

PSYCHE IM FOKUS



Das Magazin der DGPPN

Unter vier Augen: Jules Angst
und Andreas Heinz

→ S. 20

Wissenschaft: Diagnoseschlüssel
und Computerspielsucht

→ S. 30

Philosophie: Sensus Communis
und Schizophrenie

→ S. 38



FOTOAUSSTELLUNG

CRAZY

Persönliche Perspektiven auf psychische Erkrankungen:
Internationale Fotografen zeigen ihre Arbeiten in Berlin

→ S. 10

INHALT



Im Gespräch mit einem der renommiertesten
Psychiatrieforscher: Jules Angst → **S. 20**

2 EDITORIAL

4 GESUNDHEITSPOLITIK

10 GESELLSCHAFT
Fotoausstellung CRAZY

14 GESELLSCHAFT
Schizophrenie als Familiendrama

19 BIBLIOTHEK
Seitenweise Psychiatrie

20 UNTER VIER AUGEN
Jules Angst und Andreas Heinz

26 DGPPN KONGRESS 2019
Volle Kraft voraus für die Forschung

29 INSIDE DGPPN
Smarte Versorgung



Psyche und Kunst: noch bis zum
21. April ist die Ausstellung CRAZY
in Berlin zu sehen
→ **S. 10**

30 WISSENSCHAFT
ICD-11: neuer Diagnoseschlüssel

34 WISSENSCHAFT
Merk-würdige Studienergebnisse

36 NACHWUCHS
Neue Kampagne zu Demenz

38 PHILOSOPHIE
Sensus Communis und Schizophrenie

42 VON GESTERN FÜR HEUTE
Psychiatrie in der Nachkriegszeit

48 IMPRESSUM



Geschichte: die Entwicklungen der Fach-
gesellschaft nach dem Zweiten Weltkrieg
→ **S. 42**



Gesundheitspolitik: Die DGPPN ist auf
vielen Ebenen aktiv (Bild: Parlama-
ntarischer Abend 2018) → **S. 4**

Liebe Leserinnen und Leser,



als neuer Präsident der DGPPN liegen mir ein paar Themen besonders am Herzen, die Sie auch in der vorliegenden Ausgabe der *Psyche im Fokus* wiederfinden. An erster Stelle ist dies die personenzentrierte Versorgung im Zusammenhang mit psychosozialen Fragen und insbesondere der psychischen Gesundheit im Alter. Persönliche Zuwendung, Teilhabe und angemessen vergütete Zeit für Gespräche mit den Patienten sind lang gehegte Forderungen, die wir nachdrücklich unterstützen und voranbringen wollen. Auch die bedarfsgerechte Behandlung von Menschen am Rande der Gesellschaft muss für eine moderne Gesellschaft selbstverständlich sein: Armut kann psychische Erkrankungen verstärken, und immer mehr Menschen verlieren in einer Erkrankung auch ihre Wohnung. Wir sollten daher frühzeitig präventiv und kurativ auf diesen Kreislauf einwirken können.

Weiterhin wird die Erforschung psychischer Erkrankungen mehr Aufmerksamkeit erfahren. Mit der bevorstehenden Gründung eines Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit (S. 7) verbinden wir die Hoffnung für eine gleichberechtigte Netzstruktur, die der Vielfalt und dem innovativen Potenzial der deutschen Forschungslandschaft gerecht wird. Deshalb brauchen wir ein kompetitives Auswahlverfahren unter Beteiligung der Betroffenen und Angehörigen und eine gleichberechtigte Zusammenarbeit der universitären und außeruniversitären Standorte, die als Knotenpunkte für weitere Forschungseinrichtungen dienen sollen. Nicht zuletzt ist Vernetzung auch für die internationale Zusammenarbeit elementar. Wir haben in Deutschland eine wichtige psychopathologische Tradition und innovative sozialpolitische, psychotherapeutische und neurobiologische Ansätze, die wir verstärkt in den internationalen Austausch einbringen können.

Diese Traditionen und Perspektiven gehören zu unserem vielseitigen Fach und ihre zunehmende Vernetzung kann den Erkenntnisgewinn fördern. Spätestens im November auf dem DGPPN Kongress (S. 26) dürfen wir das wie jedes Jahr erleben.

Ihr Andreas Heinz – für den Vorstand der DGPPN

A handwritten signature in blue ink that reads "Andreas Heinz".

Präsident

**„Das heutige
Wissen ist der
aktuelle Stand des
Irrtums.“**

Jules Angst

Mit der Politik an einem Tisch

Im Oktober 2018 lud die DGPPN Politik, Selbstverwaltung und Verbände zu einem Parlamentarischen Abend in die Parlamentarische Gesellschaft ein, um über aktuelle und zukünftige Herausforderungen zu diskutieren. Dabei wurden zwei neue Publikationen der Fachöffentlichkeit vorgestellt: das DGPPN-Dossier und das DGPPN-Standpunkt Papier zur Zukunft der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Der Einladung in die Räumlichkeiten der Parlamentarischen Gesellschaft waren Abgeordnete (fast) aller Parteien und eine Vielzahl an Vertretern aus dem Bereich der ärztlichen Selbstverwaltung und der Verbände gefolgt. Der Schirmherr des Abends, der frühere Vorsitzende des Gesundheitsausschusses Professor Edgar Franke, rief in seinem Grußwort zum Schluß aller Beteiligten zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen auf. Anschließend verdeutlichte der Festredner Andreas Klein vom Zukunftsinstitut Wien in seinem Vortrag „Silver Society, Digitalisierung und New Work: was die gesellschaftlichen Megatrends für unsere Psyche bedeuten“ das Wechselverhältnis von sozialen Trends und psychischer Gesundheit und die damit verbundenen Herausforderungen. Ob Individualisierung, Digitalisierung oder Mobilität – viele gesellschaftliche Entwicklungen stellen, so Klein, hohe Anforderungen an die

menschliche Psyche. So führe die neue Individualität zu einer Kultur der Wahl, die manche überfordert. In einer digitalisierten wie globalisierten Gegenwart und Zukunft würden Arbeit und Freizeit fließend ineinander übergehen. Die Menschen arbeiteten kaum noch körperlich und der psychischen Leistungsfähigkeit würde immer mehr Bedeutung beigemessen. DGPPN-Präsident Professor Arno Deister betonte in seinem Vortrag, dass psychische Erkrankungen heute bereits eine enorme gesellschaftliche Relevanz aufweisen. Dies belegte er anschaulich mittels Fakten und Analysen aus dem neuen Dossier, das im Rahmen der Veranstaltung präsentiert wurde.

Um den aufgezeigten Herausforderungen zu begegnen, identifiziert das Standpunkt Papier vier Handlungsfelder für eine zukunftsfähige Psychiatrie. Dazu zählen die Weiterentwicklung der Versorgung, aktuelle Chancen der Forschung, Ausbildung und Nachwuchsgewinnung sowie eine angemessene Personalausstattung.

Im Anschluss an die Vorträge waren die Teilnehmer eingeladen, mit den Experten aus dem Vorstand der DGPPN zu den jeweiligen Standpunkten in einen Dialog zu treten. Die Diskussionen an den Thementischen zeigten, dass bei allen Beteiligten großer Gesprächsbedarf besteht. Und, dass es die DGPPN einmal mehr geschafft hatte, alle relevanten Stakeholder an einen Tisch zu holen.

DGPPN-Dossier

45 Milliarden Euro direkte Gesundheitskosten, 15% aller Arbeitsunfähigkeitstage pro Jahr, jeder vierte Erwachsene in Deutschland ist betroffen: All diese Zahlen beschreiben die aktuelle Lage zum Thema psychische Erkrankungen in Deutschland. Das DGPPN-Dossier ist die neue Faktensammlung zum psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystem. Daten und Grafiken, aber auch Hintergrundgeschichten und Kurzinterviews aus Sicht von Ärzten, Betroffenen und Angehörigen machen deutlich, wie und wo es besser laufen könnte.

DGPPN-Standpunkte

Anknüpfend an das Dossier hat der DGPPN-Vorstand ein Standpunkt Papier erarbeitet, das anhand der vier Schwerpunktthemen Versorgung, Forschung, Nachwuchs und Qualität die nötigen Weichenstellungen aufzeigt, um die Psychiatrie und Psychotherapie der Zukunft patientenorientiert, zeitgemäß und nachhaltig zu gestalten. Den Leitprinzipien Patientenwohl und Wissenschaftlichkeit verpflichtet, werden Lösungsansätze formuliert, die unverzichtbar für eine zukunftsfähige Psychiatrie sind.





Psychiatrie und Psychotherapie to go: Fernbehandlung ist bald möglich

In den Berufsordnungen für Ärzte und Psychotherapeuten wird künftig der Einsatz von Online-Behandlungen unter bestimmten Voraussetzungen geregelt sein. Zudem hat der Gesetzgeber den Abbau rechtlicher Hürden für die Anwendung telemedizinischer Leistungen beschlossen. Damit sind Behandlungen und Beratungen per E-Mail, Videotelefonie oder Kurznachrichten in greifbare Nähe gerückt – eine Neuerung, die für die sprechende Medizin mit tiefgreifenden Veränderungen verbunden sein könnte.

Der 121. Deutsche Ärztetag hat im Mai 2018 beschlossen, das Verbot einer ausschließlichen Fernbehandlung in der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) zu lockern. Bisher waren eine unterstützende Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien nur zulässig, wenn zuvor mindestens einer der mitbehandelnden Ärzte den Patienten persönlich auf die betreffenden Beschwerden hin untersucht hatte. Eine „ausschließliche Fernbehandlung“ war grundsätzlich ausgeschlossen.

Ausschließliche Fernbehandlung ist auch nach der neuen Regelung nur in Einzelfällen zulässig. Mit dieser Formulierung soll dem Aufbau telemedizinischer Primärarztmodelle, etwa in Form kommerziell betriebener Callcenter, entgegen gewirkt werden. Der persönliche Kontakt zwischen Arzt und Patient stelle weiterhin den „Goldstandard“ ärztlichen Handelns dar, so die Begründung im Änderungsbeschluss. Die Delegierten sprachen sich zudem dagegen aus, Krankenschreibungen, Rezepte oder Überweisungen ohne persönlichen Kontakt zum Patienten auszustellen.

Im November zog auch der 33. Deutsche Psychotherapeutentag nach und nahm die Möglichkeit von Behandlungen über Kommunikationsmedien in die Muster-Berufsordnung der Psychologischen Psychotherapeuten auf. In dem neu gefassten Paragraphen wird für die Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung das persönliche Vorstellen des Patienten ausdrücklich gefordert, während in der ärztlichen Berufsordnung an diesem Punkt nur allgemein auf die Wahrung der ärztlichen Sorgfaltspflicht verwiesen wird.

Das sagt der Gesetzgeber:

Geänderter § 7 Abs. 4 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte beraten und behandeln Patientinnen und Patienten im persönlichen Kontakt. Sie können dabei Kommunikationsmedien unterstützend einsetzen. Eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien ist im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird und die Patientin oder der Patient auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt wird.

Geänderter § 5 Abs. 5 der Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erbringen psychotherapeutische Behandlungen im persönlichen Kontakt. Behandlungen über Kommunikationsmedien sind unter besonderer Beachtung der Vorschriften der Berufsordnung, insbesondere der Sorgfaltspflichten, zulässig. Dazu gehört, dass Eingangsdiagnostik, Indikationsstellung und Aufklärung die Anwesenheit der Patientin oder des Patienten erfordern. Die Mitwirkung an Forschungsprojekten, in denen psychotherapeutische Behandlungen ausschließlich über Kommunikationsmedien durchgeführt werden, bedarf der Genehmigung durch die Landespsychotherapeutenkammer.

Nicht-Mediziner sollen Psychopharmaka verschreiben dürfen

Der Bundesgesundheitsminister hat im Januar einen Referentenentwurf vorgelegt, der die Einführung eines neuen, eigenständigen Hochschulstudiengangs Psychotherapie vorsieht. Insbesondere die Pläne hinsichtlich der Berechtigung dieser Nicht-Mediziner zur Verschreibung von Psychopharmaka sorgen für breiten Widerstand.

Demnach soll es zukünftig möglich sein, über ein Masterstudium mit abschließender staatlicher psychotherapeutischer Prüfung die Approbation und Bezeichnung „Psychotherapeut“ zu erlangen. In Modellstudiengängen soll außerdem die Berechtigung zur Verschreibung von Psychopharmaka erprobt werden – und zwar lediglich auf Grundlage einer begrenzten Pharmakologieschulung innerhalb einer fünf

Jahre umfassenden Studienzeit. Im Gegensatz zum Medizinstudium enthalten die Pläne kein Praktisches Jahr und kein Staatsexamen im Sinne einer zentralisierten Wissensprüfung.

Die DGPPN sieht darin eine drohende schwerwiegende Gefährdung der Patientensicherheit und lehnt deshalb den Referentenentwurf ab. Aus ihrer Sicht liegt diesem die irri-ge Annahme zugrunde, dass Psychotherapie isoliert, ohne eine wissenschaftlich fundierte Ausbildung in Psychologie oder Medizin als Technik erlernt und ausgeübt werden kann. Damit sieht die Fachgesellschaft die Erfolge und Bemühungen um ganzheitliche Versorgung und leitlinien-gerechte Verordnung von Medikamenten bedroht.

Deutsches Zentrum für Psychische Gesundheit

Das Bundesforschungsministerium hat im September die Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit angekündigt und entspricht damit der Forderung nach einer verstärkten Strukturförderung der Psychiatrieforschung in Deutschland. Die Einzelheiten zur Ausschreibung und Ausgestaltung des Zentrums werden aktuell in einem Anhörungsverfahren diskutiert.

Die Erforschung der Ursachen und Therapien psychischer Erkrankungen hat in den letzten Jahrzehnten durch zahlreiche technische Innovationen und umfangreiche epidemiologische Studien einen Aufschwung erfahren. Daraus ergeben sich große Potenziale für die Entwicklung neuer präventiver, diagnostischer und therapeutischer Ansätze. Gleichzeitig sind viele Fragen zur Translation der Erkennt-

nisse aus der Grundlagenforschung in die klinische Praxis ungelöst. Durch die Bereitschaft zur nachhaltigen, strukturellen Förderung von multiprofessionellen Netzwerken kann unterstützt werden, dass die Ergebnisse aus der Forschung auch beim Patienten, bei den Angehörigen und in der Gesellschaft ankommen. Die im September vom Forschungsministerium angekündigte Einrichtung eines Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit sollte als vernetztes Zentrum aus gleichberechtigten universitären und außeruniversitären Einrichtungen realisiert werden, um die Vielfalt der deutschen Forschungslandschaft und die damit verbundenen Chancen zu bewahren. Aktuell erfolgt die inhaltlich-strategische und strukturelle Konzeption des Zentrums in einem wissenschaftsgeleiteten Verfahren. Der Erhalt und die nachhaltige Förderung vielfältiger Forschungsansätze steht im Fokus der DGPPN.

Hilfe durch Zwang?

Zwangsmaßnahmen im Rahmen der medizinischen Versorgung, welche mit dem Wohl des Betroffenen begründet werden, kommen grundsätzlich nur als *ultima ratio* in Betracht. Das hat der Deutsche Ethikrat am 1. November 2018 in Berlin in seiner Stellungnahme „Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung“ klargestellt. Dabei wurde die Fähigkeit zur Selbstbestimmung zum zentralen normativen Bezugspunkt erklärt.

Wenn einer Person ein schwerer gesundheitlicher Schaden droht, sie sich aber nicht behandeln lassen möchte, können Zwangsmaßnahmen in letzter Instanz dem Wohl der betroffenen Person dienen. Gleichzeitig stellen sie aber auch immer einen schwerwiegenden Eingriff in die Grundrechte dar und müssen rechtlich und ethisch besonders sorgfältig begründet werden. Der Deutsche Ethikrat hat auf der Basis eines umfangreichen Anhörungsverfahrens in einer aktuellen Stellungnahme die Bedingungen definiert, welche die Anwendung des sogenannten „wohltätigen Zwanges“ rechtfertigen können. Dabei gilt der Grundsatz, dass dieser nur als *ultima ratio* in Betracht kommt, also dann, wenn vorher versucht worden ist, Zwang durch andere Maßnahmen zu verhindern.

Betont wird, dass die Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse in der Krankenhausversorgung deshalb immer derart zu gestalten sind, dass Gefahren und Zwang

vermieden werden können. Auch sollten Zwangsmaßnahmen nur dann infrage kommen, wenn von einem Patienten/Betroffenen eine Gefährdung ausgeht und er in seiner Selbstbestimmungsfähigkeit so stark eingeschränkt ist, dass er keine freie Entscheidung treffen kann. Somit erklärt der Ethikrat die Fähigkeit zur Selbstbestimmung zum zentralen normativen Bezugspunkt im Umgang mit Zwang. Zwang zum Wohl eines in seiner Entscheidung frei verantwortlichen Patienten muss ausgeschlossen sein. Damit bestätigt der Deutsche Ethikrat die langjährige Forderung der DGPPN an die Landesgesetzgeber zur Überarbeitung der PsychKG in diesem Punkt. Auch die Forderungen des Ethikrats, dass Zwangsmaßnahmen sorgfältig dokumentiert und in regelmäßigen Abständen ausgewertet werden und dass Maßnahmen der Qualitätssicherung wie Fehlermeldesysteme und Beschwerdemanagement auch Zwangsmaßnahmen erfassen sollten, entspricht den Forderungen der DGPPN. Kritisch wird die recht einseitige Fokussierung der Stellungnahme auf die Psychiatrie gesehen. Denn auch in der somatischen Medizin lässt sich feststellen, dass Maßnahmen ohne Einwilligung bzw. gegen den natürlichen Willen der Betroffenen häufig erfolgen. Nur finden diese weitgehend außerhalb der öffentlichen Wahrnehmung statt. Die DGPPN wird deshalb auf andere, auch somatische, medizinische Fachgesellschaften zugehen, um dort die Sensibilität für den Umgang mit selbstbestimmungsunfähigen Patienten zu stärken und um gemeinsame Standpunkte zum Umgang mit Zwangsmaßnahmen zu entwickeln.

BMG lädt zum Dialog ein

Mit dem Vorhaben, das Hilfesystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen weiterzuentwickeln, hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) in dieser Legislaturperiode einen umfassenden Diskussionsprozess angestoßen.

Das Bundesgesundheitsministerium lädt in dieser Legislaturperiode Vertreter von Verbänden und weitere Experten zu einem Dialog ein. Am 6. November 2018 fand die Auftaktveranstaltung zur „Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen“ in Berlin statt, welche von

der Aktion Psychisch Kranke (APK) im Rahmen ihrer Jahrestagung organisiert worden war. Ziel ist eine Standortbestimmung des psychiatrischen Hilfesystems, die Verständigung über den aktuellen Entwicklungsbedarf im Rahmen des Fünften Sozialgesetzbuches sowie die Formulierung konkreter Handlungsempfehlungen für einen Abschlussbericht im Jahr 2021. Der Prozessplan sieht eine

Reihe von Workshops zu verschiedenen Schwerpunktthemen vor, welche von einer großbesetzten Expertenkommission und einem Beirat begleitet werden sollen. Mit der Organisation der Veranstaltungen ist die APK betraut. Offen ist bislang, auf welche Weise die Experten ausgewählt und berufen werden sollen.

Systemische Therapie auf dem Weg in die Regelversorgung

Die Systemische Therapie steht kurz vor der Anerkennung zum Richtlinienverfahren. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit Beschluss vom 22. November 2018 den Nutzen und die medizinische Notwendigkeit des Verfahrens für die Behandlung Erwachsener festgelegt. Bis zur Aufnahme in die Regelversorgung ist jedoch noch eine weitere Hürde zu nehmen.

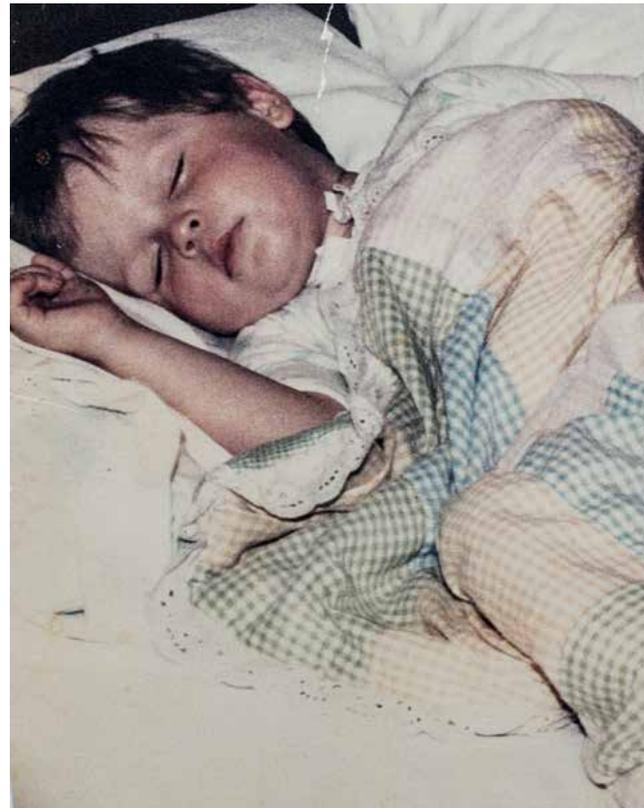
Die Systemische Therapie ist seit Jahren ein wichtiger Bestandteil der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. In Kliniken, im Rehabilitationssektor sowie in der aufsuchenden sozialpsychiatrischen Arbeit werden Systeminterventionen u. a. aufgrund der hohen Ressourcenorientierung, flexiblen Einsetzbarkeit und der Einbeziehung des sozialen Umfelds des Patienten als sinnvolle Ergänzung zu anderen Behandlungsbausteinen geschätzt. Eine Zulassung als Kassenleistung für die ambulante psychotherapeutische Versorgung steht bisher jedoch noch aus. Erst wenn die Systemische Therapie in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen wird, ist der Anspruch auf Kostenübernahme für gesetzlich versicherte Patienten neben der Verhaltenstherapie und den psychoanalytisch begründeten Verfahren gewährleistet.

Damit neue Verfahren sozialrechtlich anerkannt werden, müssen sie mehrere Kriterien erfüllen. Erforderlich ist zunächst die wissenschaftliche Anerkennung des Verfahrens durch den Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie, dessen positives Votum für die Systemische Therapie bereits seit 2008 vorliegt. Darüber hinaus sind der indikationsbezogene Nutzen und die medizinische Notwendigkeit des Verfahrens in wichtigen Anwendungsbereichen zu prüfen, womit der G-BA im Falle der Systemischen Therapie seit 2013 beauftragt war.

Mit seinem Beschluss vom 22. November 2018 hat der G-BA nun den indikationsbezogenen Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Systemischen Therapie als Psychotherapieverfahren für Erwachsene anerkannt. Die beiden Kriterien sind demnach für die Anwendungsbereiche Angst- und Zwangsstörungen, affektive Störungen, Abhängigkeitserkrankungen, Essstörungen sowie psychotische Störungen hinreichend belegt. Bis ein Verfahren Eingang in die Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherten findet, bedarf es noch einer weiteren Prüfung. Erst nach einer „sektorspezifischen Bewertung der Wirtschaftlichkeit und medizinischen Notwendigkeit“ durch den G-BA kann die Systemische Therapie in die Psychotherapie-Richtlinie aufgenommen werden. Laut G-BA soll diese Entscheidung bis März 2019 vorliegen.

Fotoausstellung **CRAZY**

Menschen mit psychischen Erkrankungen in ihrer Welt nahe zu kommen, scheint für Außenstehende fast unmöglich. Fünf Fotografen haben sich aus ganz persönlichen Gründen genau dieser Aufgabe gestellt. Die Arbeiten sind noch bis zum 21. April in Berlin zu sehen.



Louis Quail



Laia Abril



Sibylle Fendt



Die spanische Fotografin **Laia Abril** beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit Weiblichkeit und Körperbild. Ihre international ausgezeichnete Serie *The Epilogue* erzählt die Geschichte der Familie Robinson, die ihre jüngste Tochter durch Bulimie verlor. Das gleichnamige Buch wurde 2014 für den *PhotoBook-Aperture-Award* nominiert.

Der Brite **Louis Quail** zeigt in seiner intimen fotografischen Annäherung *Big Brother* das facettenreiche Leben seines Bruders mit Schizophrenie. Die Dokumentation, die mit dem *Renaissance Series Prize 2017* ausgezeichnet wurde, offenbart den Menschen in einer Krise, ohne je die Wertschätzung für ihn zu verlieren.

In *Gärtners Reise* dokumentiert die Berliner Fotografin **Sibylle Fendt** die letzte Reise des Ehepaars Lothar und Elke Gärtner. Ihr Leben lang hatten sie als begeisterte Camper Europa im Wohnwagen bereist. Zwei Jahre zuvor hatte Elke Gärtner die Diagnose Demenz erhalten, ihr Ehemann wollte sie so lange wie möglich zuhause pflegen und auf ihrem Weg begleiten. Sibylle Fendt ist Mitglied der renommierten Agentur OSTKREUZ.



Melissa Spitz

Nora Klein

Die New Yorker Fotografin **Melissa Spitz** widmet ihre Arbeit *You Have Nothing to Worry About* dem Gefühlsleben ihrer schwer psychisch erkrankten Mutter. Die Fotografien zeigen Spitz' Mutter in verschiedenen Stadien der Erkrankung, in ihren Hoch- und Tiefphasen. Melissa Spitz wurde vom *TIME Magazine* zur *Instagram-Fotografin* 2017 gewählt.

Die Erfurter Fotografin **Nora Klein** beschäftigt sich seit vielen Jahren mit der Krankheit Depression. Mit ihrer Kamera unternahm Klein einen Annäherungsversuch. Gemeinsam mit Betroffenen versucht sie die Erkrankung in Bilder zu fassen. Nora Kleins Fotografien wurden in diversen Printmedien veröffentlicht.

f³ freiraum für fotografie

zeigt **CRAZY** – Leben mit psychischen Erkrankungen

Waldemarstraße 17
10179 Berlin

15. Februar bis 21. April 2019
Mi–So von 13:00 bis 19:00 Uhr

Mit freundlicher Unterstützung
der DGPPN

Eine Krankheit, eine Familie und ein Mord

dpa-Story-Autorin Ulrike von Leszczynski berichtet in einer eindrücklichen Reportage über einen Fall von paranoider Schizophrenie. Der Artikel wurde mit dem DGPPN-Medienpreis ausgezeichnet, weil er hautnah das tragische Schicksal einer Familie schildert. *Psyche im Fokus* möchte Ihnen diesen Artikel nicht vorenthalten.*

DGPPN-
Medienpreis
2018



Der erwachsene Sohn verändert sich, er bedroht und verletzt Menschen. Eltern und Schwester warnen vor seinem Wahn – und fordern eine Therapie. Das Drama können sie nicht verhindern.

Sie hat gewusst, dass es in einer Tragödie endet. „Auf dem Friedhof oder im Gefängnis“, sagt Lena Bremer. Zwei Jahre lang hat sie versucht, das Drama aufzuhalten. Gemeinsam mit ihren Eltern wollte sie eine Therapie für ihren psychisch kranken Bruder Felix erreichen, notfalls gegen seinen Willen. Lena Bremer, die ihren richtigen Namen nicht in den Medien lesen möchte, sitzt in ihrer Küche in Berlin. Der Schwester kommen die Tränen: Felix soll im vergangenen Sommer seinen Stiefvater in Reinbek bei Hamburg mit einer Axt erschlagen haben.

Im Wahn, in einer Parallelwelt – Ärzte diagnostizierten bei Felix eine seelische Krankheit, eine paranoide Schizophrenie. Am 16. Februar beginnt das Verfahren wegen Mordverdachts in Lübeck. Es wird darum gehen, ob Felix, heute 32 Jahre alt, seinen Stiefvater getötet hat – und um die Frage, ob er schuldig ist. Bei seiner Festnahme hatte er die Tat bestritten, doch für die Ermittler ist sie erwiesen.

Für seine Familie geht es noch um mehr. Warum war so lange zuvor nichts passiert? Warum haben sich weder Klinikärzte noch Richter bei Felix für eine Zwangstherapie eingesetzt, obwohl sie vom Gesetz her möglich ist? Es sind Fragen, die Ärzte ebenso umtreiben wie das Bundesverfassungsgericht: Wie weit kann der freie Wille eines psychisch kranken Menschen gehen, wenn er zur Gefahr wird?

Lena Bremer ist Mitte 30, Soziologin. Sie hatte gerade begonnen, sich ein Leben in Neuseeland aufzubauen. Im Februar 2015 kommt ihr Bruder Felix sie dort besuchen. „Er erzählte mir, dass ihm sein Professor für seine Geheimdienstarbeit Millionen von Euro schulde“, berichtet sie. Dann habe Felix gesagt, der japanische Geheimdienst sei hinter ihm her: „Die wollen mich foltern bis ich 113 bin. Schlimmer als ein Psychothriller“, erinnert sich seine Schwester. „Da wurde mir klar, dass er krank ist.“

DIE SCHWESTER: Ein kranker Restmensch

Wie war Felix, bevor das alles begann? „Verschlossen, ernst, nie besonders glücklich, manchmal voller Wut, ein Sturkopf“, sagt sie. Ein junger Mann, der viel getrunken habe und gekifft, der nicht so gern Verantwortung übernom-

men habe. Aber auch ein hilfsbereiter und liebenswerter Mensch. Sie sieht ihm ähnlich, ihrem Bruder. „Wir sind Geschwister, wir lieben uns“, sagt sie.

Damals in Neuseeland, das scheint der Abschied von ihrem Bruder gewesen zu sein, wie sie ihn kannte. Sie bekommt immer mehr Angst um ihn und zieht schließlich nach Berlin, um ihn von einer Therapie zu überzeugen. Was ist er heute für sie? „Ein kranker Restmensch“, sagt sie. „Jemand, der jederzeit zum Monster mutieren kann.“

Paranoide Schizophrenie, was heißt das? „Es bedeutet, dass Menschen einen Wahn in einer Psychose gebildet haben“, sagt Andreas Heinz, Neurobiologe, Psychiater, Philosoph und Direktor der Charité-Psychiatrie in Berlin-Mitte – ein Arzt Ende 50. Die Krankheit, sagt er, treffe weniger als ein Prozent der Bevölkerung. Betroffene fühlen sich in ihrer Parallelwelt zum Beispiel verfolgt. Das heißt: Ängste, permanentes Erleben von Bedrohung und Gefahr. Massives Leiden. „Und damit leider auch manchmal sehr aggressive Gewalttaten.“

Zwei Dritteln kann man mit Medikamenten helfen. Psychotherapie eröffnet Möglichkeiten. Hoffnungslos ist die Krankheit nicht, aber auch nicht einfach.

Karl Baumann ist Felix' Vater. In seinem Bücherregal steht ein Familienfoto. Felix, der Größte, lacht darauf. Kann er seinem Sohn noch vertrauen? „Nein. Er ist zu einer Bedrohung für unsere ganze Familie geworden.“ Kann er ihm verzeihen? „Nein. Er hat ein Leben genommen.“ Kann er ihn noch lieben? „Ja.“

DER VATER: Ich war stolz auf den Burschen

Karl Baumann ist 67, Ingenieur, in Rente, auch sein Name ist geändert. Er hat Felix als Baby erlebt, dann, nach der Tren-

■ DGPPN-Medienpreis

Mediendarstellungen beeinflussen in hohem Maße das Bild, das sich die Öffentlichkeit von Menschen mit psychischen Erkrankungen macht. Aus diesem Grund prämiiert die DGPPN jährlich gemeinsam mit der Stiftung für Seelische Gesundheit herausragende Beiträge zu psychischen Erkrankungen mit dem DGPPN-Medienpreis für Wissenschaftsjournalismus.



nung von seiner Partnerin vor 30 Jahren, als Teilzeit-Vater. Als der Sohn Anfang 20 ist, wird der Kontakt enger. Karl Baumann besorgt seinem Sohn, der bei Mutter und Stiefvater in Reinbek wohnt, eine kleine Wohnung in Berlin. Felix, ein schwieriger Teenager, kriegt die Kurve. Er schafft seine Lehre. Er holt das Abi auf der Abendschule nach und beginnt ein Studium.

„Ich war stolz wie ein Spanier auf den Burschen“, sagt der Vater. Dann habe Felix im Sommer 2015 behauptet, dass Russen hinter ihm her seien. „Völlig irre Sachen“, sagt Karl Baumann. Felix habe sich auf ein Experiment eingelassen: Gemeinsam mit seiner Familie meldet er sich in einer psychiatrischen Klinik in Berlin. Vater und Schwester erläutern dem Arzt: „Wir haben den Eindruck, Felix ist krank. Er sagt, er sei nicht krank. Wer hat Recht?“

Ein Arzt habe sich mit Felix unterhalten und vorgeschlagen, dass er in der Klinik bleibt. Nach dieser Antwort sei Felix weggerannt. „Und jetzt?“, fragt Karl Baumann. „Da kann man nichts machen“, habe der Arzt geantwortet. Es stehe Felix frei, zu gehen. Karl Baumann sieht seinen Sohn im Park, Alufolie über dem Kopf, verwehrlos. „Er hat mir gesagt, so könnten sie ihn nicht abhören.“ Gemeinsam mit Tochter Lena versucht der Vater, bei Gericht einen Betreuer für Felix zu bestellen. Der Antrag sei abgelehnt worden, sagen beide. Begründung: Es sei ja nichts vorgefallen.

Wenig später fällt etwas vor. Anfang 2016 habe Felix um Hilfe bei seiner Bachelorarbeit gebeten, erzählt Lena Bremer. Kurz vor dem Treffen kommt die Absage: Es gehe ihm nicht gut. Am nächsten Tag konnte sie ihn per Handy nicht

erreichen: „Ich hatte Angst, dass er sich was antut“, erinnert sich die Schwester. „Ich hab’ bei ihm Sturm geklingelt.“ Nichts. „Ich hatte einen Schlüssel. Ich bin da rein.“

Sie sieht einen Schatten im Badezimmer. „Ich dachte zuerst, er hat sich aufgehängt.“ Dann sei ihr Bruder plötzlich aus dem dunklen Bad auf sie zugesprungen. „Er greift mich am Hals. Er hat ein Messer in der Hand.“ Sie habe in flackernde Augen geblickt. Da, sagt Lena Bremer, sei sie nur noch gerannt.

Sie ruft die Polizei: „Mein Bruder ist psychotisch.“ Ein Beamter antwortet: „Ihr Bruder hat sich auch gerade gemeldet. Wegen Hausfriedensbruch.“ Sie sieht Felix wenige Minuten später aus dem Haus rennen, schreiend: „Ihr habt mein Gehirn verkauft.“ Dann sei der Streifenwagen gekommen.

Die Polizei bringt Felix in die Klinik. Am nächsten Morgen, so erinnert es Lena Bremer, ruft sie dort an: „Lassen Sie ihn bloß nicht gehen.“ Die Antwort: Er sei schon weg, nicht auffällig in der Nacht. Lena Bremer sagt, sie habe Strafanzeige gegen ihren Bruder erstattet. Damit habe sie eine Therapie erreichen wollen. Das Verfahren sei eingestellt worden. Begründung: Familienstreitigkeiten.

DER EXPERTE: Zwangseinweisungen sind möglich

Im Berliner Vivantes Klinikum am Urban sieht die Psychiatrie jenseits der geschlossenen Abteilung aus wie eine Lounge. Bunte Wände, weiße Holzbänke. Chefarzt Andreas Bechdolf hat nichts mit Felix’ Fall zu tun, er lässt ihn sich nur schildern. Als es um die Bedrohung mit dem Messer geht, wird er hellhörig. „Da hätte unter Umständen die Möglich-

keit bestanden, ein Behandlungsangebot zu machen“, sagt er. „Wenn jemand aus einem Wahn heraus einen Menschen angreift, kann er in einer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie untergebracht werden.“ Bis zu 24 Stunden. In dieser Zeit könne ein Richter eine mehrwöchige Zwangseinweisung genehmigen. Ziel: eine Behandlung.



Im März 2016 wird Felix mit Messerstichen im Bauch gefunden. Nun verfügt eine Richterin seine Unterbringung in der Psychiatrie. Zwangsweise. Sie hat eine gute Begründung: Suizidversuch. Felix bekommt einen Betreuer. Etwas später, so erzählt die Familie, habe Felix sich bereiterklärt, in der Klinik zu bleiben. Deswegen habe die Richterin die Zwangseinweisung aufgehoben.

Im Krankenhaus hätten die Ärzte keinen Wahn mehr bemerkt, erzählen die Angehörigen. Medikamente gegen Psychosen habe er nicht bekommen, auch weil Felix das vehement abgelehnt habe. Er habe die Messerstiche im Bauch als Küchenunfall dargestellt. Die Ärzte schließen eine Schizophrenie nicht aus und empfehlen Felix regelmäßige Besuche in der Ambulanz. Nach sechs Wochen verlässt er die Klinik.

DIE OMA: Er war verschreckt

Maria Bremer, 80, sieht ihren Enkel im Herbst 2016. Ihre letzte Erinnerung ist ein Pizaessen. „Er war total verschreckt, hat sich immer umgeguckt. Wie auf der Flucht“, sagt sie. Maria Bremer, die ebenfalls anders heißt, hat schlaflose Nächte. „Immer, wenn ich etwas Schreckliches im Fernsehen gesehen habe, hab’ ich an ihn gedacht. Dass er jemanden vor die U-Bahn stößt. So etwas.“ Als die Großmutter von Felix’ Verhaftung erfährt, bricht sie zusammen, ruft den Notarzt.

Für Psychiater Andreas Bechdorf fällt paranoide Schizophrenie nicht vom Himmel. Die Krankheit beginne oft im jungen Erwachsenenalter, es gebe Vorboten, mehrere Jahre vor dem Auftreten von Wahnvorstellungen. Einen Absturz in der Schule. Drogenmissbrauch. Veränderungen beim Denken und bei der Wahrnehmung. Dann sagt er: „Das Verrückte am System ist, dass Menschen, die am intensivsten Unterstützung benötigen, am Ende am wenigsten Behandlung bekommen.“

Wenn es Lücken im System gibt, dann ortet Bechdorf sie nicht in den Gesetzen. Er sieht sie bei der Früherkennung psychischer Krankheiten bei jungen Leuten. Da seien die Angebote schlecht. Es mangle an Hilfe, die sie leicht akzeptieren könnten. Sein Kreuzberger Krankenhaus ist auch Vorreiter bei einer Behandlungsform, bei der Klinikpsychiater ihre Patienten zu Hause besuchen und behandeln können. Erst seit Januar ist das überhaupt bundesweit möglich.



DIE MUTTER: Er ist gefährlich

Ende 2016 taucht Felix aus Berlin ab. Im Januar 2017 nimmt ihn eine Freundin in Hamburg auf. Sie kennt die Vorgeschichte nicht. Nach wenigen Tagen erzählt er auch ihr wirre Geschichten. Später habe er die junge Frau massiv geschlagen, berichtet Felix’ Mutter.

Karin Bremer, die ebenfalls anders heißt, fühlt sich da schon völlig hilflos. „Die Polizei, die Ärzte, die Richter, der Betreuer, sie alle haben Akten“, sagt sie. Aber wer kennt Felix? Nach der Attacke auf die Freundin in Hamburg habe sie die Berliner Betreuungsrichterin im Februar 2017 noch einmal gewarnt, sagt die Mutter. Felix sei gefährlich. Er müsse in eine Klinik.

Doch die Mühlen der Bürokratie mahlen langsam. Das Berliner Amtsgericht Charlottenburg schickt Felix einen Brief mit Datum vom 16. August 2017. Es müsse geprüft werden, ob seine Einweisung in eine geschlossene Klinik erforderlich sei. Am 17. August findet Karin Bremer ihren Mann, Felix' Stiefvater, in Reinbek im Garten. Die Axt, die er zum Holzhacken nahm, liegt daneben. Sein Schädel ist zertrümmert. „Ich habe gesagt: Suchen Sie nach meinem Sohn. Er ist der Täter.“



Kann sie Felix noch lieben? „Ja“, sagt Karin Bremer. „Ich kann ihm auch verzeihen. Weil das nicht mein Kind war, das diese Tat begangen hat, sondern ein kranker Mensch.“ Ihr Vertrauen hat sie in den Staat verloren. „Felix war gefangen in seiner Krankheit“, sagt sie. „Und dann sprechen sie von seiner persönlichen Freiheit, sich gegen eine Therapie zu entscheiden.“ Und das gelte mehr als der Schutz der Allgemeinheit? „Meinem Mann wurde seine persönliche Freiheit genommen. Er ist tot.“

DER JURIST: Richter sind zu vorsichtig

Charité-Mediziner Andreas Heinz ist der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie. Er kennt die dunkle Psychiatriegeschichte, den tausendfachen Patientenmord in der Nazizeit. Er hat in den 80er Jahren erlebt, wie Patienten lange weggesperrt waren. Er war dankbar für Reformen. Dennoch sagt er: „Ich bin für Zwangstherapie in solchen Einzelfällen. Ich finde, Menschen haben ein Recht darauf, dass wir sie aus ihrer Psychose holen.“ Danach könnten sie frei entscheiden, ob sie eine Therapie wollen. „In der Psychose haben sie diese Entscheidungsfreiheit nicht.“

Der Lübecker Strafverteidiger Olaf Reinecke, der Felix' Mutter als Nebenklägerin vertritt, sieht Mängel bei der Anwendung der Gesetze, die Zwangseinweisungen und Zwangstherapien erlauben. „Die Richter sind zu vorsichtig“, urteilt er. „Es gibt eine enorme Diskrepanz: Erst passiert ganz lange Zeit gar nichts. Nur wenn etwas ganz Schlimmes passiert, dann fällt plötzlich der Hammer.“

Wie es Felix heute geht, weiß sein Pflichtverteidiger im Verfahren, Kai Wohlschläger. Doch er darf nichts sagen. Schweigepflicht.

Könnte Felix bei erwiesener Schuldunfähigkeit im Maßregelvollzug eine Therapie gegen seinen Willen bekommen? Axel Dessecker, Jurist in der Kriminologischen Zentralstelle in Wiesbaden, hält das eher für unwahrscheinlich. Die Gesetze lassen Zwangstherapien zwar auch in forensischen Kliniken zu. Aber bei Klagen von Patienten entscheidet das Bundesverfassungsgericht häufig dagegen. Es sei auch die Frage, was eine Therapie gegen den Willen eines Menschen bringe, sagt er.

Für Felix' Familie ist der Psychothriller, in dem sie lebt, nicht vorbei. Lena Bremer hat Angst, dass ihr Bruder sie umbringt, falls er jemals wieder freikommt. Und seine Mutter ist überzeugt, dass er sie auch getötet hätte, wenn sie am 17. August zu Hause gewesen wäre.

Anmerkung der Autorin – nicht der Originaltext:

Nach dem Urteil lebt Felix B. seit Ende März 2018 in einer Klinik für forensische Psychiatrie. Das Gericht hatte keine Zweifel daran, dass er seinen Stiefvater getötet hat. Felix B. verweigert jeglichen Kontakt zu seiner Familie. Er bekommt bisher keine Therapie. Seine Mutter ist in eine andere Stadt gezogen, um ein neues Leben zu beginnen. Seine Schwester hat bis heute Angst, dass ihr Bruder aus der Klinik ausbricht, ihr auflauert und sie mit einer Axt erschlägt. Sie ist seit der Tat viermal umgezogen.

Autorin

Ulrike von Leszczynski ist seit 2001 Redakteurin bei der Deutschen Presse-Agentur und schreibt für das Format „dpa-Story“ Leseerschichten, die an Wissenschaft und Forschung angebunden sind.

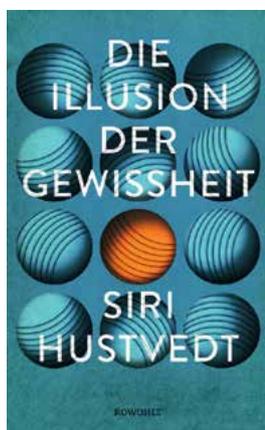
Fotograf

Wolfgang Kumm

* Mit freundlicher Genehmigung der Deutschen Presse-Agentur GmbH, www.dpa.de

Seitenweise Psychiatrie

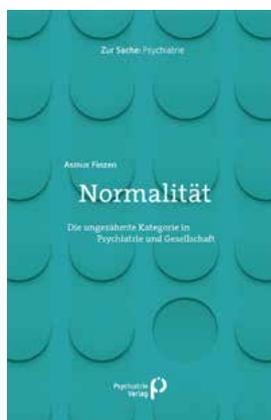
Der Frühling kommt – Zeit für frischen Wind im Bücherregal!
Psyche im Fokus hat wieder Empfehlungen zusammengestellt,
 die facettenreicher nicht sein könnten.



Was ist der Verstand?

Die tiefgreifende Bedeutung, welche die unterschiedlichen Antworten auf diese Frage für unser Verständnis von uns selbst haben, macht Siri Hustvedt in ihrem Essay deutlich. Sie nimmt sich das uralte, noch immer nicht gelöste Geist-Körper-Problem vor. Mit ihrem multidisziplinären Zugang zeigt sie, wie sehr ungerechtfertigte Annahmen über Körper und Geist das Denken der Neurowissenschaftler, Genetiker, Psychiater, Evolutionspsychologen und der Forscher zur Künstlichen Intelligenz verzerrt und verwirrt haben.

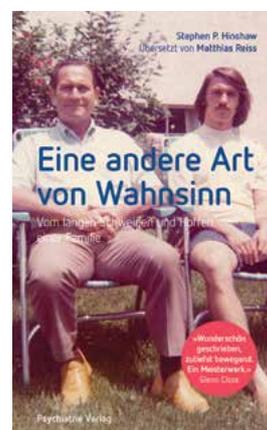
Siri Hustvedt: Die Illusion der Gewissheit. Randomhouse, 2018.



Was heißt normal?

Die Begriffe „normal“ und „nicht normal“ stehen oft für „nachvollziehbar“ und „unverständlich“, aber auch für „seelisch gesund“ und „psychisch krank“. Angesichts dieser Ungenauigkeit lohnt es sich, die soziale Seite des Normalitätsbegriffes genauer zu betrachten. Asmus Finzen zeigt auf, wie sehr gesellschaftliche und auch medizinische Vorstellungen von Normalitätsannahmen geprägt sind. Von der Soziologie ausgehend, arbeitet er sich über unser Verständnis von Gesundheit und Krankheit vor zur Psychiatrie – erhellend, gründlich, manchmal angriffslustig.

Asmus Finzen: Normalität. Psychiatrieverlag, 2018.



Was ist das Familiengeheimnis?

Rätselhafte Ausbrüche und Abwesenheiten des ansonsten liebevollen und zugewandten Vaters sowie das verschämte Schweigen der Familie und ihrer Umgebung prägten Stephen Hinshaws Kindheit und Jugend. Die Offenlegung des Familiengeheimnisses nennt er seine „psychische Geburt“. Er beginnt, das Mosaik der unausgesprochenen und oft erschreckenden Lebensgeschichte seines Vaters zusammenzusetzen. Dabei deckt er schließlich auch die korrekte Diagnose für die Erkrankung des Vaters auf: bipolare Störung. Ein aufrüttelnder Bericht darüber, was Stigmatisierung psychisch erkrankten Menschen und ihren Angehörigen antut.

Stephen P. Hinshaw: Eine andere Art von Wahnsinn. Psychiatrieverlag, erscheint im April 2019.

Zwei Seiten einer Medaille

DGPPN-Präsident **Andreas Heinz** sprach mit **Jules Angst**, der jüngst Träger der Wilhelm-Griesinger-Medaille wurde, über den Krankheitsbegriff, das Potenzial und die Risiken neuer Technologien in der Wissenschaft sowie über die Gründe für den Stillstand in der pharmazeutischen Forschung.



Heinz: Herr Angst, die DGPPN hat Sie beim Kongress mit der Wilhelm-Griesinger-Medaille ausgezeichnet. Die Fachgesellschaft ehrt damit Persönlichkeiten, die sich in herausragender Weise um die Psychiatrie verdient gemacht haben. Sie zählen zu den einflussreichsten und renommiertesten Forschern unseres Fachs – und das seit mindestens 60 Jahren. Ihre wissenschaftlichen Errungenschaften auf dem Gebiet der Diagnostik und der Behandlung psychischer Erkrankungen sind Meilensteine auf dem Weg zur modernen Psychiatrie und bis heute richtungsweisend. Sie waren auch einer der ersten, der sich systematisch mit der Epidemiologie, also der Häufigkeit von Krankheiten, befasst hat. Aktuell gehen wir davon aus, dass in Deutschland mehr als jeder vierte Erwachsene im Laufe eines Jahres die Kriterien einer

psychischen Erkrankung erfüllt. Finden Sie das plausibel? Sind so viele Menschen wirklich krank oder ist der Krankheitsbegriff zu weit gefasst?

Angst: Zunächst möchte ich mich nochmals herzlich für die Auszeichnung bedanken. Es hat mich sehr gefreut, als „Oldtimer“ noch einmal so geehrt zu werden. Als Epidemiologe interessiert mich, wie der Mensch sich auf lange Sicht entwickelt. Von der Geburt bis zum Tode macht man vieles durch. Wir alle „haben“ zeitweise körperlich etwas, vorübergehend oder manchmal auch chronisch. Und so ist es mit der Psyche auch. Psychische Störungen, die meisten von ihnen sind nicht chronisch, treten vorübergehend oder wellenförmig auf und können wiederkommen. Daher



schaue ich vor allem auf Lebenszeitstudien. In einer ganz aktuellen Schweizer Studie, die einen Zeitraum von 30 Jahren betrachtet, kamen wir auf eine Prävalenz von 84 %. Das zeigt ganz eindrücklich: Wir alle haben irgendwann irgendetwas – kleine Depressionen, Ängste oder Abhängigkeitserkrankungen. Daher ist auch die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen völlig absurd. Denn fast jeder Mensch ist im Laufe seines Lebens einmal betroffen.

Heinz: Hier spielt aber auch unser Verständnis von Krankheit eine Rolle. In der neurobiologischen Forschung findet eine dimensionale Sichtweise auf psychische Erkrankungen immer mehr Anhänger: weg von den Kategorien – hier

„krank“, da „gesund“ – hin zu einem Spektrum psychischer Gesundheit. Relevant sind dabei mehr die einzelnen Symptome in ihrer jeweiligen Ausprägung, weniger die klassischen psychischen Krankheitsdiagnosen. Man verspricht sich davon, der Komplexität psychischer Erkrankungen besser gerecht zu werden. Auf der anderen Seite geht damit das Risiko einher, dass die klinischen Erfahrungen mit den Erkrankungen verschwimmen und eine störungsspezifische Behandlung für die neuen Dimensionen noch nicht etabliert ist. Was halten Sie von dieser Diskussion?

„Fast jeder Mensch ist im Laufe seines Lebens einmal betroffen.“

Jules Angst

Angst: Schwarz-Weiß-Denken ist meistens falsch, die Wirklichkeit ist kompliziert und komplex. Gleichzeitig haben aber auch die Krankheitskategorien ihre Berechtigung. Psychiater und Psychotherapeuten orientieren sich an ihnen, um zu entscheiden, ob jemand krank ist oder nicht. Ob man eine Therapie machen soll oder nicht – und wenn ja, welche. Aber das dimensionale Verständnis ist auch sehr wichtig. Die Dauer einer Erkrankung ist eine Dimension oder auch ihr Schweregrad, der sich im Krankheitsverlauf kontinuierlich von leicht bis schwer verändern kann. Auch der subjektive Leidensdruck ist eine ganz wesentliche dimensionale Komponente. Wir wissen, dass dieser Faktor letztlich ausschlaggebend dafür ist, ob der Betroffene sich einer Behandlung unterzieht – und nicht die Diagnose. Was unbedingt auch beachtet werden muss, ist, ob der Mensch, der Hilfe sucht, glücklich oder unglücklich, sozial beeinträchtigt ist oder in der Lage ist, seiner Arbeit nachzugehen. Für uns Psychiater sind all diese verschiedenen Perspektiven wichtig, ohne das eine gegen das andere auszuspielen. Wir müssen alles differenziert betrachten und dabei den Betroffenen selbst mit seinem Leiden in den Mittelpunkt stellen.

Heinz: In der ICD-11, der Neuauflage des internationalen Klassifikationssystems, die 2019 von der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet werden soll, soll eine Skala eingeführt werden, mit der sich die Funktionsfähigkeit des Patienten in den Bereichen Aktivität und Teilhabe auswerten lässt. Dies ist eine wichtige Ergänzung, damit Ärzte neben den medizinischen auch relevante soziale Faktoren

kodieren können, die nicht nur, aber eben gerade auch bei Patienten mit psychischen Erkrankungen eine große Rolle spielen. Mit anderen Aktualisierungen in der ICD-11 bin ich hingegen nicht einverstanden. Ich denke beispielsweise, dass die Psychose-Symptome zu allgemein definiert werden, ein Mangel, den wir so bereits im DSM-5 vorfinden. Dort ist in diesem Zusammenhang nur noch von „jeder Form von Halluzination oder Wahn“ zu lesen. Das birgt die Gefahr, dass Patienten, die aufgrund einer neurologischen oder anderen somatischen Ursache optisch halluzinieren, schlichtweg fehldiagnostiziert werden. Was halten Sie von den Änderungen, die uns in der ICD-11 erwarten?

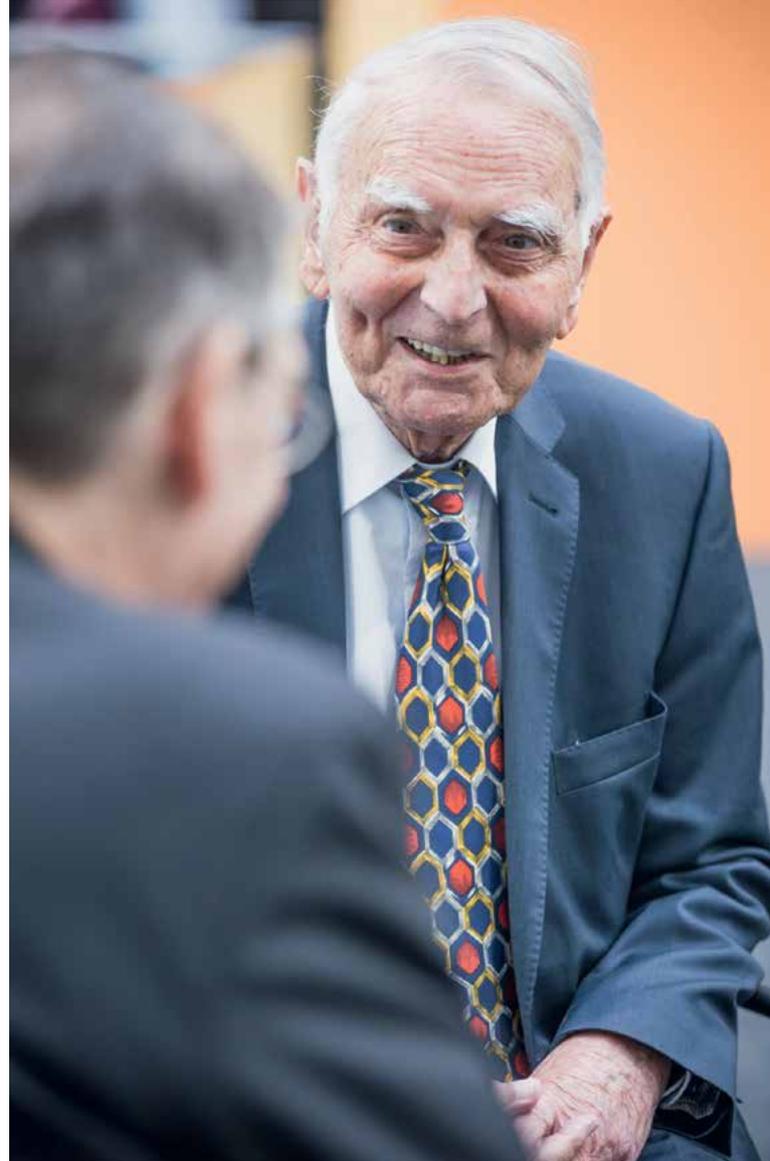
Angst: Ich begrüße, dass in der ICD-11 die Abstufung nach Schweregraden ausgebaut wird. Dies ist sicherlich sinnvoll. Ich selbst habe an DSM-5 und ICD-11 zeitweise aktiv mitgearbeitet. Allerdings habe ich meine Mitarbeit aufgekündigt, da ich mich mit bestimmten Überzeugungen des Komitees nicht identifizieren konnte. Es war meiner Meinung nach ein großer Fehler, die Manie als Diagnose aufzugeben und jegliche manische Störung als bipolar zu bezeichnen. Damit bin ich absolut nicht einverstanden. Denn es gibt auch Daten, die auf eine Selbstständigkeit der Manie – also ohne Depression – hinweisen. Hier hat die Forschung noch viel aufzuholen, das Krankheitsbild ist einfach zu selten.

„Es wurden schon lange keine neuen Medikamente entwickelt, die die Behandlung grundlegend verändern.“

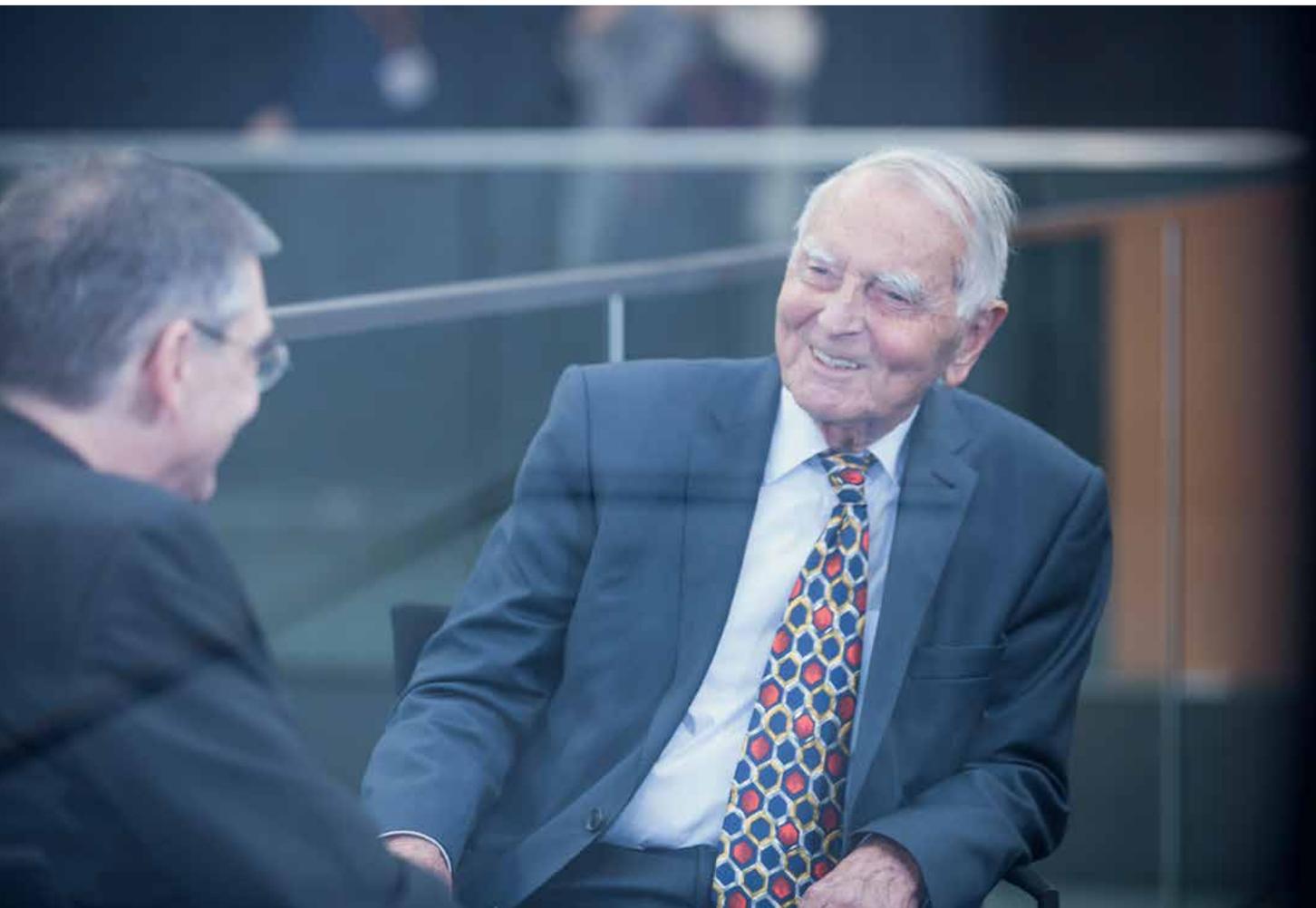
Andreas Heinz

Heinz: Ein anderer Bereich, in dem es aktuell sehr an neuer Forschung mangelt, ist die Psychopharmako-Behandlung. Sie selbst haben an der Entwicklung einiger Medikamente mitgewirkt, die wir bis heute einsetzen, z. B. Lithium, Imipramin oder Clozapin. Seit einigen Jahrzehnten ist es jedoch ruhig geworden. Wir müssen leider feststellen, dass schon lange keine neuen Medikamente entwickelt wurden, die in der Lage sind, die Behandlung grundlegend zu verändern, so wie es bei den eben genannten der Fall war. Was denken Sie, woran das liegt?

Angst: Es ist nicht nur in der Entwicklung neuer Psychopharmaka, sondern insgesamt in der pharmazeutischen Forschung eine ungeheure Stagnation eingetreten. Ein Problem dabei ist, dass die Hersteller ein immer größeres finanzielles Risiko tragen müssen. Dies liegt vor allem an



Entschädigungsansprüchen im Falle von Nebenwirkungen, die teilweise in die Millionen gehen, besonders in den USA. Das kann sich keine Firma auf Dauer leisten. Die Firmen sind daher zum Teil völlig aus der Psychiatrie ausgestiegen. Folglich werden nur noch Präparate entwickelt, die sich weltweit breit anwenden lassen. Die seltenen Erkrankungen trifft das besonders. Das hat auch zur Folge, dass in der



Forschung immer weniger sogenannte *Serendipity*-Fälle, also Glücksfälle, auftreten, bei denen man zufällig neue, wertvolle Ergebnisse findet. Damit sind vielfach die größten Fortschritte erzielt worden. Ein weiteres Problem liegt in der Methodik der psychopharmakologischen Forschung: Sind die Ergebnisse übertragbar? Die Präparate werden an Patienten geprüft, die per Inserat gesucht wurden. Sind das noch richtige Patienten oder kommen sie nur wegen der Vergütung? Oft haben diese Studienteilnehmer auch Störungen, die nicht so schwer ausgeprägt sind wie bei Patienten, die in die Klinik kommen. Das ist ein großes Problem, denn wenn man eine Wirkung bei milden Ausprägungen sieht, bedeutet es nicht, dass ich diese Wirkung auch auf schwere Erkrankungen übertragen kann.

Wir Forscher sollten freier arbeiten können, um Neues finden zu können. Hierfür sollte es Stiftungen zur Thera-

pieforschung geben, die neutral sind, privat oder staatlich finanziert und nicht abhängig von irgendwelchen anderen Instanzen.

—

„Wir Forscher sollten freier arbeiten können, um Neues finden zu können.“

Jules Angst

Heinz: Ich denke auch, dass eine nachhaltige und unabhängige Forschungsförderung ganz wesentlich ist. Denn bei vielen Medikamenten haben wir die Wirkungsweise bisher nur ansatzweise verstanden. Zu Dopamin wird viel

geforscht, aber schon im Serotonin-Bereich ist es still geworden. Auch zu Noradrenalin und Acetylcholin wird wenig geforscht. Oft haben wir Hypes oder Moden. Dann gehört es zu den grundlegenden Problemen der Forschung, dass sie häufig nur Momentaufnahmen liefern kann. Methoden, die eine umfassendere Betrachtung und Langzeitbeobachtungen ermöglichen, sind oft belastend, zu teuer oder schwierig in der Handhabung.

„Eine nachhaltige und unabhängige Forschungsförderung ist ganz wesentlich.“

Andreas Heinz

Angst: Das hat mit der Komplexität des Wissens zu tun. Man kriegt eine viel realitätsgetreuere Konzeption, wenn man die verschiedensten Techniken anwendet, um den Menschen zu erforschen: bildgebende Verfahren, psychopathologische Befunde, Genanalysen und so weiter. Er wird wie ein Bild vielfarbiger und mehrdimensionaler. Am Ende ist jeder ein eigener Mensch. Das macht das Ganze nicht einfacher, denn man muss schließlich doch wieder Cluster über Gruppen hinweg bilden, um Unterschiede finden zu können und zu prüfen, ob sie mit einer Erkrankung oder Behandlung zusammenhängen. Durch die Entwicklungen in der Computertechnologie stehen wir möglicherweise vor großen Durchbrüchen. Sie ermöglichen, dass Daten noch viel umfassender gesammelt werden können, zeitlich unmittelbar und außerhalb des Labors. Es gibt ja heute auch schon Leute, die ihre Schritte von ihrem Handy zählen oder die Herzaktivität erfassen lassen.

Heinz: Die Möglichkeiten durch die Digitalisierung sind für die Forschung groß. Die Überwachungsmöglichkeiten natürlich auch, wenn man jede Bewegung aufzeichnen kann. Diese Methoden sind vielversprechend, aber sie sind anfälliger für Missbrauch. Gerade bei psychischen Erkrankungen muss mit den Daten der Patienten und Probanden sehr behutsam umgegangen werden. Wir müssen also unsere ethischen Standards in der Forschung um diese Aspekte erweitern.

Angst: Man muss in seinem Denken sowohl flexibel als auch kritisch bleiben. Ich sage manchmal: Das heutige

Wissen ist der aktuelle Stand des Irrtums. Wir können nicht vorhersehen, was sich in zehn, zwanzig Jahren ändern wird. Ich möchte eigentlich gerne in fünfzig Jahren wieder zurückkommen und schauen, wo wir dann stehen. Ich könnte viel daraus lernen. Alles ist dynamisch und die Komplexität nimmt immer mehr zu. Dass wir vor einem großen Wendepunkt in der Forschung stehen, denke ich nicht. Aber, und das ist ebenfalls sehr wichtig, wir entwickeln immer weiter neue Technologien, die es uns erlauben, die Komplexität der Psyche besser zu verstehen.

Prof. Dr. med. Dr. med. h.c. Jules Angst

ist Professor emeritus der Universität Zürich und Ehrendoktor der Universitäten Heidelberg und Craiova in Rumänien. Er ist wesentlich verantwortlich für die heute geläufige Unterscheidung zwischen bipolarer Störung, Depression und schizoaffektiver Störung. Für sein wissenschaftliches Werk über einen Zeitraum von mehr als 60 Jahren erhielt der renommierte Epidemiologe zahlreiche internationale Auszeichnungen.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz

ist Psychiater, Neurologe und Philosoph. Schwerpunkt seiner Forschung sind Psychosen und Abhängigkeitserkrankungen und die damit verbundenen Lernmechanismen sowie die transkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie. Er ist Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Charité und seit 2019 Präsident der DGPPN.

Lifetime-Award der DGPPN

Mit der Wilhelm-Griesinger-Medaille hat die DGPPN seit 2013 eine Tradition unter neuer Widmung wieder aufgenommen, die seit Beschluss im Juli 1986 mit dem Namen des Psychiaters Wilhelm Griesinger verknüpft ist. Der Namensgeber der Ehrung lebte von 1817 bis 1868 und war einer der bedeutendsten Wissenschaftler und Kliniker auf dem Gebiet psychischer Erkrankungen.

2018 Jules Angst, Männedorf (Schweiz)

2016 Norman Sartorius, Genf (Schweiz)

2015 Hanfried Helmchen, Berlin

2014 Hanns Hippus, München

2013 Heinz Häfner, Mannheim

1989 Lothar Kalinowsky, New York (USA)[†]

1988 Burkhard Krauß, Göppingen

1986 Gerhard Schmidt, Pöggendorf[†]

Kongress 2019

 **dgppn**
Kongress

27.-30.11.2019 | CityCube Berlin

2019



Innovative Forschung
für eine personen-
zentrierte **Psychiatrie**
und **Psychotherapie**

dgppnkongress.de

VOLLE KRAFT VORAUSS FÜR DIE PSYCHIATRIEFORSCHUNG

Unser Wissen über die Entstehung, Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen wächst und wächst. Doch wie sind all diese Erkenntnisse einzuordnen? In welchem Zusammenhang stehen sie? Was bedeuten sie für die Patienten, ihre Angehörigen und für alle, die sich beruflich mit der psychischen Gesundheit befassen? Nicht erst seit der Zuerkennung des Status „Volkskrankheiten“ ist es von großer Bedeutung, die dynamische und vor allem personenzentrierte Psychiatrieforschung zu forcieren – jetzt und in den kommenden Jahren.

Eine klare Fokussierung auf den Patienten bedeutet, Betroffene und Angehörige systematisch in die Forschung einzubeziehen, um den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Erkrankungen gerecht zu werden. Um diese in Zukunft noch besser zu erfassen, gilt es, das gesamte Potenzial etablierter und jüngerer Disziplinen wie das der sozialen Neurowissenschaften oder der Psychotherapieforschung zu heben und in integrativen Modellen zusammenzuführen. Konkret geht es also darum, den Wissenstransfer auf allen Ebenen zu inten-

sivieren, so dass neueste Erkenntnisse zukünftig schneller den Sprung in die Versorgung schaffen.

Hier setzt der diesjährige DGPPN Kongress an, der schwerpunktmäßig unter anderem die folgenden Themen beleuchtet: Translationale Forschung, innovative Studiendesigns mit neuen Endpunkten, rechtlich-ethische Implikationen neuer Forschungsmöglichkeiten, Psychotherapie und Versorgungsforschung. Der DGPPN Kongress bringt seine Teilnehmer nicht nur an den Puls der Wissenschaft, sondern beschäftigt sich ebenso mit biologischen, psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Inhalten. In trialogischen Veranstaltungen kommen die beteiligten Experten zu Wort und geben wertvolle Einblicke in ihre Erfahrungen. Gleichzeitig werden auch gesundheitspolitische, gesellschaftliche und kulturelle Themen aufgegriffen. Geplant sind rund 650 Einzelveranstaltungen mit namhaften Keynote Speakern aus aller Welt; darunter zum Beispiel der italienische Physiologe Vittorio Gallese, die renommierte Epigenetikerin Katharina Domschke, Martin Bohus, einer der führenden

→

Ein frischer Anstrich

Ab diesem Jahr zeigt sich der DGPPN Kongress in neuem Gewand: Alle Kongressmedien wie Website, Flyer, Anzeigen, Programmheft usw. bekommen eine klare und moderne Gestaltungslinie. Das Bildkonzept zeigt die Wahrzeichen Berlins aus einer ungewöhnlichen Perspektive und sorgt so für einen anderen Blickwinkel, ebenso wie der DGPPN Kongress selbst neue Betrachtungsweisen eröffnet. Kombiniert mit Orange als Akzentfarbe wird das Leitmotiv dynamisch in Szene gesetzt und macht alle relevanten Informationen auf den ersten Blick erkennbar. Aufmerksame Betrachter der neuesten DGPPN-Publikationen haben es vielleicht bemerkt: Mit unserem Printdesign haben wir diesen Weg bereits eingeschlagen und führen ihn nun für den Kongress fort.

Der Zeitpunkt könnte passender nicht sein, denn ab diesem Jahr steht der DGPPN bei der Kongressorganisation ein neuer Dienstleister zur Seite: m:con aus Mannheim überzeugte im Ausschreibungsverfahren mit einschlägiger Erfahrung in der Realisation wissenschaftlicher Veranstaltungen in ähnlicher Größenordnung. Die Agentur übernimmt unter anderem das Teilnehmermanagement sowie die Realisation der Abstract-Einreichung, so dass sich die Fachgesellschaft ganz der inhaltlichen Ausgestaltung des hochkarätigen wissenschaftlichen Programms widmen kann.

Borderline- und Psychotherapie-Forscher, der britische Schlafexperte Russell Foster sowie die berühmte amerikanische Schriftstellerin Siri Hustvedt, die sich in ihrem aktuellen Buch mit der Illusion der Gewissheit befasst.

Der DGPPN Kongress ist einerseits die ideale Gelegenheit, um sich mit Hochkarätären des Fachs Psychiatrie und Psychotherapie zu vernetzen, andererseits bietet er mit rund 80 CME-zertifizierten Workshops der DGPPN Akademie auch ein exzellentes Fort- und Weiterbildungsprogramm. Mehr als 30 State-of-the-Art-Symposien bilden einen zentralen Bestandteil des wissenschaftlichen Programms. Rund 20 Symposien, Meet-the-Expert-Runden, Lectures, Diskussionsforen und Workshops werden speziell von der jungen Psychiatergeneration für die junge Psychiatergeneration konzipiert. Das Nachwuchsprogramm auf dem DGPPN Kongress wird mit Unterstützung der Mitglieder der Generation PSY zusammengestellt, und auch in diesem Jahr haben Medizinstudierende wieder die Chance, über ein Stipendium kostenfrei in die Fachwelt hineinzuschnuppern.

Wie gewohnt besteht die Möglichkeit, das Kongressprogramm mit einem wissenschaftlichen Beitrag zu bereichern und gewonnene Erkenntnisse mit der Fachwelt zu teilen – ob mit einem spannenden Symposium, einem lehrreichen Freien Vortrag oder einer gelungenen Posterpräsentation. Das Kongressportal ist bereits geöffnet: www.dgppnkongress.de

■ DIE FRISTEN AUF EINEN BLICK

- **Thematische Symposien**
Anmeldeschluss: 12. April 2019
- **Freie Vorträge**
Anmeldeschluss: 28. Juni 2019
- **Poster/ePoster**
Anmeldeschluss: 28. Juni 2019



Smarte Versorgung

Ein Blick in den Appstore zeigt es: E-Mental-Health-Anwendungen sind auf dem Vormarsch. Die DGPPN begleitet diese Entwicklung aktiv: Sie hat Qualitätskriterien erarbeitet und engagiert sich im europäischen eMEN-Projekt.



Apps, Online-Programme, Spiele in der virtuellen Realität – E-Mental-Health-Anwendungen, digitale oder internetbasierte Intervention: Es gibt viele Darreichungsformen und Namen für das Phänomen, mit dem die Digitalisierung Einzug in die psychosoziale Versorgung halten soll. Sie können als Selbstmanagementprogramme, begleitet durch Therapeuten oder Fachpersonal, für Prävention, Diagnostik, Nachsorge oder Akuttherapie eingesetzt werden. Noch ist der Markt unübersichtlich, und für Fachleute und Betroffene ist es oft schwer, die Spreu vom Weizen zu trennen. Dass die Programme wirksam sein können, wurde in Studien gezeigt. Vor allem für die Indikationsbereiche „Depression“ und „Angststörungen“ zeigten sich in der *Blended-Care-Option*, in der die Anwendungen durch Fachpersonal begleitet werden, gute Effekte. Die Bereitstellung von E-Mental-Health-Anwendungen kann die Verfüg-

barkeit von psychosozialen Angeboten erhöhen und so zu einer besseren Versorgung beitragen. Im Rahmen von Modellprojekten und Selektivverträgen sind einige Produkte sogar bereits in der Versorgung angekommen. Doch längst nicht alles ist geregelt. Viel ist zu tun in der Gesundheitspolitik, um die Nutzung der Angebote möglich zu machen.

Die DGPPN setzt sich dafür ein, Rahmenwerke für die Anwendung der digitalen Interventionen zu erarbeiten. In einer gemeinsamen Arbeitsgruppe mit der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) wurden Qualitätskriterien entwickelt, die den Nutzern und Anwendern einen Anhaltspunkt bei der Beurteilung der Güte der Interventionen geben soll. Wichtige Aspekte wie Datenschutz, Wirksamkeit, die Qualifikation der Entwickler und die Sicherheit in Krisenfällen wurden hier berücksichtigt. Um die politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen zu strukturieren, engagiert sich die DGPPN bereits seit zwei Jahren im eMEN-Projekt. Das eMEN-Projekt wird von der EU kofinanziert und hat sich zum Ziel gesetzt, die Verbreitung und Nutzung von internetbasierten Interventionen zu fördern und überregionale Empfehlungen zu erarbeiten, die eine Grundlage für den Einsatz der neuen Produkte schaffen soll. In sechs nordwesteuropäischen Ländern arbeitet ein multidisziplinäres Team daran, die Voraussetzungen für die Implementierung der Anwendungen in den klinischen Versorgungsalltag zu gestalten und voranzubringen. Im bisherigen Verlauf des Projekts wurden bereits einige wichtige Prozesse angestoßen.

Mehr zu den Inhalten des Projekts erfahren Sie auf dgppn.de unter dem Schwerpunkt „E-Mental-Health“.

ICD-11

Mehr als ein
Klassifikations-
system

Die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) ist die „lingua franca“ der Medizin. Erstmals vor rund 120 Jahren als Statistik der Todesursachen erschienen, liegt sie heute in der zehnten Version von 1992 vor. Obwohl es seitdem mehrere Überarbeitungen gab, war aufgrund tiefgreifender Entwicklungen in der Medizin eine Revision der ICD-10 erforderlich.

Chronik der Entstehung

Bereits vor über zehn Jahren startete die WHO die Revision zur elften Auflage der ICD. Über 270 Institutionen waren beteiligt, mehr als 10.000 eingereichte Änderungsvorschläge wurden bearbeitet. Nun hat die WHO im Juni 2018 den Entwurf vorgestellt. Im Mai 2019 soll die ICD-11 voraussichtlich bei der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet werden. Bis sie in den kommenden Jahren weltweit in Kraft tritt, hat die medizinische Fachwelt die Möglichkeit, sich mit der Neuauflage vertraut zu machen. Denn neben einer umfangreichen inhaltlichen Neuordnung wird die ICD-11 auch eine neue Handhabung ermöglichen. Als „living document“ ist sie kein starres Konstrukt, sondern ein sich weiter entwickelndes System, das begründete Vorschläge und Kommentierungen der Fachwelt auch weiterhin ausdrücklich zulässt.

Die ICD ist weit mehr als nur ein Klassifikationssystem. Sie steht am Anfang einer Behandlung, da nur ihre Diagnosen für Krankenkassenleistungen relevant sind. Sie ist unersetzlich für die Erstellung von Leitlinien sowie nationalen und globalen Statistiken im Gesundheitsbereich und spielt letztlich auch dabei eine Rolle, welchen Disziplinen Gelder zur Erforschung bestimmter Erkrankungen zuzufleßen. Zwar „gehören“ einzelne Störungskapitel nicht den jeweiligen Fachdisziplinen, nicht selten gibt es jedoch ein interdisziplinäres Ringen um die Verortung von Diagnosen. Ein anschauliches Beispiel hierfür ist der Schlaganfall. Seit den 1950er Jahren wurde er bei den Krankheiten des Kreislaufsystems geführt und war damit in den Statistiken eine der häufigsten Kreislauferkrankungen. In der ICD-11 ist er im Kapitel der Krankheiten des Nervensystems zu finden.

Im Auftrag der DGPPN hat der ehemalige DGPPN-Präsident (1995/96 sowie 2007/08) Professor Wolfgang Gaebel die Erarbeitung der ICD-11 über die letzten Jahre auf nationaler und internationaler Ebene intensiv begleitet und sich dafür eingesetzt, dass die Neuordnung der Krankheitsklassifikation die Fortschritte im Verständnis psychischer Erkrankungen sichert sowie Weiterentwicklungen ermöglicht.

Diagnostische Güte

Die Kodierung der ICD wurde grundlegend verändert. Um den Entwicklungen der Digitalisierung Rechnung zu tragen, wurde ein *coding tool* eingeführt. Mehr Flexibilität soll insbesondere bei komplexen Erkrankungen ermöglicht werden, indem auch die Kombination verschiedener Erkrankungen kapitelübergreifend ermöglicht wurde. In einer Validierungsstudie unter Federführung der DGPPN konnte gezeigt werden, dass die ICD-11 für verschiedene Störungsbilder eine höhere diagnostische Güte erlaubt als die Vorgängerversion. Gleichzeitig stellte sich die Zuweisung des korrekten Codes als schwieriger heraus, da die Komplexität der Kodierung höher und der Umgang mit ihr noch nicht routiniert ist. Lerneffekte wurden jedoch auch beobachtet und weisen darauf hin, dass Trainingsmaßnahmen diese Schwachstelle beheben könnten.

Was ändert sich für die Psychiatrie?

Auch im Kapitel der psychischen und Verhaltensstörungen ist viel Neues enthalten. Aus dem F-Kapitel wird das Kapitel „06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders“ mit über 20 Untereinheiten anstelle der vormals zehn. Dass sich die Zahl der Diagnosen dadurch nicht verdoppelt hat, liegt an einer umfassenden Neustrukturierung.

Beispielsweise wurde das Kapitel zu Persönlichkeitsstörungen grundlegend verändert. Das kategoriale Verständnis weicht einer stärker dimensional Konzeptualisierung. Persönlichkeitsstörungen werden nun in einem ersten Schritt in ihrer Ausprägung definiert: von mild über moderat bis schwer. Mittels eines Zusatzcodes kann daraufhin die Art der Manifestation (z. B. anankastisch oder Borderline) ergänzt werden.

Einige Diagnosen sind aus dem Bereich der psychischen Erkrankungen auch verschwunden: „Transsexualismus“ wird zu „Geschlechtsinkongruenz“ und dem neuen Kapitel „Conditions related to sexual health“ zugeordnet. Auch Tic-Störungen (bisher in „Erkrankungen des Nervensystems“), die akute Belastungsstörung (in „Faktoren, die den Gesundheitsstatus betreffen“) oder Schlaf- und Schmerzstörungen (in „Schlaf-Wach-Störungen“ bzw. in „Generelle Symptome“) werden an anderer Stelle stehen. Auf Anregung der DGPPN wurde die „Abhängigkeit von Kaffee“ gestrichen. Stattdessen wird nur ein Entzugssyndrom benannt.



Neu mit aufgenommen: Gaming Disorder – Code 6C51

Aber auch neue Diagnosen sind hinzugekommen. Große mediale Aufmerksamkeit erhielt die Entscheidung, Gaming Disorder als Verhaltenssucht aufzunehmen. Die Diskussion in der Fachwelt war kontrovers: Rund 30 Forscher warnten in einem offenen Brief vor dem Risiko des Missbrauchs solcher Diagnosen. Läge nicht eher eine bekannte Störung, wie Depression oder eine Impulskontrollstörung vor? Letztlich sprachen klinische und neurowissenschaftliche Befunde und auch die Public-Health-Relevanz für eine Aufnahme, sind doch in einigen Ländern schätzungsweise bis zu 15 % der Jugendlichen betroffen. Die Diagnose erleichtert nun eine regelhafte Behandlung und Forschungsförderung.

Bei der Schizophrenie werden die bisher gültigen paranoiden, hebephrenen und katatonen Subtypen aufgrund unzureichender Verlaufsstabilität und prognostischer Validität gestrichen. Stattdessen sollen der Verlauf der Erkrankung, der bisher international nicht kodiert wurde, und der Schweregrad im Vordergrund stehen. Spezifische Symptome und deren Schweregrad können ergänzt werden. So würde der Code 6A20.00/6A25.0&XS5W bedeuten: Schizophrenie, erste Episode, aktuell symptomatisch, positive Symptome in leichter Ausprägung. Die Vereinfachung der Symptombeschreibungen wurde in der Fachwelt kritisiert. So werden künftig Ich-Störungen und komplexe akustische Halluzinationen nicht mehr benannt.

Neurodegenerative Krankheiten stehen bisher in der ICD-10 im G-Kapitel („Krankheiten des Nervensystems“). Durch die Fortschritte in der Diagnostik einiger dieser Erkrankungen durch den Einsatz von Biomarkern wurde die Forderung abgeleitet, auch die syndromalen Manifestationen wie die Demenzen diagnostisch im Kapitel der Erkrankungen des Nervensystems zu klassifizieren. Dem folgte die WHO 2017 zunächst in einer Draft-Version. Es kam daraufhin zu massiven Protesten der DGPPN und der internationalen psychiatrischen Fachwelt. Die Entscheidung wurde unter anderem als Wiederaufleben einer eigentlich für überwunden gehaltenen Dichotomie von Psyche und Soma gewertet.

Nach erfolgreichen internationalen Interventionen machte die WHO ihren Schritt wieder rückgängig und beließ die Demenzen im Kanon der psychischen Störungen, wo sie klinisch weiter differenziert und mit den entsprechenden Grunderkrankungen (z. B. Alzheimer-Krankheit im Kapitel der Erkrankungen des Nervensystems) kodiert werden können. Ähnlich werden beispielsweise auch die Demenzen aufgrund cerebrovaskulärer Störungen (vorher „vaskuläre Demenzen“) kodiert. Statt eines Entweder-oder können demnach kapitelübergreifende Kodierungen der wissenschaftlichen Entwicklung Rechnung tragen.

Insgesamt wird die ICD-11 also dimensionaler, flexibler und komplexer sein. Demnächst beginnt unter Leitung des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) die Übersetzung des Kapitels 06 und assoziierter Kapitel, an der die DGPPN maßgeblich beteiligt sein wird. Nach Schätzungen des DIMDI wird die Übersetzung der gesamten ICD-11 mindestens zwei Jahre dauern, der Überleitungsprozess von ICD-10 auf ICD-11 in Deutschland etwa fünf Jahre.

5 Fragen an Tagrid Leménager

Nach intensiver Diskussion wird die Computerspielsucht nun in die ICD-11 aufgenommen. Die Smartphonesucht jedoch nicht. Ist Letztere nicht das verbreitete Problem?

Der Computerspielsucht liegt mittlerweile eine große empirische Evidenz zugrunde, die in den letzten Jahren aus zahlreichen epidemiologischen, psychologischen und neurobiologischen Studien hervorging. Dies rechtfertigt auch die klinische Klassifikation. Obwohl exzessiver Smartphonegebrauch mit ständiger Ablenkung und Multitasking verbunden ist, hat sich bisher nur in wenigen Studien ein Zusammenhang mit erhöhtem Stress, Konzentrations-, Aufmerksamkeits- und Gedächtnisproblemen gezeigt. Es bedarf also ganz klarer empirisch erfassbarer Kriterien, die eine diagnostische Bestimmung erlauben, um die Frage zu beantworten, ab wann eine Person von einem Smartphone abhängig ist. Des Weiteren sollte geklärt werden, ob sich die klinische Diagnostik auf den abhängigen Gebrauch der jeweiligen Applikation oder des digitalen Gerätes beziehen sollte, da sich auch auf dem Smartphone spielen, streamen oder Netzwerken lässt.

Alle nutzen digitale Medien. Warum werden einige süchtig und wer ist besonders gefährdet?

Besonders Jugendliche und junge Erwachsene mit einer hohen Ängstlichkeit, Problemen in Bezug auf emotionale und soziale Kompetenzen und damit verbundenen sozialen Schwie-

rigkeiten weisen ein erhöhtes Risiko für eine Internetabhängigkeit auf. Die Möglichkeit virtueller perfekter Selbstdarstellungen oder anonymer sozialer Interaktion in Spielen oder auch in sozialen Netzwerken birgt die Gefahr, frustrierende Erlebnisse in der „echten“ Welt durch die schnell belohnende und korrigierbare virtuelle Welt zu kompensieren und nicht angemessen zu verarbeiten. Außerdem wird die Entwicklung eines gesunden Selbstkonzepts, d. h. die subjektive Wahrnehmung der auf die eigene Person bezogenen Beurteilungen bzw. Einstellungen, durch die starke Diskrepanz zwischen Selbstbild und virtuellen Idealen häufig erschwert, was das Risiko für Depressionen und Internetabhängigkeit erhöht.

Kämen E-Mental-Health-Anwendungen bei diesen Verhaltenssüchten überhaupt infrage?

Zunächst kann E-Mental-Health für Betroffene mancher psychischer Erkrankungen eine gute ergänzende Intervention sein. Kritisch sehe ich das allerdings bei Internetabhängigkeit, da man ständig virtuellen Cues ausgesetzt ist, was kontraproduktiv für die Therapie sein könnte.

„Gar nicht erst anfangen“ ist keine Option bei digitalen Medien. Was sind geeignete Präventionsmaßnahmen?

Ziel sollte das Erlernen eines achtsamen und autonomen Umgangs mit allen in unserer Konsumgesellschaft produzierten Belohnungsmöglichkeiten sein. Bis zu einem

gewissen Alter halte ich jedoch eine Reglementierung für notwendig. Beispielsweise sollten Grundschul-kinder noch kein internetfähiges Handy besitzen, da sich in diesem Alter das Fundament sozialer Kompetenzen entwickelt. Danach sollte sich eine reglementierte Nutzung am Reifungsgrad des Jugendlichen orientieren. Wichtig sind daher die Förderung von Medienkompetenzen an weiterführenden Schulen sowie die Aufklärung über mögliche Gefahren. Die Ambulanz für Spielsucht an der Uni Mainz hat diesbezüglich Workshops für Kinder und Jugendliche zur Prävention von Internetsucht entwickelt.

Woran forschen Sie momentan?

Ein Forschungsschwerpunkt ist die Identifizierung von selbstkonzept-assoziierten Risikofaktoren für das Suchtverhalten hinsichtlich unterschiedlicher Internetapplikationen. Dabei untersuchen mein Team und ich Jugendliche und junge Erwachsene in einer Längsschnittstudie.

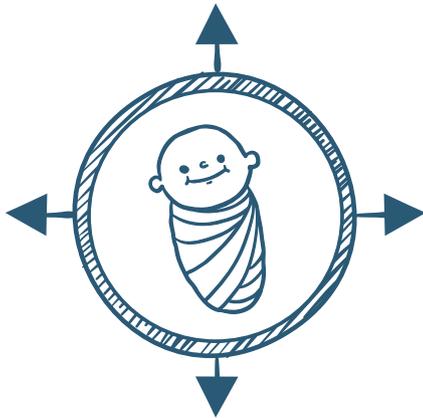


Dr. med. Tagrid Leménager

ist Leiterin der Arbeitsgruppe „Verhaltenssüchte“ am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim

merk-würdig

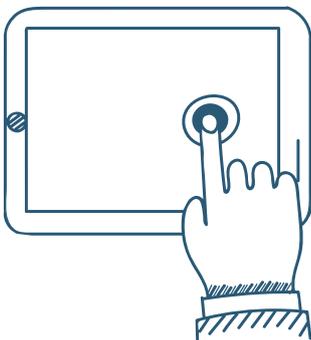
Verblüffend, spannend, aktuell: *Psyche im Fokus* präsentiert Studienergebnisse und wissenschaftliche Erkenntnisse, die Psychiatrieforschung in ihrer Bandbreite zeigen.



Im Norden weniger Vitamin D

Laut einer dänischen Studie erkranken Menschen, die als Neugeborene die niedrigsten Vitamin-D-Konzentrationen haben, im jungen Erwachsenenalter häufiger an Schizophrenie. Verglichen wurden die Säuglingswerte von 1300 an Schizophrenie Erkrankten, mit denen einer ebenso großen Kontrollgruppe. Es zeigte sich, dass das Schizophrenie-Risiko bei den Menschen mit den niedrigsten Werten als Neugeborene signifikant um 44 % erhöht ist. Die Ergebnisse stützen die These, dass Schizophrenie eine Hirnentwicklungsstörung ist, die im Säuglingsalter beginnt. Zudem konnte in epidemiologischen Studien gezeigt werden, dass Schizophrenie in nördlicheren Regionen vermehrt auftritt sowie bei Kindern, die im Winter oder Frühjahr geboren wurden.

Quelle: Eyles DW et al. (2018) The association between neonatal vitamin D status and risk of schizophrenia. *Scientific Reports*, doi.org/10.1038/s41598-018-35418-z



Spielend Alzheimer erkennen

Die Früherkennung von Alzheimer ist für eine effektive Behandlung der Erkrankung von entscheidender Bedeutung. Sogenannte *Serious Games* könnten hierbei zu einer schnelleren und sicheren Früherkennung beitragen. Diese Computerspiele überprüfen wichtige kognitive Funktionen wie Gedächtnis, Verhalten oder Aufmerksamkeit und führen aufgrund ihrer spielerischen Elemente zu einer größeren Akzeptanz bei den Probanden. Mittels einer Kombination aus mehreren Spielen, die an Alzheimerpatienten, gesunden Personen und Menschen mit leichten kognitiven Störungen getestet wurde, konnte der kognitive Status aller Probanden valide bestimmt werden. Die Ergebnisse deuten auf das große Potenzial dieser Anwendungen auch für die Demenzfrüherkennung hin.

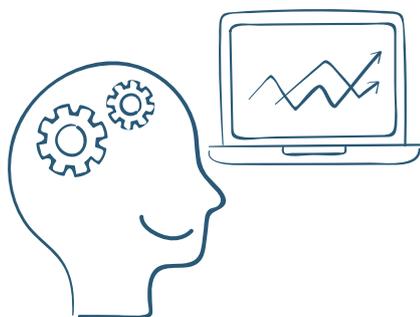
Quelle: Valladares-Rodriguez S et al. (2018) Learning to Detect Cognitive Impairment through Digital Games and Machine Learning Techniques. *Methods of Information in Medicine* 57(04):197–207



In der Unterversorgung gefangen

Alarmierende Erkenntnisse aus deutschen Gefängnissen: Etwa 20 % der Insassen konsumieren Heroin, bis zu 50 % sind alkoholabhängig oder neigen zu Alkoholmissbrauch. Rund drei Viertel der Häftlinge rauchen. Festgestellt wurde außerdem eine nicht ausreichende Drogenersatztherapie opiatabhängiger Insassen. Auch für das Vorkommen psychotischer Störungen und ADHS konnten verhältnismäßig hohe Zahlen ermittelt werden. In der Konsequenz wird gefordert, dass suchtmedizinische und psychiatrische Behandlungsangebote sowohl während des Strafvollzugs als auch in der Nachsorge gestärkt werden sollten.

Quelle: Opitz-Welke et al. (2018) Medizin im Justizvollzug. Deutsches Ärzteblatt 115:808–14



Digitale Stimmungsgymnastik

Im Netz existieren zahlreiche Programme, die Hilfen für psychisch erkrankte Menschen versprechen. Forscher der Uni Leipzig konnten dies nun für das Programm *Moodgym* auch wissenschaftlich belegen. Die Arbeitsgruppe zeigte, dass Patienten mit leichten bis mittelschweren Depressionen, die zusätzlich zur regulären Behandlung in der hausärztlichen Versorgung das Online-Programm anwendeten, eine deutliche Symptomreduktion erfuhren. Dieser Effekt zeigte sich auch noch sechs Monate nach der Anwendung. *Moodgym* ist ein ursprünglich in Australien entwickeltes Programm, das deutschlandweit von über 30.000 Betroffenen genutzt wird und auf den Prinzipien kognitiver Verhaltenstherapie basiert.

Quelle: Löbner M et al. (2018) Computerized cognitive behavior therapy for patients with mild to moderately severe depression in primary care: a pragmatic cluster randomized controlled trial (@ktiv). *Journal of Affective Disorders* 328:317–326

Nachwuchs



Merke: Unsere Gesellschaft braucht Psychiater.

Schlüssel verlegt, Arzttermin verschwitzt, das passende Wort nicht parat – ein bisschen vergesslich oder steckt etwas Ernstes dahinter? Demenz steht im Zentrum der neuen Generation-PSY-Kampagne, die im April startet.

Das Ziel ist wie immer klar: junge Menschen für den Psychiaterberuf zu begeistern, denn Nachwuchsmangel zeichnet sich bereits ab. Gleichzeitig wird die Risikogruppe für demenzielle Erkrankungen immer größer: Einer von zehn Deutschen ist schon heute über 75 Jahre alt. Da die Lebenserwartung der Menschen steigt, wird die Krankheit auch vermehrt auftreten. Aktuell sind ca. 1 Mio. Deutsche an Alzheimer-Demenz erkrankt. In den nächsten 20 bis 30 Jahren werden es vermutlich doppelt so viele sein. Die Gerontopsychiatrie ist auf genau diese Patientengruppe spezialisiert und behandelt Menschen, die z.B. an Demenz, Altersdepression und anderen psychischen Erkrankungen im Alter erkranken.

Demenz ist übrigens nicht gleich Demenz. Es gibt verschiedene Krankheitsbilder mit unterschiedlichen Ursachen. Im Allgemeinen sind Gedächtnis, Sprache, Erkennen, Lernen und Planen sowie die emotionalen und sozialen Fähigkeiten eines Menschen beeinträchtigt. Es handelt sich oft um nicht heilbare, fortschreitende Krankheiten, deren Verlauf aber positiv beeinflussbar ist. Umso wichtiger sind daher Prävention und Früherkennung. Generation PSY beleuchtet den aktuellen Wissensstand von Liquordiagnostik über MRT- oder PET-Verfahren bis hin zu Biomarkern. Dadurch, dass eine demenzielle Erkrankung im Laufe der Zeit das Gehirn verändert, verändert sich auch die Persönlichkeit. Dies mitzuerleben ist für alle Beteiligten sehr belastend. Auch diese Perspektive nimmt das Themenspecial auf www.generation-psy.de in den Blick und obendrein gibt es einige Buchtipps. Fest steht: Unsere Gesellschaft braucht junge Psychiater.

SUMMER SCHOOL

Zusammen mit dem AMEOS Klinikum für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie in Ueckermünde laden wir dich herzlich zur 7. Summer School ein. Wie bitte, schon zur Siebten? Ganz genau, die Summer School hat bereits seit mehreren Jahren erfolgreich bei verschiedenen Partnern stattgefunden. Wir freuen uns auch in diesem Jahr auf dich!

Was: Summer School Forensische Psychiatrie und Psychotherapie

Wann: 27. und 28. Juni 2019

Wo: AMEOS Klinikum für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie in Ueckermünde





EINE GEMEINSAME WELT BEWOHNEN

Was ermöglicht es uns, die Welt als eine gemeinsame zu bewohnen? Die Gewinner des DGPPN-Preises für Philosophie und Ethik in Psychiatrie und Psychotherapie entwerfen eine Theorie des *Sensus communis*, eines grundlegenden Sinns für die gemeinsame Lebenswelt, der auch den *Common Sense* einschließt.

Die Schizophrenie wird in diesem Verständnis als ein tiefgreifender Verlust dieses *Sensus communis* aufgefasst, der die Teilhabe am sozialen Raum erschwert oder unmöglich macht. Damit die gemeinsam konstituierte Welt erhalten bleibt, werden Möglichkeiten der psychiatrischen Intervention sowie „Nischen der Gastfreundschaft“ beschrieben.

Zu Beginn müssen zunächst einige zentrale Begriffe definiert werden.

1. Am Begriff des *Sensus communis* lassen sich drei Dimensionen unterscheiden: (1) der *Gemeinsinn* im Sinne einer einheitlichen, intermodalen Wahrnehmung der Umwelt, verbunden mit einem basalen leiblichen Selbstempfinden, (2) der *soziale Sinn* als implizite leibliche Fähigkeit zu alltäglichen Interaktionen und sozialen Umgangsformen und (3) der *Common Sense* als regelgeleitetes, pragmatisches Denkvermögen im Sinne des „gesunden Menschenverstands“. Alle drei Dimensionen sind als miteinander verflochtene *Interaktionsfähigkeiten* im Verhältnis zur Umwelt zu sehen: Der *Sensus communis* ist das umfassende Resonanzorgan sozialer Beziehungen.

2. *Lebenswelt* und *sozialer Raum*: Die *Lebenswelt* bildet den allgemeinen, soziohistorisch gewachsenen und gemeinsamen Horizont des Menschen [3]. Sie ist von einer Vielfalt sozialer, d. h. moralischer, epistemischer, ästhetischer und ökonomischer Ordnungen geprägt, die unsere konkrete Erfahrung bestimmen. Der *soziale Raum*, mit dem wir uns im Folgenden befassen, ist dabei als die *Räumlichkeit der Lebenswelt* zu verstehen [4]. Der *Sensus communis* lässt sich dann als das grundlegende Vermögen beschreiben, das uns die *Lebenswelt* vertraut und bewohnbar macht. Er entwi-

ckelt sich vor allem in der frühen Kindheit durch zahlreiche Interaktionserfahrungen, die uns ein kohärentes, zur leiblichen Gewohnheit gewordenen und nach allgemeinen Regeln des Denkens und Handelns abgestimmtes Verhältnis zur Lebenswelt ermöglichen.

Sozialer Raum, Teilräume, Nischen und Nicht-Orte

Im sozialen Raum lassen sich verschiedene Teilräume mit besonderen Strukturen und Qualitäten unterscheiden. So steht etwa dem *öffentlichen Raum*, der sich durch hohe Sichtbarkeit bei gleichzeitiger Distanziertheit der Interaktion auszeichnet, der *private Raum* gegenüber, in dem die Personen in der Regel in einen offenen und intimen Kontakt miteinander treten. Weiter ist der *Bekanntschaftsraum* z. B. der Nachbarschaft hervorzuheben, dessen Interaktionsmodus sich zwischen öffentlichem und privatem Raum bewegt, aber auch der *virtuelle Raum*, der durch eine simulierte und gut regulierbare Nähe charakterisiert ist. Zwei wichtige Räume bilden außerdem *Nischen* und *Nicht-Orte*. Nischen sind Räume, in denen Personen mit erwarteter Regelmäßigkeit eine zu ihnen passende Form von Resonanz erfahren; sie stellen die grundlegende Verankerung im sozialen Raum her. Eine Nische können zum Beispiel die langjährige Zugehörigkeit zu einem Sport- oder Kulturverein und die damit verbundenen sozialen Beziehungen bilden. *Nicht-Orte* sind das Gegenteil von Nischen, nämlich unbewohnbare Orte, deren Verhaltensregeln und Gewohnheiten sich uns nicht erschließen und deren Ungastlichkeit die eigene Lebendigkeit bedrohen kann [5]. Das kann etwa ein Ort sein, an dem ein Mensch von anderen dauerhaft ignoriert oder gedemütigt wird. Auch Flughäfen und Flüchtlingslager sind Nicht-Orte, da sie dazu gemacht sind, nicht eigentlich bewohnt zu werden.

Schizophrenie und sozialer Raum

Die psychotische „Verrücktheit“ lässt sich im wörtlichen Sinn als Verrückung und Auflösung der Strukturen des sozialen Raums auffassen. Durch den Einbruch von „Unheimlichem“ werden die bisherigen Räume und Nischen der Vertrautheit bedrohlich und unbewohnbar. In der Schizophrenie kann sich diese Verrückung in akuter Form manifestieren, aber auch in dauerhafter Weise erhalten und dann auch produktiv angeeignet werden.

Akute psychotische Erkrankungen stellen einen krisenhaften Zusammenbruch des sozialen Raums dar. Das lässt sich eindrucksvoll am Altersparanoid beobachten [6]: Die Patienten erfahren einen Zusammenbruch der Grenzen zwischen öffentlichem und privatem Raum, so dass beispielsweise Feinde, Gase oder Strahlen in ihren Wohnraum eindringen und sie angreifen. Im Wahn reicht die Sichtbarkeit des öffentlichen Raums bis in den Intimraum der Betroffenen hinein. An die Bedrohlichkeit solcher Erfahrungen knüpft sich auch die Wahnstimmung der beginnenden Schizophrenie, in der vertraute Räume auf einmal zu wortwörtlich *unheimlichen* Nicht-Orten werden und sich die im *Sensus communis* verankerten Sinnbezüge der Lebenswelt auflösen.

Diesen akuten Entwicklungen gehen oftmals prodromale Dauerzustände voran, die Laing [7] treffend als „ontologische Unsicherheit“ bezeichnet hat. Als ein aus sozialräumlicher Perspektive prägnantes Beispiel für eine solche existenzielle Unsicherheit sehen aktuelle Studien das erhöhte Psychoseerisiko nach Migration, Flucht und Vertreibung an. Das-Munshi et al. [8] wiesen nach, dass das Auftreten psychotischer Erfahrungen wie etwa Stimmenhören oder Verfolgungswahn direkt mit dem Grad sozialer Ausgrenzung korreliert. Im Sinne der Phänomenologie des *Sensus communis* ließe sich dies so interpretieren, dass den Betroffenen die selbstverständliche Abstimmung mit den jeweils gültigen Regeln und Normen des sozialen Raums nicht gelingt und sie sich dadurch in einer ständigen „Kommunikationskrise“ befinden [9].

Diese Überlegungen leiten zu der Frage über, welche stabilisierten Formen die Schizophrenie im Alltag von Betroffenen annehmen kann. Es fällt auf, dass sie dazu neigen, eine „randständige“, distanzierte und beobachtende Position im sozialen Raum einzunehmen. Corin und Lauzon [10] beschreiben beispielsweise, dass Menschen mit chronischer Schizophrenie in der Regel öffentliche Orte mit hohen interaktiven Anforderungen meiden und stattdessen eine

distanzierte Anonymität bevorzugen. Im privaten Raum beschränken sie intime und offene Interaktionen oft auf wenige, langjährige „signifikante Andere“.

Offenbar besteht hier ein struktureller Zusammenhang zwischen der unheimlichen Erfahrung von Nicht-Orten in akuten psychotischen Episoden und dem späteren Rückzug in Randbereiche und Durchgangsorte des sozialen Raums. Gleichwohl sollte dieses An-den-Rand-Rücken nicht nur als ein defizitärer Verlust des *Sensus communis* angesehen werden. Corin und Lauzon [10] deuten es vielmehr als Versuch einer Selbsterhaltung und -heilung im Sinne eines *Positive Withdrawal* gegenüber überfordernder Interaktion. Dies kann auch als kreative Aneignung von „Nischen im Abseitigen“ verstanden werden: Hier erfahren die Betroffenen, etwa in der Erkundung der Natur, durch künstlerischen Ausdruck oder im Austausch mit anderen Psychoseerfahrenen, eine ihnen angemessene Resonanz mit der Umwelt [11, 12].

Therapie des sozialen Raums

Die phänomenologische Raumanalyse schizophrener Erfahrung führt notwendig zur Frage, wie der soziale Raum umgestaltet werden kann, um auch seinen ausgegrenzten Bewohnern Teilhabe zu ermöglichen. Dabei sollte zunächst die Rolle der Psychiatrie selbst problematisiert werden. Denn der psychiatrische Raum läuft per se Gefahr – mit Foucault [13] gesprochen – zu einer „Abweichungsheterotopie“ zu werden, in der die Psychose aus dem sozialen Raum ausgegrenzt und ein Dialog zwischen „Normalität“ und „Verrücktheit“ unterbunden wird. Diese Gefahr einmal bedacht, kann der psychiatrische Raum aber auch die Funktion einer „Krisenheterotopie“ [13] übernehmen, d. h. einer bergenden Nische für Menschen, die durch krisenhafte Erfahrungen ihre Abstimmung und Resonanz mit ihrer Umwelt verloren haben. Zu denken ist insbesondere an *Soteria*-Stationen, in denen Betroffene durch gemeinsame Alltagspraxis ein selbstverständliches und resonantes Selbst-Welt-Verhältnis wiedergewinnen können [14].

Die Schaffung solcher Nischen darf sich aber nicht auf den stationären Bereich beschränken. Im Gegenteil: Soziale Selbstverständlichkeit kann letztlich nur durch eine Arbeit an jenen Räumen und ihren Regeln wiederhergestellt werden, in denen sie auch verloren wurde. Ansätze wie die Arbeit der Sozialpsychiatrischen Dienste, das *Assertive Community Treatment* und *Open Dialogue* gelten besonders dem Privat- und Bekannschaftsraum außerhalb der

Klinik [15, 16]. Ihr Ziel ist die Öffnung dieser Räume und die Ermöglichung eines Dialogs zwischen den Betroffenen und Angehörigen [17]. Dabei ist der Bekanntschaftsraum von besonderem Interesse: Psychiatrische Arbeit besteht hier vor allem in einer Vermittlung und der Motivierung der jeweiligen Bekannten, sich auf die Unterstützung und Begleitung ihrer „aus der Rolle gefallenen“ Mitmenschen einzulassen. Sportvereine, Kirchengemeinden oder auch Online-Peer-Groups stellen dabei potenzielle „Nischen der Gastfreundschaft“ [18] dar.

Mit den genannten Vermittlungsversuchen gehen schließlich auch Programme der Stigmaprävention im öffentlichen Raum einher. Die Grundidee dieser Programme ließe sich im Gedanken eines offenen Verhältnisses zwischen Normalität und Psychose zusammenfassen: Psychisches Kranksein ist eine menschliche Möglichkeit, die grundsätzlich alle treffen kann, die folglich alle etwas angeht und für die schließlich auch alle eine praktische Verantwortung tragen.

Relevanz für therapeutische Ansätze

Abschließend sei noch einmal die Relevanz der hier vertretenen phänomenologisch-anthropologischen Sicht psychischer Erkrankungen für therapeutische Ansätze hervorgehoben: Die Betonung der menschlichen Subjektivität und Intersubjektivität in ihrer Verflochtenheit ermöglicht eine dialogische Beziehung gerade zu von sich selbst entfremdeten, „ontologisch verunsicherten“ Patienten. Dies stellt bereits einen maßgeblichen Schritt zur Überwindung des psychotischen Verständigungsverlusts dar, der wiederum nur im Bezug zur gemeinsamen Welt beschrieben werden kann. Diese gemeinsam bewohnte und bewohnbare Welt sollte Ausgangspunkt und Ziel des psychiatrischen und schließlich auch politischen Handelns sein.

Autoren

Prof. Dr. med. Dr. phil. Thomas Fuchs

ist seit 2010 Karl-Jaspers-Professor für philosophische Grundlagen der Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Heidelberg. Er befasst sich mit der phänomenologischen Psychologie, Psychopathologie und Anthropologie und ist stellvertretender Leiter des DGPPN-Referats „Philosophische Grundlagen der Psychiatrie“.

Dr. phil. Samuel Niklas Thoma

ist für die Immanuel Klinik Rüdersdorf, Universitätsklinik der Medizinischen Hochschule Brandenburg, als Assistenzarzt in der Allgemein- und Suchtpsychiatrie tätig. In seiner klinischen Arbeit interessieren ihn vor allem die schizophrenen und affektiven Psychosen. Schwerpunkte seiner Forschung sind anthropologische Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Versorgungsforschung.

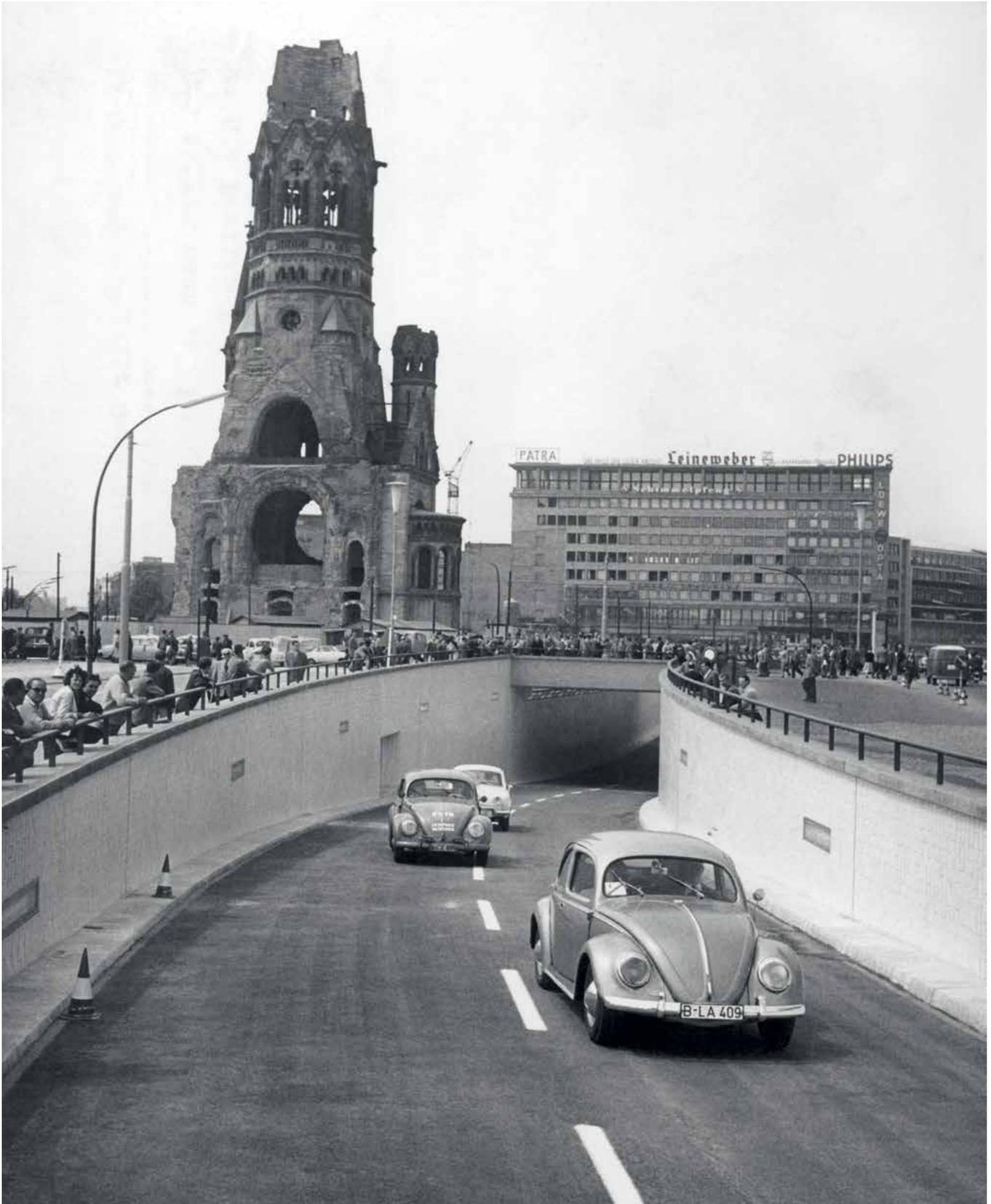
Literatur

- 1 Thoma S, Fuchs T (2018) Inhabiting the shared world. Phenomenological considerations on *sensus communis*, social space and schizophrenia. In: Hipolito I, Goncalves J, Pereira JG (Hrsg) (2018) *Schizophrenia and Common Sense*. Springer, Berlin
- 2 Thoma S (2018) *Common Sense und Verrücktheit im sozialen Raum. Entwurf einer phänomenologischen Sozialpsychiatrie*. Psychiatrie Verlag, Köln
- 3 Husserl E (1976) *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie*. Bd. VI, Nijhoff, Den Haag
- 4 Fuchs T (2000) *Leib, Raum, Person: Entwurf einer phänomenologischen Anthropologie*. Klett-Cotta, Stuttgart
- 5 Augé M (2014) *Nicht-Orte*. Beck, München
- 6 Fuchs T (2000) *Psychopathologie von Leib und Raum. Phänomenologisch-empirische Untersuchungen zu depressiven und paranoiden Erkrankungen*. Steinkopff, Darmstadt
- 7 Laing RD (1987) *Das geteilte Selbst. Eine existentielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn*. Kiepenheuer & Witsch, Köln
- 8 Das-Munshi J et al (2012) Ethnic density as a buffer for psychotic experiences: findings from a national survey (EMPIRIC). *British Journal of Psychiatry* 201(4):282–290
- 9 Kulenkampff C (1953) Über Wahrnehmungen – Ihre Interpretation als Störung der „Wohnordnung“. *Nervenarzt* 24(8):326–331
- 10 Corin E, Lauzon G (1992) Positive Withdrawal and the Quest for Meaning: The Reconstruction of Experience among Schizophrenics. *Psychiatry* 55(3):266–278
- 11 Bremer F et al. (Hrsg) (2014) *Leben in Nischen*. Brückenschlag Bd. 30, Paranus Verlag, Neumünster
- 12 Schlimme JE, Brückner B (2017) *Die abklingende Psychose. Verständigung finden, Genesung begleiten*. Psychiatrie Verlag, Köln
- 13 Foucault M (1967) Von anderen Räumen. In: Dünne J, Günzel S (Hrsg) (2012) *Raumtheorie. Grundlagentexte aus Philosophie und Kulturwissenschaften*. Suhrkamp, Frankfurt am Main
- 14 Hurtz R, Hoffmann H (2017) Soteria – Psychosebegleitung und Milieuthérapie – brauchen wir das heute noch? *Nervenheilkunde* 36(11)
- 15 Becker T et al. (2008) *Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie*. Kohlhammer, Stuttgart
- 16 Seikkula J, Alakare B, Aaltonen J (2011) The Comprehensive Open-Dialogue Approach in Western Lapland: II. Long-term stability of acute psychosis outcomes in advanced community care. *Psychosis* 3(3):192–204
- 17 von Peter S et al. (2015) „Diese Offenheit muss weitergehen“ – Wie erleben Psychiatrieerfahrene, Angehörige und Professionelle den Trialog? *Psychiatrische Praxis* 42(07):384–391
- 18 Kal D (2010) *Gastfreundschaft: Das niederländische Konzept Quartiermaken als Antwort auf die Ausgrenzung psychiatrieeffahrener Menschen*. Die Brücke, Neumünster

Preisgekrönt

Der vorliegende Beitrag ist eine Zusammenfassung des Aufsatzes *Inhabiting the shared world. Phenomenological considerations on *sensus communis*, social space and schizophrenia* [1, 2]. Dieser wurde 2018 mit dem DGPPN-Preis für Philosophie und Ethik in Psychiatrie und Psychotherapie ausgezeichnet.

Von gestern für heute



Die psychiatrische Fachgesellschaft in der Nachkriegszeit (1945–1975)

Die DGPPN erforscht ihre Geschichte. Sie stellt sich damit ihrer historischen Verantwortung. Ein aktuelles Forschungsprojekt untersucht den Umgang der psychiatrischen Fachgesellschaft mit dem Erbe der NS-Zeit und den Weg zur Reform der Versorgungsstrukturen für Menschen mit psychischen Erkrankungen Mitte der 1970er Jahre.

Es ist mittlerweile hinlänglich bekannt, dass sich während des Nationalsozialismus zentrale Persönlichkeiten der psychiatrischen Fachgesellschaft bzw. des Netzwerks, das die Organisationsstruktur der *Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater* (GDNP) umspannte, an der Propagierung und Legitimierung des Vernichtungsprogramms an psychisch Kranken und an der Begleitforschung zur „Euthanasie“ beteiligten. Kritische Stimmen in Bezug auf die Patiententötungen wurden von der Fachgesellschaft, die fest in der Hand von „Euthanasie“-Befürwortern war, aktiv unterdrückt. Auf diese Weise machte sich die GDNP als Institution am hundertausendfachen medizinisch legitimierten Mord mitschuldig [1]. Wie ging die psychiatrische Fachgesellschaft nach 1945 damit um? Welche personellen Kontinuitäten gab es? Prägten die Erfahrungen mit der NS-Psychiatrie die Stellungnahmen der *Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde* (DGPN) zur Reform der

psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalten? Diesen Fragen wird in einem Forschungsprojekt zur Geschichte der psychiatrischen Fachgesellschaften in Deutschland, das von der DGPPN finanziert und von einer unabhängigen Historikerkommission begleitet wird, nachgegangen.

Gründungs- und Organisationsgeschichte der DGPN

Während des Zweiten Weltkriegs war die Tätigkeit der psychiatrisch-neurologischen Fachgesellschaft weitgehend zum Erliegen gekommen. Erst ab 1947 wurden Schritte zur Reorganisation unternommen. Die Eintragung der GDNP ins Vereinsregister erfolgte schließlich am 8. Mai 1952, genau sieben Jahre nach Kriegsende. Berufspolitische Konflikte führten schnell zu einer Neuorganisation, die in der Auflösung der GDNP und der Gründung der DGPN mündete. 1954 als *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie* ins Leben gerufen, musste die psychiatrische Fachge-

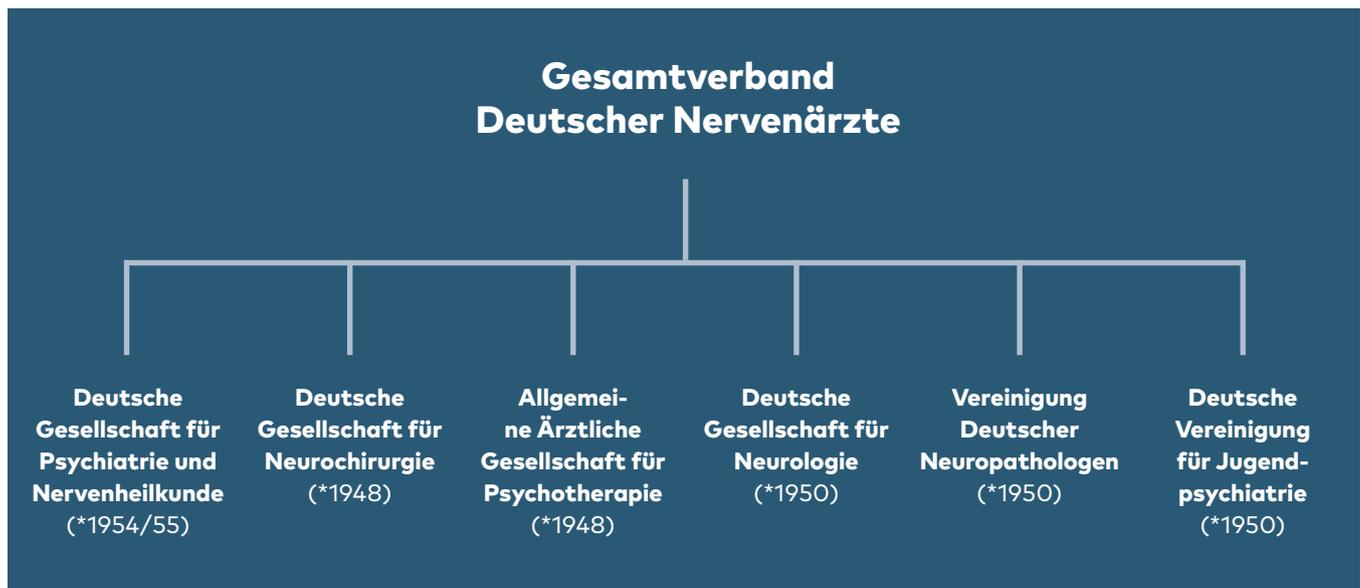
sellschaft nach vehementen Protesten der Neurologen, die längst eine eigene Fachgesellschaft (DGN) gegründet hatten, schon im darauf folgenden Jahr wieder umbenannt werden. Sie hieß seit 1955 *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde*.

Der neue Name machte deutlich, dass die Psychiater den Anspruch aufrechterhielten, alleinige Vertreter aller nervenärztlichen Disziplinen zu sein – und dies offenbar erfolgreich, denn die DGPN war bei den bundesdeutschen Gesundheitspolitikern ein angesehener Ansprech- und Gesprächspartner [2]. Diese Tatsache darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die DGPN weiterhin von ehrenamtlichem Engagement abhängig blieb. Daher war sie eher eine Kommunikationsplattform für die Universitätsprofessoren und Klinikdirektoren als eine schlagkräftige berufspolitische Vertretung. Ein Amt in der DGPN war folglich auch nur in seltenen Fällen Bestandteil der individuellen Karriere-strategie. Vielmehr krönte die Übernahme des Präsidenten-amts für gewöhnlich ein langes und erfolgreiches Berufs-leben. Offenkundig war dieser wenig einflussreiche Posten nicht besonders attraktiv: Bis 1968 gab es bei den alle zwei Jahre auf dem DGPN-Kongress anstehenden Wahlen stets nur einen Kandidaten, der oftmals händeringend gesucht und lange überzeugt werden musste. Auch in berufspoliti-schen Angelegenheiten sprachen die Vorstände der DGPN meist in anderen Funktionen: als Ordinarien, Zeitungsher-ausgeber oder Klinikdirektoren.

Mitte der 1960er Jahre schien die DGPN so manchem Zeit-genossen zu einem Verein beruflich und wissenschaftlich bereits etablierter älterer Männer zu werden. Um einer Erstarrung vorzubeugen und neue Formen der Koopera-tion und der Politikberatung zu entwickeln, machte sich die Organisation ab 1968 daher von Einzelpersonen unab-hängiger: Eine Geschäftsstelle wurde eingerichtet, die Aus-schussarbeit forciert und eine aktive Öffentlichkeitsarbeit betrieben. Obwohl die DGPN 1970 mit über 1000 Mitglie-dern die größte psychiatrische Vereinigung Europas war, waren die Mitgliedsbeiträge jedoch so niedrig und die Kon-gresseinnahmen so gering, dass viele dieser Veränderungs-impulse schon nach wenigen Jahren wieder versandeten [3].

Psychiater in der Zusammenbruchsgesellschaft

Die Geschichte der Organisationsgründung und -ausdiffe-renzierung ist wenig aufschlussreich, wenn sie nicht durch einen Blick auf die Netzwerke der in den 1940er, 1950er und 1960er Jahren führenden Psychiater erweitert wird. Ins-besondere die unmittelbare Nachkriegszeit ist dabei von Bedeutung: Anhaltendes Hungersterben, Fremdnutzung, zerstörte und veraltete Infrastruktur, mangelnde Versor-gung mit Nahrung, Kohlen und medizinischen Verbrauchs-gütern prägten die Heil- und Pflegeanstalten nach 1945 [4]. Der 1947 stattfindende Nürnberger Ärzteprozess führte der Öffentlichkeit die Medizinverbrechen im Nationalsozia-lismus vor Augen und bedrohte damit – so die Wahrneh-



Struktur des Gesamtverbandes Deutscher Nervenärzte, Ende 1955

mung der Mehrheit der Psychiater – das Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient. Strukturgebend waren die Jahre nach Kriegsende aber vor allem deswegen, weil zahlreiche wichtige Posten, darunter Herausgeberschaften der Fachzeitschriften sowie Ordinariate, neu besetzt wurden. Die Neuorganisation der eigenen Netzwerke war das Gebot der Stunde. Dies galt besonders für diejenigen Psychiater, die von der Entnazifizierung betroffen waren. Sie schrieben sich gegenseitig „Persilscheine“ und setzten ihr soziales und kulturelles Kapital für Freunde und Kollegen ein. Auf diese Weise gelang es führenden Psychiatern wie dem ersten Nachkriegspräsidenten der GDNP Ernst Kretschmer, unter großzügiger Ausblendung der eigenen Verstrickungen in die NS-Erbgesundheitspolitik sich selbst zu Opfern des Nationalsozialismus oder gar zu Widerstandskämpfern zu stilisieren. Es war dieser gegenseitige Beistand in einer Phase großer Unsicherheit, auf dem der Zusammenhalt der Nachkriegsnetzwerke sowie das schnelle kollektive Verdrängen und Beschweigen der „Euthanasie“ ruhte und der die psychiatrische Fachgesellschaft inhaltlich und personell noch lange prägen sollte.

Personelle Kontinuitäten

Von den in den sechs Mordanstalten Hadamar, Brandenburg, Grafeneck, Bernburg, Pirna/Sonnenstein und Hartheim verantwortlichen Ärzten, vom Personal der *Zentraldienststelle T4* und vom inneren Führungszirkel der GDNP um Ernst Rüdin spielte in der GDNP/DGPN nach 1945 niemand eine tragende Rolle. Es finden sich auch keine Belege dafür, dass dieser Personenkreis von der Fachgesellschaft der Psychiater gedeckt oder aktiv unterstützt wurde. Indes waren sechs der ersten zehn Nachkriegspräsidenten der GDNP/DGPN direkt an der auf Aussonderung und Vernichtung ausgerichteten Erbgesundheitspolitik der Nationalsozialisten beteiligt. Mit Werner Villinger, Friedrich Mauz und Friedrich Panse stiegen drei „T4“-Gutachter und mit Hans Bürger-Prinz, Ernst Kretschmer und Helmut Ehrhardt drei weitere Beisitzer der Erbgerichtshöfe zu Präsidenten der psychiatrischen Fachgesellschaft auf.

Dies war möglich, weil es der Ärzteschaft und den sie vertretenden Organisationen zuvor gelungen war, die NS-Medizinverbrechen als unmoralische Einzelaten zu brandmarken und die Begleitforschung an „Euthanasie“-Opfern als „pseudowissenschaftlich“ zu etikettieren. Der Fokus auf die Grausamkeit einzelner Täter begünstigte damit die gewollte und geförderte Blindheit für die strukturellen Bedin-

gungen der Taten. Insgesamt gelang es den führenden Vertretern der Ärzteschaft, die Universitätswissenschaft und die ärztlichen Standesorganisationen nach dem Zweiten Weltkrieg aus den Schuld- und Sühnedebatten sowie aus den juristischen Prozessen zur Ahndung der Vergehen herauszuhalten. Gründe für das begangene Unrecht wurden allenfalls außerhalb der Psychiatrie gesucht, so vor allem bei der politischen Führung und der Justiz. Dieses in der zweiten Hälfte der 1940er Jahre geschaffene Geschichtsbild sollte das Selbstbild und die Außendarstellung der psychiatrischen Fachgesellschaft jahrzehntelang prägen. Noch in der 1972 erschienenen Festschrift der DGPN wurde die Vorgängerinstitution vom langjährigen Schriftführer der DGPN Helmut Ehrhardt von jeglicher Mitwirkung an der „Euthanasie“ freigesprochen. Auf Basis dieser Leugnung der eigenen Geschichte und Verantwortung spielten Teile des DGPN-Spitzenpersonals auch in der Bundesrepublik noch eine unrühmliche Rolle: 1961 empfahlen vormalige Beisitzer der mit den Zwangssterilisierungen befassten Erbgesundheitsgerichte wie Villinger und Ehrhardt, die nun als Sachverständige im Bundestagsausschuss für Wiedergutmachung tätig waren, den Betroffenenkreis der Zwangssterilisierten aus den Entschädigungsregelungen auszuschließen.

Die wenigen Psychiater, die sich in den 1950er und 1960er Jahren darum bemühten, die an den Psychiatriepatienten begangenen Verbrechen „aufzuarbeiten“, wurden in ihrem Bestreben von der Fachgesellschaft nicht unterstützt. In den Vorstandsprotokollen findet sich kein einziger Verweis darauf, dass dieser Themenkomplex überhaupt einmal diskutiert wurde. So gab die DGPN auch keine offizielle Stellungnahme zum Fall des ehemaligen „T4“-Obergutachters Werner Heyde ab, der in Schleswig-Holstein lange Zeit unbehelligt und gedeckt von Fachkollegen als gefragter Gutachter unter dem Namen Fritz Sawade weiter arbeiten konnte [5]. Selbst wenn in der Medienöffentlichkeit über die „Euthanasie“ berichtet wurde, kam aus der psychiatrischen Fachgesellschaft nur Schweigen.

Reform der psychiatrischen Versorgung

Die Vernichtung der angeblich Unheilbaren war im Nationalsozialismus nicht nur Ausdruck der Aufgabe des therapeutischen Anspruchs und Ergebnis eines enttäuschten Heilungsoptimismus gewesen. Im Wunsch nach einer handlungsfähigen Psychiatrie verband sich das Töten mit einem ambitionierten Reformprogramm. Viele der während des

Zweiten Weltkrieges formulierten Ziele für eine Psychiatrie nach dem „Endsieg“ waren auch Bestandteil der Reformforderungen der nachfolgenden Jahrzehnte. Im Kern ging es dabei um die öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten sowie die Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen der Psychiater. Die abgelegenen Großkliniken sollten gemeindenäher, patientengruppenspezifischer und offener werden. Der Investitionsstau sollte behoben und der Personalschlüssel erhöht werden. Dennoch blieb der Ausbau innerhalb der bestehenden Strukturen der zentrale Trend der Nachkriegszeit.



Bettensaal in den 1950er Jahren (ZSP Phillipshospital)

Dass sich die Bettenzahl pro Klinik immer weiter erhöhte, wurde in den frühen 1960er Jahren weithin als Problem wahrgenommen. Auf den Kongressen der DGPN debattierten die Mitglieder über notwendige strukturelle Reformen. Die Verantwortung für die Missstände wurde jedoch häufig außerhalb der eigenen Zuständigkeit gesucht. In diesem Zusammenhang behauptete man, dass die reformbereiten Psychiater durch Politik und Verwaltung ausgebremst worden seien. Ähnlich argumentierte auch Friedrich Panse 1964 [6]. In seiner 1957 von der DGPN in Auftrag gegebenen, international vergleichenden Studie über Entwicklung, Stand, Reichweite und Zukunft des psychiatrischen Krankenhauses forderte er, die psychiatrischen Krankenhäuser besser zu finanzieren, umzubauen und zu verkleinern. Ferner plädierte er dafür, die Psychotherapie stärker in die psychiatrische Praxis zu integrieren und psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern einzurichten. Das geschah in ganz zeittypischer Weise mit Bezügen auf Erfahrungen in anderen Ländern. Denn die 1960er Jahre waren stark durch die Suche nach Vorbildern jenseits der eigenen Landesgrenzen geprägt. So wurden die Gegenwarts- und Zukunftsfragen des Faches stets mit ausländischen Beispielen angereichert, plausibilisiert und mit Dringlichkeit

versehen. Spätestens mit Kennedys *Special Message to the Congress on Mental Illness and Mental Retardation* 1963 entstand in der Bundesrepublik ein neuartiger internationaler Referenzrahmen und Verweisraum für die Reform der Versorgungsstrukturen.

Mitte der 1960er Jahre ist nur schwer vorstellbar, dass sich kurz darauf die Interessenkonflikte zu Fronten verhärten würden. Schließlich waren viele Reformideen, die in der DGPN debattiert wurden, mit den Ideen der Gemeinde- und Sozialpsychiatrie kompatibel. Doch schon bald ging es um mehr: um die Machtfrage in der Klinik und im Fach. Von einer grundsätzlichen Kompromiss- und Kommunikationsbereitschaft war in den Reformdebatten ab Ende der 1960er Jahre nicht mehr viel zu erkennen. Gegenseitige Ausfälle, Beleidigungen und Diffamierungen waren an der Tagesordnung. Dies war darauf zurückzuführen, dass die Diskussionen durch einen Generationenkonflikt aufgeheizt und mit der NS-Vergangenheit und den politischen Grundkonflikten im Kalten Krieg verknüpft wurden [7]. Während sich die etablierten Psychiater einem kollektiven NS-Vorwurf und der Gleichsetzung von psychiatrischer Anstalt und faschistischer Herrschaft ausgesetzt sahen, verunglimpften sie ihrerseits die sozialpsychiatrische Reformbewegung als radikalkommunistische Variante der Antipsychiatrie. Diese Zuspitzung erzeugte wichtige Handlungsimpulse sowie Öffentlichkeit. Doch reduzierte sich dadurch zugleich der Wille zum Entgegenkommen. Der Ton verschärfte sich, weil die Opponenten zunehmend einem Lagerdenken verhaftet waren und in unterschiedlichen Zeithorizonten dachten. Während die DGPN die zentrale Stellung des psy-



In den 1960er Jahren stärkten internationale Impulse die Reformbestrebungen in Deutschland.

chiatrischen Großkrankenhauses vielleicht bedauerte, aber sie aktuell für unausweichlich hielt, suggerierten die „Reformer“, dass mit ausreichend politischem Willen rasche und deutlich weiterreichende Veränderungen möglich seien. Die durchaus reformwilligen DGPN-Granden konnten so als Bremsklötze tiefgreifender Umgestaltungsversuche dargestellt werden. Die etablierten Klinik- und Universitätspsychiater reagierten auf diese Vorwürfe mit Abwehr, Entrüstung und Unverständnis. Denn sie hielten sich selbst für Leidtragende einer jahrzehntlang politisch gewollten finanziellen Unterversorgung. Die Probleme, die in der 1971 konstituierten Sachverständigenkommission zur Ausarbeitung eines Berichts über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (Psychiatrie-Enquete) auftauchten, lassen sich nicht verstehen, wenn man sie auf den Streit zwischen Vertretern unterschiedlicher Versorgungsmodelle verkürzt. Die Geschichte der DGPN zeigt, dass Reformen der psychiatrischen Versorgung auch von habituellen Widerständen, generationellen Konflikten, persönlichen Verletzungen und „unbewältigter“ Vergangenheit beeinflusst werden und dass sich diese langfristig hinderlich auf die Umsetzung von Reformvorhaben auswirken können.

Literatur

- 1 Vgl. Schmulh H-W (2016) Die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater im Nationalsozialismus. Springer, Berlin/Heidelberg. Vgl. auch die beiden Ausgaben zu Psychiatern im Nationalsozialismus in: Der Nervenarzt 3 (2012) und 9 (2013)
- 2 Vgl. Fehleemann S et al. (2017) Psychiatrie – Politik – Wissenschaft. 175 Jahre psychiatrische Fachgesellschaft in Deutschland. Die Geschichte der DGPPN und ihrer Vorgängerorganisationen, Berlin
- 3 Dörre S (2018) Die Psychiatrie-Enquete als Herausforderung. Die organisatorische Erneuerung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde in der ersten Hälfte der 1970er Jahre. In: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde 24:119–139
- 4 Vgl. Brink C (2010) Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860–1980. Wallstein, Göttingen, S. 360–371
- 5 Vgl. Godau-Schüttke K-D (2010) Die Heyde/Sawade-Affäre. Wie Juristen und Mediziner den NS-Euthanasieprofessor Heyde nach 1945 deckten und straflos blieben. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
- 6 Vgl. Panse F (1964) Das psychiatrische Krankenhauswesen. Entwicklung, Stand, Reichweite und Zukunft. In: Schriftenreihe aus dem Gebiete des öffentlichen Gesundheitswesens, Bd 19. Thieme, Stuttgart
- 7 Vgl. Forsbach R (2011) Die 68er und die Medizin. Gesundheitspolitik und Patientenverhalten in der Bundesrepublik Deutschland (1960–2010), University Press, Bonn

Autor

Steffen Dörre

ist Historiker aus Berlin und bearbeitet seit 2016 den Forschungsauftrag der DGPPN zur Geschichte der Psychiatrie im Nachkriegsdeutschland.

Forschungsauftrag „Geschichte der Psychiatrie im Nachkriegsdeutschland“

Nach dem erfolgreichen Abschluss des Forschungsprojekts zur „Geschichte des Deutschen Vereins für Psychiatrie bzw. der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater in der Zeit des Nationalsozialismus“ hat die DGPPN einen Forschungsauftrag zur Geschichte der Psychiatrie im Nachkriegsdeutschland ausgeschrieben. Das Thema soll gleichermaßen für Ost- wie für Westdeutschland bearbeitet werden. Dabei soll auf die Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Entwicklung dezidiert eingegangen werden, ebenso auf Austauschprozesse zwischen den Besatzungszonen bzw. den beiden deutschen Staaten. Die Rolle der Fachgesellschaften in dieser Zeitperiode soll dabei herausgearbeitet werden. Der Forschungsauftrag umfasst den Zeitraum vom Ende des Zweiten Weltkrieges (1945) bis zum Beginn der Reformbewegungen in West- und Ostdeutschland (Psychiatrie-Enquete bzw. Rodewischer Thesen). Die Forschungsarbeiten haben 2016 begonnen.

Projektbearbeiter

- Steffen Dörre, Berlin

Mitglieder der Unabhängigen Historischen Kommission

- Heiner Fangerau (Vorsitz), Köln
- Florian Steger, Ulm
- Ralph Jessen, Köln
- Franz-Werner Kersting, Münster
- Holger Steinberg, Leipzig
- Maike Rotzoll, Heidelberg

Der Psychiatrische Beirat

- Frank Schneider (Vorsitz), Aachen
- Heinz Häfner, Mannheim
- Hanfried Helmchen, Berlin
- Hanns Hippus, München
- Joachim Klosterkötter, Köln
- Andreas Maercker, Zürich
- Henning Saß, Aachen
- Heinrich Sauer, Jena

Der Beirat hat ausschließlich beratende Funktion und kein Stimmrecht.

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin

Tel.: 030.2404 772-0

pressestelle@dgppn.de

Präsident

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz

(V.i.S.d.P.)

Registergericht:

VR 26854 B, Amtsgericht

Berlin-Charlottenburg

Redaktion

Dipl.-Psych. Gabriel Gerlinger, M. A. (Leitung)

Dipl.-Psych. Julie Holzhausen (Leitung)

Isabelle Lork, M. A. (Koordination)

Michaela Peeters, M. A.

Michael Wassiliwizky, M. Sc.

Robert Zeidler, MPH

Dipl.-Psych. Kristina Günther

Dr. phil. Dipl.-Psych. Paula Schickanz

Layout und Reinzeichnung

Irene Pranter

Auflage

10.000 Exemplare

Erscheinungsdatum

März 2019

Design- und Gestaltungskonzept

wenkerottke.

Schlusskorrektur

Heide Frey

Druck

Buch- und Offsetdruckerei

H. HEENEMANN GmbH & Co. KG, Berlin

ABBILDUNGEN

Titelseite: Louis Quail aus der Serie *Big Brother*; S. 5, 21–24, 28: Claudia Burger; S. 14–18: picture alliance/Wolfgang Kumm/dpa; S. 19: Buchcover Siri Hustvedt: Randomhouse, Buchcover Asmus Finzen und Peter Hinshaw: Psychiatrieverlag; S. 26: Getty images/Westend51; S. 29: istock/vm; S. 32: WHO; S. 33: privat; S. 36: AdobeStock/Alois; S. 37: photocase/cydonna; S. 38: August Klett/La caprice, Inv. Nr. 575 © Sammlung Prinzhorn, Universitätsklinik Heidelberg; S. 42: picture alliance/Günter Bratke; S. 46: Bild „Betten“ aus: Sahmland I et al. (Hrsg) (2004) Haltestation Philipphospital, Bild „JFK“: picture alliance/AP images



DGPPN

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

Geschäftsstelle DGPPN

Reinhardtstraße 27 B

10117 Berlin

TEL 030.2404 772-0

FAX 030.2404 772-29

sekretariat@dgppn.de

dgppn.de

Psyche und Alter

HAUPTSTADT SYMPOSIUM

3. APRIL 2019

Alle Infos und Anmeldung auf
www.dgppn.de