nachwuchs zu bündeln und eine Junge Akademie zu gründen, die dem psychiatrischen Nachwuchs eine Plattform bietet und von der Basis bis zur Spitze arbeitet. Die Junge Akademie der DGPPN entwickelt nicht nur Angebote für alle Phasen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Laufbahn, sie ist auch eine Plattform des Austausches und der Zusammenarbeit zwischen den Generationen und Berufsgruppen. In diesem Sinne greift die DGPPN auf ein altbewährtes Konzept zurück, nämlich die Akademie als Lehrstätte, dessen Strukturen sie flexibel definiert und nachfrageorientiert ausbauen wird. Somit spannt die Fachgesellschaft den Schirm breiter auf und stellt ein themenübergreifendes Gefüge auf, in dem sowohl versorgungsrelevante wie auch wissenschaftliche Aspekte Platz finden. Die Junge Akademie spricht neben Fachärzten/

ärztinnen und Weiterbildungsassistenten/assistentinnen, auch Schüler/innen und Studierende an. Die ganz Jungen können in der Jungen Akademie frische Impulse für die eigene Berufsfindung gewinnen, die am Fach Psychiatrie Interessierten lernen weiterführende Details des Berufes kennen und den Fachärzten/ärztinnen wird ein kontinuierliches Fort- und Weiterbildungsprogramm geboten.

Die Junge Akademie wird von einem jungen Expertenteam getragen, das sich schwerpunktbezogen engagiert, aber auch bei neuen, unkonventionellen Fragen beratende Unterstützung leistet. Acht Tätigkeitsbereiche bilden die Grundstruk-

tur der neuen Akademie: Versorgung, Weiterbildung, Psychosomatik, Mentoring, Forschung & Wissenschaft, Familie und Beruf, Karriere, Internationales.

Die ehrenamtlichen Ansprechpartner vertreten das Fach Psychiatrie und Psychotherapie aus Überzeugung und laden den Nachwuchs dazu ein, in ihre Fußstapfen zu treten. Ein Teil des DGPPN-Vorstands arbeitet ebenfalls mit, wodurch die klassischen Grenzen zwischen renommierten Spezialisten und angehenden Fachärzten oder aber Studierenden verschmelzen und die Kommunikationswege kürzer werden.

WARM-UP – 1. SUMMER SCHOOL 2013

Die Junge Akademie startet mit einem neuen Veranstaltungsformat und nimmt die Forensische Psychiatrie in den Fokus. Am 26. und 27. Juli 2013 findet in Berlin in Zusammenarbeit mit dem Referat „Forensische Psychiatrie“ die erste Summer School statt.

Unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Jürgen Müller (Göttingen) und Dr. Nahlah Saimeh (Lippstadt) lädt die Junge Akademie zu einem forensisch-psychiatrischen Ausflug in die Hauptstadt ein und hat namhafte Redner für das zweitägige Programm gewinnen können. Prof. Andreas Marneros (Halle) wird über Intimidide sprechen, Prof. Hans-Ludwig Kröber (Berlin) den Get together Abend mit einer Lesung abrunden, Prof. Peer Briken (Hamburg) macht mit der Therapie von Sexualstraftätern vertraut und Dr. Heike Kastner (Linz) spannt einen Bogen über den Fall Fritzl zu der diesbezüglich häufig gestellten Gretchenfrage *Muss man ein Psychopath sein?*.

Bei diesen und fünf weiteren Themen im Bereich der Persönlichkeitsstörung, Prognosebegutachtung, Therapieverläufe im MRV sowie forensischen Forschungsansätzen werden die Besucher viel über die Forensische Psychiatrie und ihre Schwerpunkte lernen. Die

erste Summer School bietet eine vortreffliche Gelegenheit, zu erfahren, wie forensische Psychiater arbeiten und die eigenen Kenntnisse auf dem Gebiet zu vertiefen. Die Besucher werden zur aktiven Mitarbeit angeregt und von den Experten dabei begleitet. Sie überlegen in Kleingruppen, wie man Aufgaben zu ausgewählten Fällen lösen kann: Z. B. *wie hilft man einem Menschen, der Kinder begehrt? oder wie Personen, die sich hinter Affekt- und Rauschmitteltaten verbergen, forensisch-psychiatrisch zu charakterisieren sind*. Somit erfüllt die Junge Akademie einen ihrer wichtigsten Aufträge: Dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Nachwuchs Inhalte anzubieten und ihn daran partizipativ zu beteiligen.

So viel als Warm-up. Die Akademie wird zukünftig regelmäßig von sich hören lassen. In der nächsten Ausgabe stellen wir Ihnen ihre jungen Experten vor. Sie dürfen gespannt sein.

SUMMER SCHOOL INFO



Machen Sie mit bei der jungen Akademie! Mehr Infos auf www.dgppn.de

ÜBER DIE FACHGESELLSCHAFT

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) ist eine wissenschaftliche medizinische Fachgesellschaft. Sie wurde 1842 gegründet und zählt heute mehr als 7.000 Mitglieder. Damit ist sie die größte und älteste wissenschaftliche Vereinigung von Ärzten und Wissenschaftlern, die in Deutschland auf den Gebieten Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde arbeiten.

LEITBILD

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde ist eine lebendige Fachgesellschaft: Viele Mitglieder engagieren sich ehrenamtlich – sei es im Vorstand oder in den Fachreferaten. Grundlage der Arbeit ist die Vision einer Gesellschaft, in der Menschen mit psychischen Erkrankungen unbehelligt von Vorurteilen leben können und in der sie die ihnen entsprechende Zuwendung und die notwendigen Hilfen erhalten. Für alle Menschen soll jederzeit und an jedem Ort die optimale, wissenschaftlich fundierte und individualisierte medizinische, psychologische und soziale Hilfe verfügbar sein.

Zu unseren Aufgaben zählen:

- die Erforschung von Grundlagen von psychischen Störungen sowie die Verbesserung von Diagnostik und Therapie
 - die Prävention psychischer Störungen
 - der Erhalt und der Ausbau der vorhandenen Versorgungsstrukturen
 - die Unterstützung von Betroffenen und ihren Angehörigen
 - die Förderung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Aus-, Fort- und Weiterbildung
 - die Profilierung des Fachgebiets
- Psychiatrie und Psychotherapie
 - die Erstellung von Evidenz-basierten Leitlinien und wissenschaftlichen Stellungnahmen
 - die Beratung von Politik und Gesellschaft sowie Aufklärung der Öffentlichkeit über psychische Störungen und deren Behandlungsmöglichkeiten
 - die Unterstützung der Mitglieder der Fachgesellschaft

GESCHICHTE DER DGPPN

Die Entwicklung der Psychiatrie als eigenständige Wissenschaft und selbstständiges Fachgebiet ist in Deutschland eng mit der Geschichte der Fachgesellschaft und den medizinischen Fachzeitschriften verbunden.

1827 Die Bezeichnung Psychiatrie geht auf den Mediziner Johann Christian Reil (1759–1813) aus Halle, zurück. Die ersten dokumentierten Bemühungen um eine Organisation der Psychiater in Deutschland finden sich 1827 in einer Denkschrift von Joseph Ennemoser (Bonn)

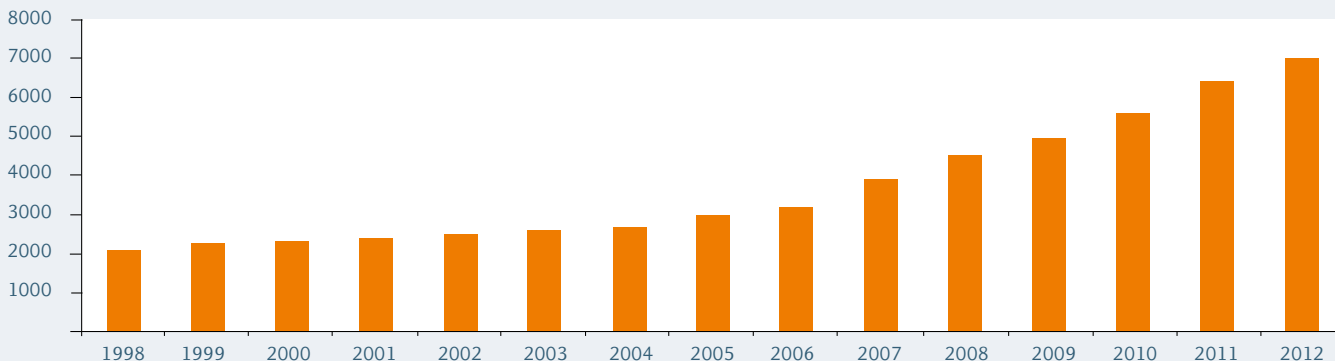
und Wilhelm Ruer (Marburg), die zur Gründung eines Vereins zur Verbesserung der praktischen Seelenheilkunde aufriefen. Diese Initiative blieb zunächst – u. a. durch die noch geringe Vertretung der Psychiatrie an den Medizinischen Fakultäten (der erste Lehrstuhl für Psychiatrie wurde 1811 in Leipzig errichtet) – erfolglos.

1842 Das „Pro Memoria an Deutschlands Irrenärzte“ (1841) von Heinrich Damerow, Professor der Medizin und Direktor der Irrenanstalt zu Halle, kann als „Gründungsurkunde“ der heutigen DGPPN angesehen werden. 1842 gilt als das ei-

gentliche Gründungsjahr der Fachgesellschaft. 1844 erschien die erste Ausgabe der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin“ unter der Redaktion von Heinrich Damerow (Halle), Carl Friedrich Flemming (Schwerin) und Christian Friedrich Wilhelm Roller (Achern), deren Herausgeber und Mitarbeiter sich als Mitglieder einer noch unterfassten „Gesellschaft von Deutschlands Irrenärzten“ verstanden.

1846 bildete sich bei der Versammlung der 1822 gegründeten „Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte“ in Kiel erst-

MITGLIEDERWACHSTUM 1998 – 2012



mals eine psychiatrische Sektion, 1860 fand die erste selbständige Tagung der Psychiater in Eisenach statt. Ihre ersten Statuten erhielt die Gesellschaft 1864 und nannte sich seitdem „Verein der Deutschen Irrenärzte“, dessen erster Präsident Carl Friedrich Flemming (Schwerin) war. 1903 erhielt die Gesellschaft den Namen „Deutscher Verein für Psychiatrie“ (DVP).

1917 Bis zum ersten Weltkrieg verzeichnete der DVP 550 Mitglieder. Auf Initiative von Emil Kraepelin (München), der der Gesellschaft von 1906 bis 1920 vorstand, wurde 1917 eine Forschungsanstalt für Psychiatrie in München eingerichtet. Die erste ordentliche Jahresversammlung nach Ende des ersten Weltkrieges fand 1920 in Hamburg statt, wo Karl Bonhoeffer (Berlin) zum Vorsitzenden gewählt wurde und es durch Wiederwahl mit Unterbrechungen bis 1934 blieb.

1933 Nach der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten erfolgte die organisatorische Vereinigung und „Gleichschaltung“ des DVP mit der „Gesellschaft

Deutscher Nervenärzte“ zur „Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater“ (GDNP), deren Vorsitz Ernst Rüdin (München) bis 1945 innehatte. In diese Zeit fällt das dunkelste Kapitel der deutschen Psychiatrie: Die als „jüdisch“ oder „sozialistisch“ deklarierten Psychiater verloren ihre Arbeitsgrundlage und wurden in die Emigration getrieben. Die überwiegende Mehrheit derjenigen, die in Deutschland blieben, wurde in Konzentrations- und Vernichtungslager deportiert. Psychiater (darunter Ernst Rüdin) waren maßgeblich an der Zwangssterilisierung von mehr als 360.000 vor allem psychisch kranken Menschen beteiligt. Die finanziellen Ressourcen für die Unterbringung und Behandlung von chronisch psychisch Kranken wurden drastisch reduziert. Schließlich wurden zwischen 1939 und 1945 wiederum unter maßgeblicher Beteiligung von Psychiatern – darunter Ordinarien und Anstaltsdirektoren – im Deutschen Reich und den besetzten Gebieten mindestens 250.000 psychisch Kranke und Behinderte als „lebensunwertes Leben“ klassifiziert und Opfer der systematischen Krankentötungen („Euthanasie“).

1945 In der Periode des Wiederaufbaus nach 1945 fehlte es an Nachwuchskräften. Im September 1947 lud Ernst Kretschmer (Tübingen) zur Neurologen- und Psychiater-Tagung nach Tübingen, ein Jahr später folgte die „Jahresversammlung Deutscher Neurologen und Psychiater“ in Marburg. Die GDNP wurde wiedergegründet und Kretschmer zum Notvorstand bestellt. 1949 wurde die Gesellschaft entsprechend ihrer neuen Statuten in 4 Sektionen aufgeteilt: Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie mit medizinischer Psychologie und Neurochirurgie. 1954 wurde auf der 70. Wanderversammlung Südwestdeutscher Neurologen die „Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie (DGPN) als Nachfolgeorganisation des DVP gegründet.

1990 In der ehemaligen DDR löste sich die aus der „Sektion Psychiatrie“ der dortigen „Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie“ 1990 kurz vor der Wiedervereinigung hervorgegangene „Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde in der DDR“ 1991 wieder auf. Die Vorstands-

mitglieder wurden von der DGPN kooperiert. 1992 wurde die DGPN in „Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde“ (DGPPN) umbenannt.

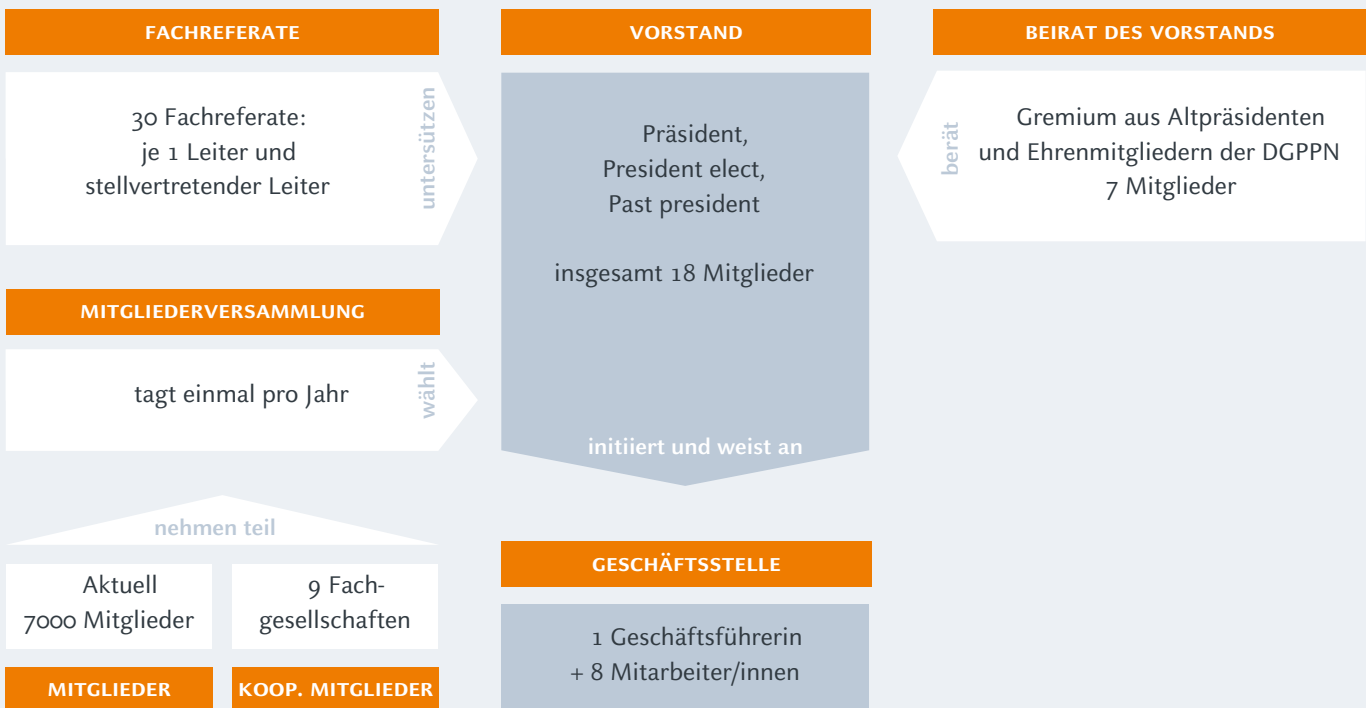
2009 Im Jahr 2009 bekannte sich die DGPPN im Rahmen einer Satzungsänderung zu ihrer besonderen Verantwortung, die ihr aus der Beteiligung ihrer Vorläuferorganisationen an den Verbrechen des Nationalsozialismus, an massenhaften Krankenmorden und Zwangssterilisierungen erwuchs. Im Jahr 2010 initiierte sie ein Forschungsprojekt zur „Geschichte des Deutschen Vereins für Psychiatrie, bzw. der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater in der Zeit des Nationalsozialismus“. Das Projekt hat eine Lauf-

zeit von zwei Jahren. Im Anschluss sollen die Auswirkungen der NS-Zeit auf das Fach nach 1945 untersucht werden.

2012 Im November 2012 erweiterte die DGPPN ihren Namen der Fachgesellschaft um den Begriff „Psychosomatik“ und heißt seither „Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde.“ Damit will sie der Entwicklung des Faches und insbesondere der Versorgungsrealität Rechnung tragen. Heute ist die DGPPN mit über 7000 Mitgliedern eine moderne medizinische Fachgesellschaft, die mit einem großen Vorstand, zahlreichen Referaten und Arbeitsgruppen und einer schlagkräftigen Geschäftsstelle die Interes-

sen der Psychiatrie und ihrer Patienten in Deutschland vertritt. Ihr Jahreskongress ist der größte und wichtigste Fachkongress seiner Art in Europa. Die Arbeit der DGPPN ist zukunftsweisend und verbindet so unterschiedliche Themenschwerpunkte wie die Verbesserung der Versorgung psychisch Erkrankter, Nachwuchsförderung, Wissenschaft und Entstigmatisierung psychischer Krankheiten. Ihre Positionen und Stellungnahmen sind wichtige Ratgeber der Politik und anderer gesellschaftlicher Akteure.

ORGANISATIONSSTRUKTUR DER DGPPN



PRÄSIDENTEN UND VORSTAND

Der Vorstand besteht aus dem Präsidenten, seinem Vorgänger (Past President), seinem Nachfolger (President Elect) und dem Kassensführer. Gemäß der Satzung soll dabei zudem ein Vertreter der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie an den Universitäten, ein Vertreter der Fachkliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Vertreter der Psychiatrischen Krankenhausabteilungen und ein Vertreter der niedergelassenen Psychiater und Nervenärzte vertreten sein. Darüber hinaus werden Beisitzer verschiedener inhaltlicher Bereiche in den Vorstand berufen. Als leitendes Organ der DGPPN vertritt der Vorstand die Interessen der Mitglieder und ist für die strategische Ausrichtung der Fachgesellschaft verantwortlich. Er wird von der Mitgliederversammlung für eine Amtszeit von zwei Jahren gewählt. Der Präsident leitet den Vorstand der DGPPN und ist Repräsentant des Vereins.



PRÄSIDENT

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier
Direktor, Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie
Rheinische Friedrich-Wilhelms-
Universität Bonn

wolfgang.maier@ukb.uni-bonn.de



PAST PRESIDENT

Prof. Dr. med. Peter Falkai
Direktor der Psychiatrischen Klinik
Ludwig-Maximilians-Universität
München

peter.falkai@med.uni-muenchen.de



PRESIDENT ELECT

Dr. med. Iris Hauth
Ärztliche Direktorin, Regional-
geschäftsführerin, Zentrum für
Neurologie, Psychiatrie, Psycho-
therapie und Psychosomatik
Alexianer, St. Joseph-Kranken-
haus Berlin-Weißensee

i.hauth@alexius.de



BEISITZER AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen
Ärztlicher Direktor der Klinik für
Psychiatrie und Psychotherapie,
Campus Lübeck, Universitätskli-
nikum Schleswig-Holstein

fritz.hohagen@psychiatrie.uk-sh.de



BEISITZER FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Prof. Dr. med. Jürgen L. Müller
Chefarzt der Asklepios Klinik für
Forensische Psychiatrie und Psy-
chotherapie Göttingen

ju.mueller@asklepios.com



BEISITZER FORSCHUNG UND BIOLOGISCHE THERAPIEN

**Prof. Dr. med.
Andreas Meyer-Lindenberg**
Direktor des Zentralinstituts für
Seelische Gesundheit Mannheim

a.meyer-lindenberg@zi-mannheim.de



**BEISITZER LEITLINIEN UND
KLASSIFIKATION**

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel
 Ärztlicher Direktor der Klinik und
 Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
 Klinikum der Heinrich-Heine-Universität
 Düsseldorf
 LVR-Klinikum Düsseldorf
wolfgang.gaebel@uni-duesseldorf.de



BEISITZER PSYCHOSOMATIK

Prof. Dr. med. Martin Bohus
 Ärztlicher Direktor der Klinik für
 Psychosomatik und Psychotherapeutische
 Medizin, Zentralinstitut für Seelische
 Gesundheit
martin.bohus@zi-mannheim.de



BEISITZERIN PSYCHOTHERAPIE

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz
 Direktorin der Klinik für Allgemeine
 Psychiatrie, Universität Heidelberg
sabine.herpertz@uni-heidelberg.de



**BEISITZERIN PUBLIC HEALTH,
VERSORGUNGSFORSCHUNG**

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller
 Direktorin Institut für Sozialmedizin,
 Arbeitsmedizin und Public Health,
 Universität Leipzig, MPH
steffi.riedel-heller@medizin.uni-leipzig.de



**BEISITZER PUBLIKATIONEN
UND E-LEARNING**

Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider
 Direktor der Klinik für Psychiatrie,
 Psychotherapie und Psychosomatik,
 Universitätsklinikum Aachen
fschneider@ukaachen.de



**BEISITZER TRANSKULTURELLE
PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE,
SUCHTMEDIZIN**

Prof. Dr. med. Andreas Heinz
 Direktor der Klinik für Psychiatrie
 und Psychotherapie CCM, Charité
 Universitätsmedizin Berlin
andreas.heinz@charite.de



KASSENFÜHRER

Dr. med. Andreas Küthmann
 Ärztlicher Direktor der Klinik für
 Psychiatrie, Psychotherapie und
 Psychosomatik Bezirkskrankenhau
 Memmingen
andreas.kuethmann@bkh-memmingen.de



**VERTRETER FACHKLINIKEN
PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE
UND PSYCHOSOMATIK**

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer
 Direktor des Zentrums für psychische
 Gesundheit, Klinikum Ingolstadt
thomas.pollmaecher@klinikum-ingolstadt.de



**VERTRETER PSYCHIATRISCHE
KLINIKEN AN ALLGEMEIN-
KRANKENHÄUSERN**

Prof. Dr. med. Arno Deister
Direktor des Zentrums für Psycho-
soziale Medizin,
Klinikum Itzehoe
a.deister@kh-itzehoe.de



VERTRETER BVDN

Dr. med. Frank Bergmann,
Praxisinhaber, Zentrum für Neu-
rologie und Seelische Gesundheit
Aachen
bergmann@bvdn-nordrhein.de



VERTRETERIN BVDP

Dr. med.
Christa Roth-Sackenheim
Praxis, Andernach
DGPPN@dr-roth-sackenheim.de



**VERTRETER
JUNGE PSYCHIATER**

Dr. med. Berend Malchow
Oberarzt, Klinik für Psychiatrie
und Psychotherapie
Ludwig-Maximilians-Universität
München
[berend.malchow
@med.uni-muenchen.de](mailto:berend.malchow@med.uni-muenchen.de)

DER DGPPN-BEIRAT

Der Beirat setzt sich aus ehemaligen Präsidenten der Fachgesellschaft zusammen. Zu seinen Aufgaben zählt es, den Vorstand in ethischen und grundsatzpolitischen Fragen bezüglich Wissenschaft, Lehre und Krankenversorgung zu beraten. Daneben kann das Gremium auch im Falle von standesrechtlichen Auseinandersetzungen und Konflikten zwischen Mitgliedern im Sinne einer Ombudsfunktion tätig werden. Eine ganz wichtige dritte Aufgabe: DGPPN-Mitglieder können sich in Krisensituationen an jedes der Beiratsmitglieder vertrauensvoll wenden. Dies können persönliche wie berufliche Krisen sein. Der Beirat wurde im Frühjahr 2010 ins Leben gerufen. Hintergrund ist, die Expertise, die Erfahrung und das Engagement der ehemaligen DGPPN-Präsidenten für die Fachgesellschaft und ihre Mitglieder auch weiterhin zu erhalten.

Prof. em. Dr. med. Henning Saß,
Vorsitzender Beirat
Universitätsklinikum Aachen, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Aachen, RWTH Aachen

Prof. Dr. med. Mathias Berger
Albrecht-Ludwigs-Universität Freiburg, Universitätsklinik, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie

Prof. em. Dr. med. Markus Gastpar
Fliegener Klinik Berlin, Ambulanz und Tagesklinik für psychologische Medizin

Prof. em. Dr. med. Hanfried Helmchen
Charité - Universitätsmedizin Berlin, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Prof. em. Dr. med. Hans Hippus

Prof. em. Dr. med. Uwe-Henrik Peters
Universität Köln, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Max Schmauß
Bezirkskrankenhaus Augsburg Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München



DIE GESCHÄFTSSTELLE

Die DGPPN-Geschäftsstelle bündelt die Kräfte für eine effiziente Unterstützung des Vorstands und der Mitglieder der Fachgesellschaft. Dazu gehören die Lobbyarbeit, die Koordination von Gremien, die Vorbereitung des Jahreskongresses, die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, die Veranstaltungsplanung, sowie der Mitgliederservice. Sie ist seit April 2005 in Berlin angesiedelt und wird von Frau Dipl.-Biol. Juliane Amlacher geleitet.

Ihre Ansprechpartner:

GESCHÄFTSFÜHRUNG, VORSTANDS- UND GREMIENARBEIT

Geschäftsführerin Dipl.-Biol. J. Amlacher

DGPPN KONGRESS, VERANSTALTUNGEN

Kongresskoordinatorin / Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Dipl.-Psych. Julie Holzhausen

PRESSE- UND ÖFFENTLICHKEITSARBEIT

*Referent Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Jürg Beutler, lic. phil.*

Assistentin DGPPN-Veranstaltungen,

*Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Betriebswirtin Franziska Hoffmann, B.A.*

WISSENSCHAFTLICHER DIENST

Wissenschaftliche Mitarbeiterin

Dipl.-Psych. Carlotta Schneller

Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Dipl.-Psych. Gabriel Gerlinger M.A.

DGPPN KONGRESS, FORT- UND WEITERBILDUNG, ZERTIFIZIERUNGEN

Projektmitarbeiterin

Slava Platikanova M.A.

FINANZBUCHHALTUNG, MITGLIEDERSERVICE

Mitarbeiter Rechnungswesen und Controlling, Mitgliederservice

Betriebswirt Frank Wollitz, B.A.

SEKRETARIAT

Assistentin der Geschäftsführerin

Maja Nikolovska

REFERATE

ENTGELT

Prof. Dr. med. Ansgar Klimke

PD Dr. med. Frank Godemann

EXPERIMENTELLE STIMULATIONSVERFAHREN IN DER PSYCHIATRIE

Prof. Dr. med. Thomas E. Schläpfer

Prof. (apl.) Dr. Alexander Sartorius

FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Prof. Dr. med. Jürgen L. Müller

Dr. med. Nahlah Saimeh

FRAUEN UND GESCHLECHTSSPEZIFISCHE FRAGEN IN DER PSYCHIATRIE

Prof. Dr. med. Anette Kersting

Dr. med. Iris Hauth

GERMEINDEPSYCHIATRIE

Dr. med. Raoul Borbé

GERONTOPSYCHIATRIE

Prof. Dr. med. Vjera Holthoff

Prof. Dr. med. Walter Hewer

GESCHICHTE DER PSYCHIATRIE

PD Dr. med. habil. Ekkehardt Kumbier

Dr. med. Maike Rotzoll

INTERKULTURELLE PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, MIGRATION

PD Dr. med. Meryam Schouler-Ocak

PD Dr. med. Iris Graef-Calliess

KLINISCH ANGEWANDTE STIMULATIONSVERFAHREN IN DER PSYCHIATRIE

PD Dr. med. Michael Grözinger

Prof. Dr. Andreas Conca

PSYCHE IM FOKUS – DAS NEUE MAGAZIN DER DGPPN



Freuen Sie sich auf spannende Beiträge, fundierte Hintergrundinformationen und lebhaft Interviews. Der Titel ist Programm: *Psyche im Fokus* thematisiert die aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen und berichtet über die vielfältigen Initiativen der Fachgesellschaft. Das Magazin nimmt gesellschaftliche Themen auf und lässt Meinungsträger zu Wort kommen. Und es dokumentiert die Zeitgeschichte, indem es auf die Historie der Psychiatrie zurückschaut und dem Nachwuchs eine Stimme gibt.

Wie möchten Sie *Psyche im Fokus* in Zukunft erhalten?

Das Magazin erscheint viermal jährlich – und zwar als praktisches ePaper auf der Internetseite der DGPPN. Gerne stellen wir Ihnen *Psyche im Fokus* auch per E-Mail zu. Auf Wunsch erhalten Mitglieder der DGPPN das Magazin in gedruckter Form.

Bitte geben Sie uns eine kurze Rückmeldung!

Nutzen Sie das Anmeldeformular auf www.dgppn.de. Oder senden Sie uns diese Antwortkarte zurück.
Vielen Dank!

Für Rückfragen steht Ihnen die Geschäftsstelle der DGPPN gerne zur Verfügung: 030.2404 772-35
mitgliederservice@dgppn.de



ANTWORTKARTE

Psyche im Fokus – das neue Magazin der DGPPN

Bitte nutzen Sie das Anmeldeformular auf www.dgppn.de oder senden Sie uns die ausgefüllte Antwortkarte zu.

Ich möchte *Psyche im Fokus* zukünftig per E-Mail erhalten.

Ich bin Mitglied der DGPPN und möchte *Psyche im Fokus* in gedruckter Form erhalten.

Name, Vorname: _____

Name, Vorname: _____

Adresse, Ort: _____

Adresse, Ort: _____

E-Mail: _____

DGPPN-Mitgliedernummer:

NEUROBIOLOGIE UND GENETIK

Prof. Dr. med. Jürgen Deckert
Dr. med. Elisabeth Binder
Prof. Dr. med. Oliver Gruber

NEUROPSYCHIATRIE

Prof. Dr. med. Ludger Tebartz van Elst
Univ. Prof. Dr. med. Josef Priller

NOTFALLPSYCHIATRIE

Prof. Dr. med. Frank-Gerald Pajonk
PD Dr. med. Thomas Karl Messer
PD Dr. med. Peter Neu

PHILOSOPHISCHE GRUNDLAGEN DER PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE

Prof. Dr. med. Martin Heinze
Prof. Dr. med. Dr. phil. Thomas Fuchs
PD Dr. med. Dr. phil. Jann E. Schlimme

PRÄVENTION PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN

Prof. Dr. med. Joachim Klosterkötter
Prof. Dr. med. Michael Bauer
Prof. Dr. med. Andrea Pfennig, M.Sc.
Prof. Dr. med. Frank Jessen

PSYCHIATRIE IN DER PRIMÄRÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Prof. Dr. med. Detlef E. Dietrich
Dr. med. Cornelia Goemann

PSYCHIATRISCHE PFLEGE

Dipl. Pflégewirt Stephan Boegershausen
Frank Vilsmeier

PSYCHISCHE STÖRUNGEN BEI MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG

Prof. Dr. med. Michael Seidel
Dr. med. Knut Hoffmann

PSYCHOEDUKATION

PD Dr. med. Josef Bäuml

PSYCHOPHARMAKOLOGIE

Prof. Dr. med. Gerhard Gründer
Dr. med. Gabriel Eckermann

PSYCHOSOMATIK

Prof. Dr. med. Manfred M. Fichter
Prof. Dr. med. Martin Bohus

PSYCHOTHERAPIE

Prof. Dr. med. Michael Linden
Prof. Dr. med. Harald J. Freyberger

PSYCHOTRAUMATOLOGIE

PD Dr. med. Ulrich Frommberger
Prof. Dr. med. Martin Driessen

REHABILITATION

PD Dr. Katarina Stengler
Dr. med. Arnold Torhorst

SCHLAFMEDIZIN

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer
Prof. Dr. med. Dieter Riemann

SEXUALMEDIZIN

PD Dr. med. Michael Berner
Prof. Dr. med. Peer Briken

SEXUELLE ORIENTIERUNG IN DER PSYCHIATRIE BZW. PSYCHOTHERAPIE

Prof. Dr. med. Götz Mundle
Dr. med. Lieselotte Mahler

SPORTPSYCHIATRIE**UND -PSYCHOTHERAPIE**

Prof. Dr. rer. soc. Dr. med. Frank Schneider
Dr. med. Valentin Z. Markser

SUCHT

Prof. Dr. med. Anil Batra
Dr. med. Heribert Fleischmann

SUIZIDOLOGIE

Prof. Dr. med. Manfred Wolfersdorf
Prof. Dr. med. Barbara Schneider, M.Sc.

VERSORGUNGSFORSCHUNG

Prof. Dr. med. Thomas Becker
Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller
Dr. med. Bernhard van Treeck



Bitte
frankieren

Wie möchten
Sie Psyche
im Fokus
in Zukunft
erhalten?

Nutzen Sie das
Anmeldeformular auf
www.dgppn.de

Oder senden Sie uns
diese Antwortkarte
zurück.

Vielen Dank!

DGPPN-GESCHÄFTSSTELLE
REINHARDSTR. 27 B
10117 BERLIN

MITGLIEDSCHAFTEN DER DGPPN

Die DGPPN ist Mitglied in anderen Fachgesellschaften und Institutionen auf nationaler und internationaler Ebene:

World Psychiatric Association (WPA)
www.wpanet.org

International Federation for Psychotherapy (IFP)
www.ifp.name

Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)
www.uems.net

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)
www.awmf.org

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS)
www.divs.info

Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e.V. (DNVF)
www.netzwerk-versorgungsforschung.de

Zentrales ADHS-Netz
www.zentrales-adhs-netz.de

KOOPERATIVE MITGLIEDER DER DGPPN

Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefarzte der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern in Deutschland e.V. (ACKPA)
www.ackpa.de

Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (AGNP)
www.agnp.de

Berufsverband Deutscher Nervenärzte e.V. (BVDN)
www.bvdn.de

Berufsverband Deutscher Psychiater e.V. (BVDP)
www.bv-psychiater.de

Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP)
www.dgbp.eu

Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS)
www.dgbs.de

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)
www.dggpp.de

Deutsch-Türkische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie e.V. (DTGPP)
www.dtgpp.de

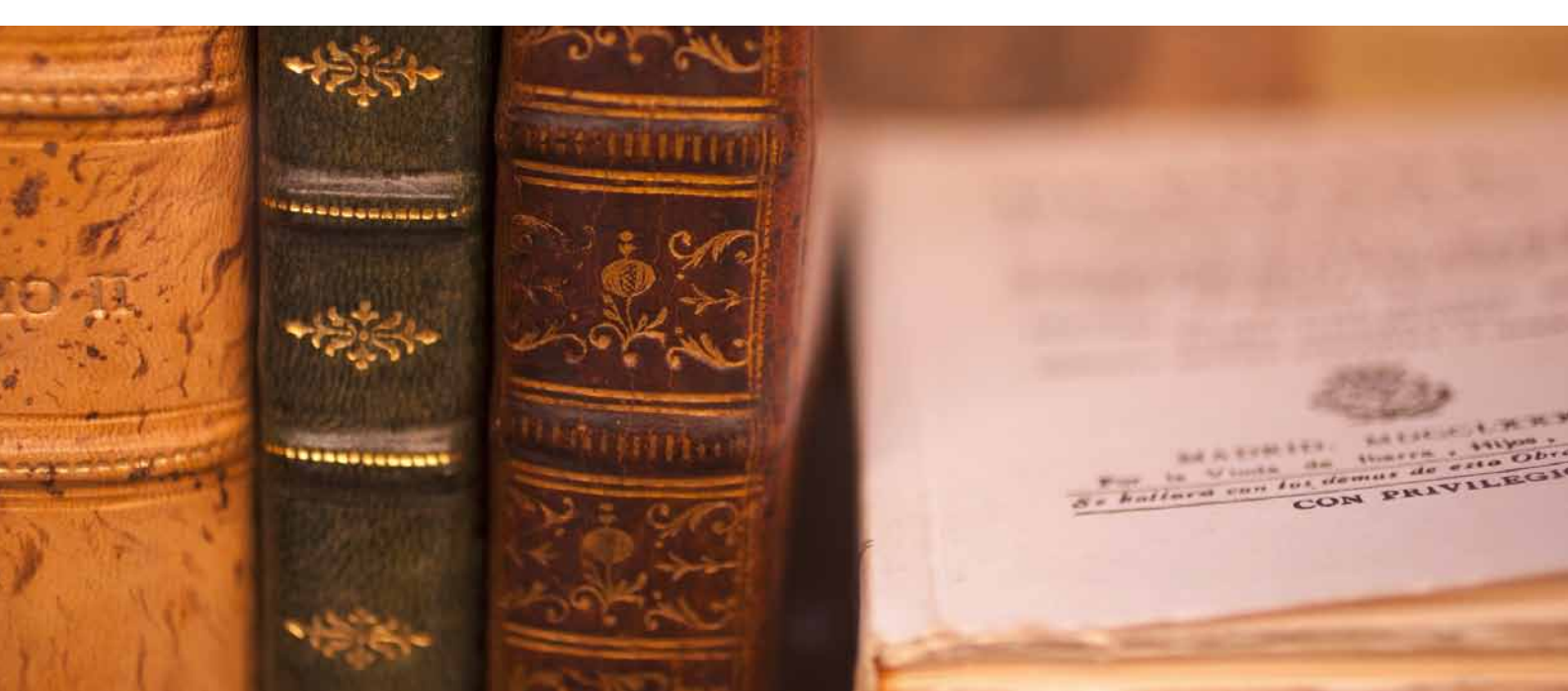
Marcé-Gesellschaft für Peripartale Psychische Erkrankungen e.V.
www.marce-gesellschaft.de

Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation e.V. (DGPE)
www.dgpe.de

PREISE

Zur Förderung von Wissenschaft und Karriere im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie schreibt die DGPPN in jedem Jahr zudem zahlreiche Preise aus. Neben bewährten DGPPN-Preisen setzt die Fachgesellschaft einen besonderen Schwerpunkt auf die Nachwuchsförderung. Im Rahmen der aktuellen Nachwuchskampagne unterstützt die DGPPN damit innovative Forschungsarbeiten und Karrierewege. Die DGPPN-Preise im Überblick:

- Griesinger-Medaille
- DGPPN-Forschungspreis Psychotherapie
- DGPPN-Forschungspreis Biologische Forschung
- DGPPN-Forschungspreis Versorgung
- Emanuela-Della-Vecchia Preis zur Erforschung von Depressivität
- Emanuela-Della-Vecchia Preis für Studierende zur Erforschung von psychischen Erkrankungen
- DGPPN-Promotionspreis - Hans-Heimann-Preis
- Forensik-Preis
- DGPPN-Preis für Gesundheitsfachberufe in Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
- DGPPN-Medienpreis für Wissenschaftsjournalismus
- DGPPN-Anti-Stigma-Preis



VORBEREITUNG, DURCHFÜHRUNG UND NACHWEHEN DER PSYCHIATRIE-ENQUETE ¹

DIE ZERZAUSTE REVOLUTION

In der Geschichte der Psychiatrie hat wahrscheinlich kein Ereignis das Schicksal der Kranken in Deutschland so einschneidend verbessert wie die Psychiatrie-Enquete 1971–1975. Der damalige stellvertretende Vorsitzende der Enquete und Gründer des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim, Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Heinz Häfner, berichtet aus autobiografischer Sicht.

Autor: Heinz Häfner

Ich wollte ursprünglich Chemie studieren. Mit 14 Jahren wurde ich wegen staatsfeindlicher Äußerungen von einem Bannergericht der Hitlerjugend degradiert und unehrenhaft aus der HJ ausgestoßen. Nachdem ich 11 Monate als Luftwaffenhelfer gedient und nach einer Otitis media mit ernstesten Komplikationen als wehruntauglich entlassen worden war, erhielt ich wenige Wochen vor Kriegsende einen Einberufungsbefehl zur Waffen-SS.

Ich verbrannte das Dokument und ließ mich als Krankenpflegehelfer in einem Lazarett für Lungenschussverletzte anstellen, das aus der Stadt München in die Schwachsinnigen-Assoziationsanstalt Schönbrunn bei Dachau verlegt wurde, um mich aus der Sichtbarkeit der Einberufungsbehörde etwas zu entfernen.

Die geistig Behinderten, die in dieser Anstalt gelebt hatten, waren fast alle der Krankentötung im NS-Regime zum

Opfer gefallen.² Die Gespräche mit den Angehörigen haben mich das persönliche Leid der Hinterbliebenen und das Ausmaß des Verbrechens unmittelbar erfahren lassen.

Nach Ende des Zweiten Weltkrieges war Deutschland materiell und moralisch am Ende. Ich gehörte der kleinen Zahl junger Männer an, die den Krieg überlebt und den Nationalsozialismus unbeschädigt überstanden hatte. Daraus erwuchs uns eine Verpflichtung, nicht nur zum materiellen, sondern auch zum moralischen Wiederaufbau Deutschlands beizutragen. Die massenhafte Tötung psychisch Kranker, der miserable Zustand psychiatrischer Krankenanstalten und der Mangel an Personal und Nachwuchs bewegten mich dazu, den Plan, Chemie zu studieren, aufzugeben. Stattdessen studierte ich Medizin und wählte Psychiatrie als künftigen Beruf. Zwei ungewöhnliche

Berufsziele verfolgte ich fortan: Anstoß zu geben zu einer Reform der psychiatrischen Versorgung und die Gründung eines nationalen Forschungsinstituts als Beitrag zur Forschungsausbildung und zur wissenschaftlichen Begründung psychiatrischen Handelns.

„BRUTALE REALITÄT“ IN PSYCHIATRISCHEN KRANKENHÄUSERN

Die Zustände in den 130 psychiatrischen Fachkrankenhäusern waren noch drei Jahrzehnte nach Kriegsende für heutige Verhältnisse unvorstellbar. Im Zwischenbericht der Enquete-Kommission (1973) wird die Situation der psychisch Kranken als „Brutale Realität“ bezeichnet. Etwa 1/3 der Patienten waren länger als 10 Jahre und nur 1/3 weniger als 1 Jahr untergebracht. 60% der Kranken waren in Räumen mit mehr als 5 Betten, 40% der Patienten in Räumen mit mehr als 10 Betten zusammengelegt. Die Personalausstattung war äußerst dürrig.

1972 berichteten unsere Heidelberger Ausbildungskandidaten zur Fachschwester/Fachpfleger für Psychiatrie nach einem obligaten achtwöchigen Praktikum in einem öffentlichen psychiatrischen Krankenhaus:

„Einige chronisch Kranke verlassen ihre Betten nicht mehr. Unruhige Kranke werden routinemäßig während der Nacht, häufig auch während des Tages fixiert. Einige chronisch Kranke weisen Ankylosen, bevorzugt an Knien und Wirbelsäule auf.“³

ZUR VORBEREITUNG DER PSYCHIATRIE-ENQUETE

Nach meiner Übersiedlung von der Münchner an die Heidelberger Psychiatrische Universitätsklinik 1958 tat sich die Chance auf, mit meinem Freund Caspar Kulenkampff, damals Ltd. Oberarzt an der Frankfurter Nervenlinik,

gemeinsam das Ziel zu verfolgen, eine Psychiatriereform anzustoßen. In Politik und Öffentlichkeit waren Aufmerksamkeit für die unzumutbare Lage der psychisch Kranken und Reformbereitschaft noch kaum wahrzunehmen. Wir bauten deshalb in unseren eigenen Versorgungsregionen kleine gemeindepsychiatrische Modelleinrichtungen auf. Wir eröffneten 1963 in Heidelberg eine zweijährige sozialpsychiatrische Weiterbildung für Krankenpflegepersonal, die inzwischen staatlich genehmigt ist und an einer größeren Zahl psychiatrischer Einrichtungen in Deutschland erfolgreich durchgeführt wird. Teilweise gemeinsam mit meinem Kollegen Karl Peter Kisker öffneten wir geschlossene Krankenstationen, bauten Tages- und Nachtkliniken, ein Übergangshaus, Nachsorgeprogramme, Patientenclubs und eine Werkstätte für chronisch Kranke auf.

1965 veröffentlichte ich eine Denkschrift, die mit dem Satz beginnt: „Die derzeitige psychiatrische Krankenversorgung in der Bundesrepublik – ein nationaler Notstand“. Mein damaliger Chef, Prof. Walter von Baeyer, und K. P. Kisker unterzeichneten mit, um der von einem jungen Privatdozenten vertretenen Sache mehr Gewicht zu verleihen. Die Denkschrift enthielt eine Darstellung von möglichen Schritten einer Psychiatrie-Reform in der BRD und die Empfehlung, ein nationales Forschungsinstitut zu errichten. Mit dieser Ankündigung begann auch die Gründungsgeschichte des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit.⁴

Der erste Versuch, die hohe Politik für die Sache zu gewinnen, war ein Besuch von Prof. v. Baeyer, Karl Peter Kisker und mir am 16. Juli 1964 bei der Bundesministerin für Gesundheit Dr. Elisabeth Schwarzhaupt. Ich habe der Ministerin ein Aide Memoire überreicht, das die Kernaussagen der erwähnten Denkschrift enthielt. Wir konnten Frau Schwarzhaupt überzeugen, aber der Durchbruch war es noch nicht, denn zuständig für Kranken-

versorgung ist nicht der Bund, sondern sind die Länder. Zwei Jahre später (1967) erhielten Caspar Kulenkampff und ich je einen Brief des Bundestagsabgeordneten der CDU Walter Picard, der sich in den psychiatrischen Krankenhäusern Hessens ein Bild der elenden Lage der Kranken gemacht hatte. Ihm gelang es, seine damals in der Opposition wirkende Fraktion zu einer Initiative zu bewegen. Am 17.4.1970 hielt Walter Picard eine historische Rede, die er mit Caspar Kulenkampff und mir abgestimmt und mit einzelnen Passagen aus meiner Denkschrift versehen hatte. Damit hat er den Anstoß zur Psychiatrie-Enquete gegeben. Nach zwei Anhörungen im Gesundheitsausschuss beschloss der Deutsche Bundestag am 23. Juni 1971, die Bundesregierung mit der Durchführung einer Enquete zur Versorgung psychisch Kranker zu beauftragen.



¹ Gekürzte Fassung des Vortrags gleichen Titels auf dem DGPPN-Kongress 2012

² Quelle: Der Spiegel 21/1978

³ Quelle: Archivakten der Psychiatrischen Weiterbildungsstätte; auch: Häfner H, Martini H (2011) Gründungsgeschichte des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit, S. 35 ff

⁴ Häfner H, Martini H (2011) Das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, C.H. Beck Verlag

DIE ENQUETE

Bundesgesundheitsministerin Käthe Strobel berief die 19 Mitglieder der Enquete-Kommission. Der Vorsitz wurde dem zum rheinischen Landesrat avancierten Prof. Kulenkampff, der stellvertretende Vorsitz mir übertragen. Als geborene Mitglieder gehörten ein Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums, der Vertreter der Länder und der jeweilige Präsident der DGPN – erst Prof. Degkwitz (Freiburg), später Prof. Hippus (München) - dem Vorstand an. Nach der Inauguration am 31.08.1971 wurde die Kommission zu einer Klausurtagung (26.–28.9.1971) mit dem Quickborner Team geladen. Das hatte vorher das Bundeskanzleramt von Willy Brandt beraten. Kulenkampff war wie ich der Meinung, dass hier die ersten gravierenden Fehler gemacht wurden. So fanden beispielsweise die Arbeitsgebiete Forschung und Psychotherapie bei der Abstimmung mit der Delphi-Methode nicht die erforderliche Zustimmung.

Auf der Grundlage der Quickborner Ergebnisse gründeten wir neun Arbeitsgruppen mit jeweils 8-10 Mitgliedern: Intramurale Dienste, Extramurale Dienste, Ausbildung und Personal, Gerontopsychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Suchtkranke, Rechtsfragen, Nomenklaturkommission und die Arbeitsgruppe zur Erhebung und Verarbeitung von Daten. Für das Thema Psychotherapie beriefen wir als Vorstand eine Arbeitsgruppe. Die Empfehlungen zur Forschung mussten wir mit Unterstützung durch Prof. Lauter (München) nach Abschluss der Kommissionsarbeit zu Papier bringen.

Zu der auf 23 Mitglieder angewachsenen Kommission kamen 91 Mitglieder der Arbeitsgruppen und sechs zur Bearbeitung spezifischer Themen berufene Expertenteams mit insgesamt 22 Mitgliedern. Die Kommission vergab 21 Untersuchungsaufträge und 21 honorierte Gutachten. Sie veranstaltete zwei Anhörungen und sechs Informati-

onsreisen. Die große Zahl der Beteiligten produzierte eine riesige Zahl von Informationen. Die Reduktion des Materials auf sinnvolle Empfehlungen war eine Sisyphusarbeit, die dem Vorstand – Prof. Kulenkampff, der eine bewundernswerte Integrationsfähigkeit und eine enorme Leistung aufbrachte, und mir – allerhand abforderte. Wir haben das Werk zusammen mit einem wissenschaftlichen Mitarbeiter und einem Redaktionsteam in einer langen Arbeitsphase im Chiemgauer Ferienhaus ‚Pfifferloch‘ der Familie Kulenkampff zusammengestellt.

Selbstverständlich war die Arbeit der Kommission nicht immer von Harmonie getragen. Es ging auch um einige kontroverse Interessen, etwa um die Frage, ob die Zahl meist isolierter großer Fachkrankenhäuser zugunsten von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern reduziert werden sollte. Prof. Kulenkampff erinnerte sich 25 Jahre nach der Enquete: „Die <Anstaltslobby> [...] verteidigte den Bestand der 130 Häuser mit Klauen und Zähnen.“ „Richtig wäre es gewesen“, so Kulenkampff, „besonders ungünstig situierte psychiatrische Krankenhäuser aufzugeben, zu schließen und die wegfallende Krankenhausbettenkapazität in gemeindenahen psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser zu verlagern.“⁵ Die Anstaltspsychiater hatten auch noch die Empfehlung durchgesetzt, neue psychiatrische Abteilungen nur ab einer Größe von 200 Betten zuzulassen. Gegen diese Empfehlung habe ich ein Sondervotum in den Enquete-Bericht eingebracht. Die Zeit hat uns Recht gegeben.

Im Juni 1972 forderte Professor Horst Eberhard Richter, ehemals Professor für Psychosomatische Medizin, Gießen, eine eigene Psychotherapie-Enquete, weil die Psychotherapie (Psychoanalyse) in der Enquete-Kommission nicht ausreichend repräsentiert sei. Er berichtete, dass er Bundeskanzler Willy Brandt im Flugzeug getroffen und seine Zustimmung erhalten habe.

Die Kommission verfügte jedoch bereits über eine vom Vorstand eingerichtete Arbeitsgruppe Psychotherapie, die mit mehreren angesehenen Repräsentanten besetzt war, bspw. Prof. Annetarie Dürßen, Berlin, und Prof. Heinz Schepank, Mannheim, und gute Arbeit leistete. Beide gehörten allerdings einer anderen Psychoanalytischen Gesellschaft als Herr Richter an. Wir hielten eine Herauslösung der Psychotherapie aus der Psychiatrie-Enquete für objektiv falsch und in der Konsequenz für fatal. Mehrere Monate später wandte sich die Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie DGPT, deren Vorstand Prof. H.E. Richter angehörte, mit einem Brief an die Bundesministerin für Gesundheit, Dr. Katharina Focke, und forderte eine unabhängige Enquete ‚Psychotherapie‘ mit Einrichtung mehrerer Arbeitsgruppen. Nach äußerst schwierigen Verhandlungen kam es zu einem Kompromiss: Die Kommission nahm einige von der DGPT vorgeschlagene Arbeitsgruppenmitglieder auf, die Analytiker verzichteten auf eine unabhängige Psychotherapie-Enquete und der Vorstand erklärte sich bereit, einen Empfehlungsentwurf ‚Psychotherapie‘ nicht dem Plenum sondern nur seinen eigenen Mitgliedern zur Prüfung vorzulegen. So konnte es bei einem Enquetebericht bleiben.

DIE EMPFEHLUNGEN DER ENQUETE-KOMMISSION

Die Empfehlungen der Enquete-Kommission sind sehr umfangreich und hier nicht darstellbar. Ich beschränke mich auf die dort genannten Prioritäten:

- Auf- und Ausbau eines bedarfsgeordneten, gemeindenahen Versorgungssystems mit ambulanten und komplementären Diensten
- Koordination und Zusammenarbeit innerhalb der Versorgungssysteme und Standardversorgungsgebiete
- Aus- und Aufbau ambulanter Dienste und psychiatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern

- Förderung der Aus-, Weiter- und Fortbildung
- Vorrangige Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher und Alkohol- und Suchtkranker
- Gleichstellung körperlich und seelisch Kranker in rechtlicher, finanzieller und sozialer Hinsicht

NACHWIRKUNG DER ENQUETE

Der Bericht der Sachverständigenkommission, den wir am 25.11.1975 der damaligen Bundesgesundheitsministerin Katharina Focke übergeben hatten, löste eine Welle positiver Veränderungen aus. Die Enquete-Empfehlungen sind innerhalb und größtenteils auch außerhalb der Psychiatrie ungewöhnlich rasch und erfolgreich aufgenommen worden. Asmus Finzen⁶ führte dies, sicher zu Recht, auf die aktive Beteiligung einer beachtlichen Zahl reformmotivierter Psychiater und Psychologen an der Arbeit der Kommission und ihrer Arbeitsgruppen zurück. Nach der Meinung von Historikern und Psychiatern (F.-W. Kersting, M. Bauer, H. Kunze)⁷ haben auch die großen gesellschaftlichen Umbrüche dieser Zeit, geprägt durch Studentenproteste und den Regierungswechsel zu Willy Brandt, dazu beigetragen. Sie gingen mit der Kritik an veralteten Systemen und autoritären Strukturen sowie dem wachsenden Verständnis für gesellschaftliche Randgruppen einher. In dieser Zeit des Aufbruchs haben Aufmerksamkeit, Verständnis für psychisch Kranke und bürgerliches Engagement Ziele und Arbeit der Enquete durch eine beachtliche Zahl von Berichten, Tagungen und neu geschaffenen Fachgesellschaften⁸ in der Gesellschaft unterstützt. Die Gründung der Aktion Psychisch Kranke durch Walter Picard, die als parteiübergreifende politische Lobby die Interessen psychisch Kranker bis heute erfolgreich wahrnimmt, war ein Schritt von zukunftsweisender Bedeutung.

Der Bundesminister für Finanzen, Hans Matthöfer, kündigte, was ganz ungewöhnlich war, Mittel aus dem Bundeshaushalt für die Finanzierung eines Modellprogramms zur raschen Umsetzung der Enquete-Empfehlungen an. Im Ergebnis wurden durch das Bundesgesundheitsministerium etwa 200 Mio. DM für 140 Projekte in 14 Modellregionen für den Aufbau und die Erprobung außerklinischer Versorgungsnetze investiert.

Das Bundesgesundheitsministerium berief eine Beraterkommission für das Bundesmodellprogramm unter Vorsitz von Prof. Kulenkampff und beauftragte die Prognos AG (Basel) mit der Begleitforschung. Nach Vorlage eines schwergewichtigen Schlussberichts der Prognos AG wurde die Berater-Kommission Anfang 1987 in „Experten-Kommission“ umbenannt und beauftragt, den Schlussbericht der Prognos AG in praktikable Empfehlungen zu verwandeln. Diese Empfehlungen wurden im November 1988 der Bundesgesundheitsministerin Prof. Rita Süßmuth übergeben. Sie enthalten eine Fortschreibung des Enquete-Berichts unter Berücksichtigung der Erfahrungen des Bundesmodellprogramms.

Der Bewertung, Umsetzung und Weiterentwicklung der Enquete-Empfehlungen dienten auch Tagungen der Aktion Psychisch Kranke, wovon ich nur drei erwähnen will:

- Psychiatrie fünf Jahre nach der Enquete, 1979, in Mannheim⁹
- Fortschritte und Veränderungen in der Versorgung psychisch Kranker - Ein internationalen Vergleich, 1986, in Bonn¹⁰
- Jubiläumstagung 25 Jahre Psychiatrie-Enquête, 2000, in Bonn¹¹

Auf der ersten der drei Tagungen berichtete ich als Mitveranstalter, die Empfehlungen der Enquete hätten „einen erstaunlich breiten Konsens, nicht nur innerhalb des Fachgebietes, sondern auch in Politik und Öffentlichkeit

⁵ Kulenkampff C (2001) Grußwort des Vorsitzenden der ehemaligen Enquete-Kommission in: 25 Jahre Psychiatrie-Enquete (Hrsg. Aktion Psychisch Kranke) Band 1, S. 40

⁶ Finzen, Asmus (1985) Ende der Anstalt

⁷ Kersting, FW (2001) Psychiatrie-Reform und 68. In: 25 Jahre Psychiatrie-Enquête (Hrsg. Aktion Psychisch Kranke) Band 1, S. 165 ff.

Kunze, H (2001) Der Entwicklungshorizont der Psychiatrie-Enquête: Ziele-Kompromisse-zukünftige Aufgaben? In: ebd. S. 103 ff.

Bauer M & Becker T (2001) Die Psychiatrie-Enquête im europäischen Vergleich. In: ebd., Band II, S. 235 ff

⁸ Gründung der Aktion Psychisch Kranke (18.01.1971) durch Walter Picard; Gründung des Mannheimer Kreises (29.5.1970); Gründung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (18.12.1970); Evangelische Akademie Loccum: Verabschiedung einer Resolution auf der Tagung „Der psychisch Kranke und die Gesellschaft“, gerichtet an den Fachausschuss des Bundestags (10.10.1970); Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie (DGPN): in 1970 Bildung einer Kommission zur Erarbeitung eines Rahmenplans mit Reformvorschlägen zur Versorgung psychisch Kranker; 73. Deutscher Ärztetag Stuttgart, 1970: erstmals Beschäftigung mit dem Thema „Fürsorge für psychisch Kranke und psychisch Gefährdete“

⁹ APK Band 5: Tagung am 23.11.1979 in Mannheim

¹⁰ APK Band 15: Tagung am 27./28.11.1986 in Bonn

¹¹ APK Band 27: Tagung am 22./23.11.2000 in Bonn - Bad Godesberg;

<http://www.apk-ev.de/public/publikationen.asp>

MITGLIEDER DER ENQUETE-KOMMISSION PSYCHIATRIE (STAND 1971):

VORSITZENDER:

Prof. Dr. Kulenkampff

STV. VORSITZENDE:

Prof. Dr. Dr. h.c. mult. Häfner, Heidelberg

VERTRETUNG DER BUNDESLÄNDER

„QUA AMT“:

Dr. Siede, Niedersachsen

VERTRETER DES BGM:

Dr. Bialonski, Bonn

PRÄSIDENT DER DGPN „QUA AMT“:

Prof. Degkwitz, Freiburg, bis 1973;

Prof. Hippus, München, ab 1973

MITGLIEDER:

Prof. Dr. Bosch (Uni-Sozialpsychiatrie), Berlin • Prof. Dr. Cohen (Uni-Psychologie), Konstanz • Prof. Dr. Degkwitz (Uni-Psychiatrie), Freiburg – Dr. Dilling (MPI), München • Prof. Dr. Harbauer (Uni-Kinder- u. Jugendpsychiatrie), Frankfurt • Prof. Dr. Huhn (Krankenhauspsychiatrie), Bonn • Prof. Dr. Janz (Krankenhauspsychiatrie), Ilten • Dr. Leonhardt (Psychiatrische Praxis), Bingen • Dr. Lotz (Psychiatrie), Nordrhein-Westfalen (Min.) • Dr. Metz (Psychiatrie), Schleswig-Holstein (Min.) • Prof. Dr. J.E. Meyer (Uni-Psychiatrie), Göttingen • Priv.-Doz. Dr. Reimer (Krankenhauspsychiatrie), Weinsberg • Prof. Dr. Dr. Richter (Psychosomatik), Gießen • Dr. Sautter (Psychiatrie), Baden-Württemberg (Min.) • Frau Schmidt-Gante (Sozialpsychiatrie), Frankfurt • Dr. Schmitz-Formes (Ärztekammer), Köln • Prof. Dr. Winkler (Krankenhauspsychiatrie), Gütersloh • Prof. Dr. von Zersen (MPI), München

gefunden.“¹² Es kamen aber nicht nur positive Berichte. Prof. Kunze hatte beispielsweise ein ungezügelttes Wachstum von Heimkapazitäten mit ärmerlichen Unterbringungsbedingungen als Folge unvorbereiteter Entlassungen langzeithospitalisierter Kranker festgestellt.¹³ Prof. Reimer, Weinsberg, klagte als „Abgesandter von der Psychiatriefront“: „Die Situation [der Krankenhäuser][sei] verzweifelt, aber nicht hoffnungslos“.¹⁴ 1986 fand in Bonn die internationale Tagung „Fortschritte und Veränderungen der Versorgung psychisch Kranker – Ein internationaler Vergleich“ statt. Vorträge und Diskussionen eröffneten die Einsicht, dass trotz aller weiterhin bestehenden Probleme in keinem anderen Land eine Reforminitiative vergleichbaren Ausmaßes gelungen war.

Die Tagung zum 25jährigen Jubiläum der Psychiatrie-Enquete, 2000 in Bonn, vereinte viel Prominenz mit einer großen Zahl Mitwirkender, erstmalig auch mit breiter Beteiligung der Verbände von Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen. Gesundheitsministerin Andrea Fischer bewertete die Enquete in einem engagierten Begrüßungsvortrag als „Meilenstein in der Geschichte der Reformbewegung der psychiatrischen Versorgung.“ Der Präsident der DGPPN, Prof. Saß, ergänzte, „dass die



PROF. DR. DR. H.C. MULT. HEINZ HÄFNER
Gründer des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Mannheim und Direktor von der Eröffnung im April 1975 bis zu seiner Emeritierung im September 1994

Situation psychisch Kranker [...] einen so tief greifenden Wandel erfahren hat wie kaum ein anderes Gebiet der Medizin“. Der ehemalige Vorsitzende der Kommission, Prof. Kulenkampff, stellte fest: „Die Enquete und die Folgen sind eine Erfolgsgeschichte. Es gibt natürlich nach wie vor Meinungsverschiedenheiten, aber eine richtige Gegenreformation hat es nicht gegeben“.

Tatsächlich ist der alte Konflikt zwischen Abteilungen und Fachkrankenhäusern just im Jubiläumsjahr 2000 mit einem fundamentalen Positionspapier der Chefärzte psychiatrischer Abteilungen wieder aufgebrochen. Sie forderten „mittelfristig, das System der Fachkrankenhäuser durch ein System von psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern zu ersetzen“ und erfuhren heftige Entgegnungen. Ganz verschwunden ist dieser Konflikt auch heute nicht. Ein ausschlaggebender Erfolg der Enquete war indessen immaterieller Natur: Ein Mentalitätswandel bei der Mehrzahl der in der psychiatrischen Krankenversorgung Tätigen und im Zusammenhang damit ein grundlegend veränderter Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen. Ich hoffe nur, dass dieser mit der wachsenden Bürokratie und Monetarisierung unserer Tage nicht wieder entschwindet.

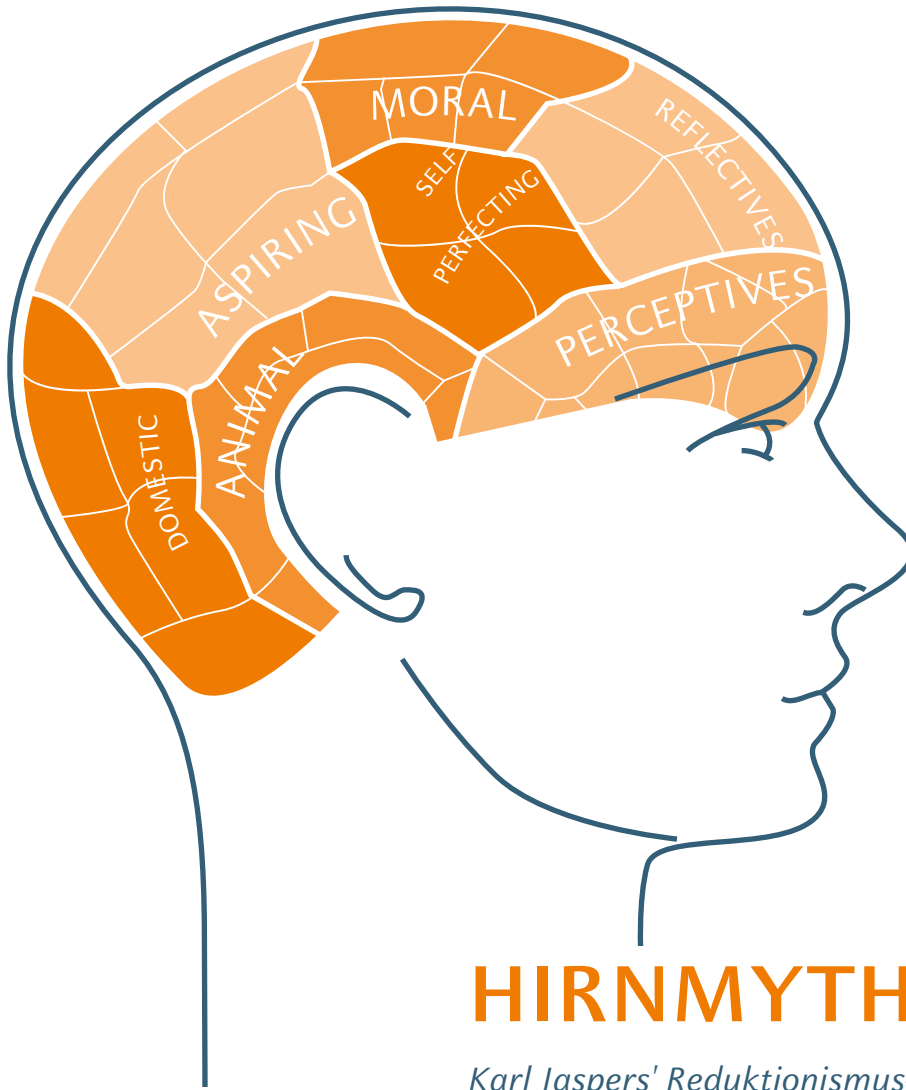
Der gebürtige Münchner kam 1958 zu Prof. W. von Bayer nach Heidelberg und wurde 1964 Mitglied der Heidelberger Medizinischen Fakultät. 1967 Ruf auf den Lehrstuhl für Psychiatrie an der Fakultät für Klinische Medizin Mannheim der Universität Heidelberg und Leitung der Sozialpsychiatrischen Klinik in Mannheim.

Unter seiner Leitung wurde das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit zu einem nationalen Forschungsinstitut aufgebaut. Häfner ist Autor von mehr als 600 wissenschaftlichen Arbeiten, sein im Jahr 2000 erschienenes Buch „Das Rätsel Schizophrenie - Eine Krankheit wird entschlüsselt“ liegt mittlerweile in der dritten Auflage vor. 2004 gingen seine Forschungsergebnisse über die psychische Erkrankung des Bayernkönigs Ludwig II. international durch die Medien. Häfner erhielt mehrere nationale und internationale Auszeichnungen.

¹² APK Band 5, S. 11

¹³ APK Band 5, S. 43 ff

¹⁴ APK Band 5, S. 23



HIRNMYTHOLOGIEN?

Karl Jaspers' Reduktionismus-Kritik heute

Autor: Thomas Fuchs

2013 feiert die Psychiatrie den 100. Jahrestag des Erscheinens der „Allgemeinen Psychopathologie“ (AP) (vgl. Stanghellini u. Fuchs 2013, Fuchs et al. 2013). Mit ihr gilt Karl Jaspers als unumstrittener Begründer der Psychopathologie als eigenständiger Wissenschaft. Weniger bekannt ist, dass diese Begründung eine wesentliche Voraussetzung hatte, nämlich Jaspers' Zurückweisung von Wilhelm Griesingers Dogma „Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten“. Um 1900 war die Mehrheit der Psychiater der Ansicht, Begriffe wie Seele oder Geist seien durch die Hirnphysiologie überholt, und manchen galt die Psychiatrie nur noch als die „Klinik der Vorderhirnkrankheiten“ (Meynert 1884). Diesem Reduktionismus trat Jaspers entgegen: Das „somatische Vorurteil“, so schreibt er in der Einleitung seines Werkes, setze voraus, „... dass die eigentli-

che Wirklichkeit des Menschen ... ein somatisches Geschehen sei. Erkannt sei der Mensch, wo er somatisch erkannt sei, das Reden vom Seelischen sei vorläufig und bedeute nur einen Lückenbüßer ohne rechten Erkenntniswert“ (AP 15).

Diese Einstellung führe zu einer Identifikation von neurophysiologischen Befunden mit seelischen Erlebnissen und damit zu abenteuerlichen Konstruktionen, die Jaspers als „Hirnmythologien“ bezeichnet (AP 16): „Es fehlt für diese somatischen Konstruktionen ... insofern jede Grundlage, als nicht ein einziger bestimmter Hirnvorgang bekannt ist, der einem bestimmten seelischen Vorgang als direkte Parallelerscheinung zugeordnet wäre. Die Lokalisation der verschiedenen Sinnesgebiete auf die Hirnrinde, der Aphasien an die linke Hemisphäre bedeuten nur, dass diese Organe intakt sein müssen, damit ein bestimm-

ter seelischer Vorgang möglich sei; jedoch im Prinzip nicht anders als auch das intakte Funktionieren des Auges, der motorischen Mechanismen usw. dazu notwendige Werkzeuge sind“ (AP 16). Alle Lokalisationen von seelischem Erleben beruhen also auf der Verwechslung von notwendigen Bedingungen und hinreichenden Ursachen: „Immer kennen wir nur Bedingungen des Seelischen; niemals kennen wir die Ursache eines seelischen Vorganges ...“ (AP 382).

Psychopathologie als Wissenschaft beruht hingegen für Jaspers auf der Annahme, dass auch das seelisch Abnorme gestalt- und sinnhaften Charakter trägt und sich nicht in der Aufzählung von Symptomen erschöpft, die als direkte Widerspiegelung von neuronalen Substratstörungen aufzufassen wären. „Wir kennen aber nirgends einen körperlichen Vorgang im Gehirn, der (...) identisch mit dem krankhaften Seelenvorgang wäre“ (AP 382). Denn „...das Psychische ist immer ein Gesamtgeschehen, das aus Teilfunktionen nicht zusammensetzbar ist, dem aber Funktionen als Werkzeuge dienen, bei deren Störung das Gesamtgeschehen unmöglich wird“ (AP 414). Selbst solche Hirnfunktionsstörungen sind aber immer nur „... eine der Ursachen seelischer Störungen neben anderen. Der Gedanke, alles Seelische sei durch das Gehirn wenigstens mitbedingt, ist zwar richtig, ist aber in solcher Allgemeinheit nichtsagend“ (ebd.).

Jaspers' Warnung gilt auch heute im Zeitalter bildgebender Verfahren noch unverändert. Die suggestiv wirkenden Abbildungen des Gehirns „beim Wahr-

nehmen“, „beim Fühlen“ oder „Denken“ legen es allzu nahe, solche Tätigkeiten mit den lokalen Hirnaktivitäten zu identifizieren. Doch keine der spezialisierten Regionen ist für sich in der Lage, die komplexen Integrationsleistungen zu erbringen, wie sie Bewusstseinsprozessen zugrunde liegen. Welche Hirnaktivitäten diese mindestens erfordern, ja ob sie nicht über das Gehirn hinaus den ganzen Organismus und seine Umwelt einbeziehen, lässt sich mittels Bildgebungsstudien gar nicht entscheiden.

Bewusstsein ist keine Innenwelt, sondern die Beziehung eines Lebewesens zu seiner aktuellen Umwelt (Fuchs 2012). Daher finden wir im Gehirn keine bewussten Erlebnisse, sondern nur ihnen zugeordnete neuronale Teilprozesse. Das Gleiche gilt für psychische Krankheitsphänomene. Im Unterschied zur Neurologie, die einzelne klinische Ausfallserscheinungen mit lokalen organischen Läsionen korreliert, hat es die Psychiatrie mit Störungen zu tun, in denen der ganzheitliche Aufbau des Selbst- und Welterlebens insgesamt betroffen ist. Dieses abgewandelte oder gestörte Erleben lässt sich nicht mehr in Form von Einzelsymptomen beschreiben, sondern erfordert eine phänomenologische Vergegenwärtigung der Welt des Kranken, seiner Subjektivität. Erst wenn diese Aufgabe geleistet und die psychische Erkrankung in den Strukturen von Leib-, Raum-, Zeiterleben und Intersubjektivität erfasst ist, kann die Suche nach biologischen, lebensgeschichtlichen oder sozialen Ursachen von einer methodisch gesicherten Basis aus erfolgen.

LITERATUR

Fuchs, T. (2012) *Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption*. 4. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart.

Fuchs, T., Micali, S., Wandruszka, B. (2013) (Hrsg.) *Karl Jaspers – Phänomenologie und Psychopathologie*. Alber, Freiburg/München.

Griesinger, W. (1861) *Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten*. Krabbe, Stuttgart.

Jaspers, K. (1973) *Allgemeine Psychopathologie* (1913). 9. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York (im Text ‚AP‘ abgekürzt)

Meynert, T. (1884) *Psychiatrie. Klinik der Erkrankungen des Vorderhirns begründet auf dessen Bau, Leistungen und Ernährung*. Braumüller, Wien.

Stanghellini, G., Fuchs, T. (2013) (Hrsg.) *One Century of Karl Jaspers' General Psychopathology*. Oxford University Press, Oxford



ECHTE VORTEILE FÜR MITGLIEDER

Die DGPPN bietet Ihnen mit über 7.000 Mitgliedern eine breite Plattform für den Erfahrungs- und Wissensaustausch mit Kolleginnen und Kollegen im Bereich Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. Sie vertritt die Interessen des Fachgebiets in allen relevanten Fragen gegenüber der Gesundheits- und Wissenschaftspolitik.

Ein Blick auf die Dienstleistungen und Tätigkeiten der DGPPN zeigt, dass sich die Mitgliedschaft für Sie lohnt:

- Ermäßigte Teilnahmegebühr für den DGPPN Kongress
- Kostenloses Abonnement von *Psyche im Fokus* und *Der Nervenarzt*
- Kostengünstige Abonnements von weiteren Fachzeitschriften
- Günstigere Teilnahmegebühr an berufspolitischen Workshops und Facharztrepitorien
- Stellenbörse auf www.DGPPN.de
- Spezielle Förderprogramme für den Nachwuchs – zum Beispiel das DGPPN-Mentoringprogramm oder das DGPPN-Starterpaket für Medizinstudierende
- Regelmäßiger Mitgliedernewsletter
- Unterstützung der Mitglieder unserer Fachgesellschaft
- Für Kliniken: vergünstigte Gebühren für die Zertifizierung ihres Weiterbildungsprogramms
- u.v.m.

Wer kann Mitglied werden?

- Approbierte Ärztinnen und Ärzte sowie Psychologische Psychotherapeuten
- Angehörige anderer akademischer Berufsgruppen, die auf dem Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie arbeiten und über einen Universitätsabschluss verfügen

Engagieren auch Sie sich in der DGPPN!

Denn gemeinsam sind wir stärker, wenn es gilt, für die Interessen unseres Faches und für eine bessere Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in unserer Gesellschaft einzutreten.

Jetzt Mitglied werden!

DGPPN-Mitgliederservice

Reinhardtstraße 27B

D-10117 Berlin

Tel: +49.(0)30.2404 772 0

Fax: +49.(0)30.2404 772 29

mitgliederservice@dgppn.de

www.dgppn.de > Mitgliedschaft > Beitritt



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](http://www.dgppn.de)