

PSYCHE IM FOKUS

Das Magazin der DGPPN



Personal

Anspruch und Alltag → **S. 6**

Enquete

Zeitzeugengespräch → **S. 18**

Patientenverfügung

Selbstbestimmt → **S. 34**

1975
2025
50 Jahre
Psychiatrie-
Enquete
Ein Aufbruch,
der verpflichtet

Liebe Leserinnen und Leser,



zwei besondere Termine prägen die kommenden Wochen: Am 25. November jährt sich die Übergabe des Berichts der Enquete-Kommission zum fünfzigsten Mal, einen Tag später, am 26. November, öffnet der DGPPN Kongress in Berlin seine Pforten.

Die Psychiatrie-Enquete von 1975 gilt als historischer Wendepunkt in der Geschichte unseres Fachs. Mit ihr begann die grundlegende Reform der psychiatrischen Versorgung in Deutschland – weg von der Verwahrung in Anstalten, hin zu gemeindenahen Strukturen und einer menschenwürdigeren Behandlung. Zum Jubiläum richtet die DGPPN eine eigene Festveranstaltung aus, und wir widmen diesem Thema in dieser Ausgabe gleich zwei Beiträge: ein Interview *Unter vier Augen* mit Rainer Kukla, der die Umsetzung der Reform maßgeblich mitgestaltet hat, ab Seite 18 sowie einen Essay von Heiner Fangerau, der in der Rubrik *Von gestern für heute* aufzeigt, warum die Auseinandersetzung mit der Vergangenheit für die Gegenwart und Zukunft so bedeutsam bleibt.

Darüber hinaus nehmen wir wie immer aktuelle gesundheitspolitische Themen in den Blick. Auf den ersten Seiten finden Sie Einschätzungen zu Fragen der Prävention von Gewalttaten sowie zur Weiterentwicklung des Primärarztsystems. Auch die Diskussion um die PPP-Richtlinie, sowie das *Plattformmodell* als Instrument zur Personalbemessung begleiten wir kritisch.

Ferner beleuchten wir die neue Patientenverfügung, und außerdem können Sie die Forderungen der DGPPN zur aktuellen Situation in den USA auf Seite 32 nachlesen. Einen weiteren Blickwinkel eröffnen wir mit dem Beitrag zu Patientenautonomie und Zwangsbehandlung – Themen, die im Vorfeld des Kongresses *Psychiatrie im Spannungsfeld von Autonomie und Wohlergehen* im Juni 2026 hohe Aufmerksamkeit erfahren.

Doch nicht allein Politik und Versorgung stehen im Zentrum: Mit einem Beitrag zur Sammlung Prinzhorn laden wir Sie zu einem Ausflug in die Welt der Kunst ein. Diese außergewöhnliche Sammlung, die Werke von Menschen mit psychischen Erkrankungen zugänglich macht, eröffnet besondere Perspektiven auf das Verhältnis von Krankheit und Ausdruck.

Wie in jedem Herbst finden Sie auch diesmal Hinweise auf flankierende Veranstaltungen auf dem DGPPN Kongress. Wir hoffen, Ihnen mit dieser Ausgabe sowohl Orientierung im gesundheitspolitischen Hier und Jetzt zu geben als auch Impulse zur historischen und kulturellen Reflexion. Viel Freude bei der Lektüre!

Ihre Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank – für den Vorstand der DGPPN
Präsidentin

THEMEN dieser Ausgabe

01 EDITORIAL



04 GESUNDHEITSPOLITIK

- Primärarztmodelle auf dem Prüfstand
- PPP-RL und EPIK
- Prävention oder Prä-Verurteilung

09 MEDIATHEK



10 DGPPN KONGRESS 2025

DER MENSCH IM MITTELPUNKT:
regionale, personenzentrierte Versorgung

14 WISSENSCHAFT

- Gelingende Versorgung?!
- Merk-würdige Studienergebnisse



18 UNTER VIER AUGEN

Wie die Enquete alles veränderte –
Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
im Gespräch mit Rainer Kukla



24 PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT

- Vom Befund zum Kulturerbe
- Therapie statt Register
- Aktionsbündnis Seelische Gesundheit:
Mit Zuversicht in die Zukunft
- USA: Das Land der (un-)begrenzten
Möglichkeiten

33 NACHWUCHS

Hürden überwinden, Versorgung sichern

Für den Fall der Fälle

34 INSIDE DGPPN

- Patientenverfügung
- Psychisch krank im Gefängnis
- Mehr Flexibilität, weniger Belastung



38 VON GESTERN FÜR HEUTE

50 Jahre Psychiatrie-Enquete:
Psychiatrie im Umbruch

44 IMPRESSUM

KALENDER

Wichtige Termine, die Sie sich gern schon vormerken dürfen.

Weitere aktuelle Veranstaltungen finden Sie auf der Website der DGPPN.

26.–29.11.2025

DGPPN Kongress

Infos und Anmeldung auf dgppnkongress.de

26.–30.01.2026

FA-Kurs P&P

Anmeldung ab 13.10.2025 auf dgppn Akademie.de

05.03.2026

Hauptstadtsymposium – Prävention von Gewalttaten

Infos und Anmeldung auf dgppn.de



Bitte beachten Sie, dass manche politische Entscheidung erst nach Redaktions- bzw. Produktionsschluss gefallen ist. Über das aktuelle Geschehen informieren wir auf dgppn.de sowie auch im Mitgliedernewsletter.

Primärarztmodelle auf dem Prüfstand

Seit die Regierungskoalition im Koalitionsvertrag angekündigt hat, ein Primärarztkonzept einzuführen, wird in Politik, Verbänden und der Presse eifrig diskutiert. Die konkrete Ausgestaltung des Systems wird für die Versorgung psychisch kranker Menschen Folgen haben.



Ohne dass es vorab in einem der Wahlprogramme thematisiert wurde, findet sich im Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD der Beschluss, „ein verbindliches Primärarztssystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte“ einzuführen. Derartige Systeme sind in anderen europäischen Ländern wie Dänemark, England, Finnland, Frankreich, Italien sowie den Niederlanden, Norwegen und Spanien längst etabliert.

Die existierenden Systeme unterscheiden sich in den Details, weisen aber zwei grundlegende Gemeinsamkeiten auf: Patientinnen und Patienten müssen sich bei einem festen Primärarzt registrieren, der die Behandlung steuert und koordiniert. Zudem ist der Zugang zu Fachärztinnen und Krankenhäusern grundsätzlich oder partiell beschränkt.

Ein Primärarztssystem für Deutschland

In Deutschland existiert für gesetzlich Versicherte seit 2004 die Möglichkeit, an einem freiwilligen primärärztlichen System teilzunehmen, der sogenannten Hausarzt-zentrierten Versorgung (HzV). Damit binden sich gesetzlich Versicherte freiwillig an eine Hausarztpraxis und suchen Fachärzt-

tinnen und Fachärzte nur nach Überweisung auf. Dieses etablierte Steuerungsmodell könnte laut Koalitionsvertrag als Basis des Primärarztsystems dienen.

Die HzV definiert zwei Ausnahmen für den fachärztlichen Zugang: die Augenheilkunde und die Gynäkologie. Diese Ausnahmen wurden 2007 im Zuge der parlamentarischen Beratungen zum *Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung* festgelegt. In der Begründung hieß es damals, „dass das Überweisungsgebot im Falle der Inanspruchnahme von Augenärzten und Frauenärzten nicht gilt, weil diese Fachärzte – ebenso wie Hausärzte – Grundversorgungsfunktionen wahrnehmen.“ Beide Ausnahmen finden sich nun auch im Koalitionsvertrag. Zusätzlich wird eine Lösung für chronisch kranke Menschen angekündigt.

Die Frage nach Ausnahmen berührt ein Kernanliegen der DGPPN: Wie kann für psychisch erkrankte Menschen in einem primärärztlichen System ein möglichst einfacher und schneller Weg zur richtigen Behandlung sichergestellt werden?

Drei Wege der primärärztlichen Steuerung

Eine intelligente Steuerung kann zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung und zu einer Erhöhung der Behandlungsqualität führen. Allerdings ist dies durchaus mit praktischen Problemen verbunden, erwähnt seien in diesem Zusammenhang die über 5.000 unbesetzten Hausarztstellen im Jahr 2023.

Eine primärärztliche Steuerung sollte in erster Linie den Patientinnen und Patienten dienen und muss daher von deren Bedürfnissen und Anforderungen ausgehen. Menschen mit psychischen Erkrankungen haben beim Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zwei spezielle Hürden zu überwinden: Psychische Erkrankungen sind weiterhin mit einem Stigma belegt; Scham behindert vielfach den Gang zur Ärztin oder zum Therapeuten. Zudem finden insbesondere Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen aufgrund ihrer Symptomatik nur erschwert Zugang in die ambulante Versorgung. Eine Patientensteuerung darf daher keinesfalls zusätzliche Hürden aufbauen. Parallel dazu ist für eine zielgerichtete Steuerung eine umfassende Behandlungsplanung erforderlich; sie muss u. a. spezielle pharmakologische und biologische Therapien, verschiedene psychotherapeutische Interventionen sowie regional etablierte sozialmedizinische Aspekte berücksichtigen. Diese Planung muss das System ermöglichen.

Wie könnte also ein Primärarztsystem aussehen, das diesen beiden Maßgaben – Barrierearmut und umfassende Behandlungsplanung – gerecht wird? Seit die Einführung des Primärarztsystems im Koalitionsvertrag angekündigt wurde, sind unterschiedliche Interessengruppierungen mit verschiedenen Vorschlägen zur Ausgestaltung an die Öffentlichkeit getreten. Anhand von drei ausgewählten Konzepten soll nachfolgend die aktuelle gesundheitspolitische Debatte zum Primärarztsystem umrissen werden.

Die Bundesärztekammer (BÄK) orientiert sich in ihrem Konzept *Koordination und Orientierung in der Versorgung* an den im Koalitionsvertrag genannten Ausnahmen. Ein Direktzugang ist lediglich zur Augenheilkunde und zur Gynäkologie vorgesehen, bei chronischen Erkrankungen ist eine fachärztliche Behandlungskoordination angedacht. Für alle anderen Fälle schlägt die BÄK die Steuerung über eine Hausarztpraxis vor, bei der sich Versicherte verpflichtend einschreiben. Auch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung wäre somit nur nach vormaliger Konsultation und Überweisung durch die Hausarztpraxis

möglich. Die DGPPN sieht hier eine Zugangsschwelle. Denn obwohl ganz ohne Zweifel für viele Menschen mit psychischen Erkrankungen die Hausärztin eine Vertrauensperson ist, gibt es auch die Fälle, in denen Furcht vor sozialer Kontrolle und Stigmatisierung – ob gerechtfertigt oder nicht – Menschen davon abhält, sich anzuvertrauen. Ein primärärztliches System muss diesen besonderen Bedürfnissen von psychisch erkrankten Menschen Rechnung tragen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) versucht diese Schwelle niedriger zu halten. In ihrem Diskussionspapier *Ambulant passgenau versorgt* plädiert sie neben den Ausnahmen der Augenheilkunde und der Gynäkologie für einen Direktzugang zu Psychotherapie. Würde das Konzept der KBV vom Mai 2025 umgesetzt, hätten Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, ohne Überweisung eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten aufzusuchen. Der Direktzugang zu Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, die nicht überwiegend psychotherapeutisch tätig sind, wäre aber nicht möglich.

Einen gänzlich anderen Weg schlägt der Verband der Ersatzkassen (vdek) vor: Ein „persönliches Ärzteteam“ soll das Primärarztsystem patientenzentriert flexibilisieren. Patientinnen und Patienten können sich ein individuelles, nach ihrem Bedarf zugeschnittenes Team zusammenstellen, das aus einem Hausarzt und bis zu drei Fachärztinnen besteht.

Die Entscheidung für ein Team gilt verbindlich für ein Jahr. Offen bleibt, wie dieses Konzept bürokratiearm umsetzbar ist. Denn eine solche Flexibilisierung würde aufseiten der Behandelnden eine stete Abstimmung mit zahlreichen Versorgungsteams erfordern.

Die drei vorgestellten Konzepte beinhalten idealtypisch die zentralen derzeit debattierten Aspekte: die Frage von Nicht-Ausnahme, Ausnahme und weitgehender Flexibilisierung. Die Bundesgesundheitsministerin Nina Warken hat für 2026 erste Vorschläge angekündigt. Die DGPPN wird diesen Diskussionen auch weiterhin konstruktiv und kritisch folgen.

PPP-RL und EPPIK

Die Psychiatrie braucht ein gutes Personalbemessungsinstrument!



Im Sommer dieses Jahres hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zwei Beschlüsse von wesentlicher Bedeutung veröffentlicht. Dabei geht es zum einen um die Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie (PPP-RL) sowie zum anderen um den Beschluss zum Projekt EPPIK – Überprüfung der Eignung des „Plattformmodells“ als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken.

Beschluss des G-BA sendet gemischte Signale

Der G-BA hat in seiner Sitzung vom 18. Juni 2025 die PPP-RL behandelt und weitreichende Beschlüsse gefasst. So werden die derzeit noch geltenden Übergangsregelungen für Sanktionszahlungen zum Ende des Jahres 2025 endgültig auslaufen. Ab dem 1. Januar 2026 müssen Kliniken somit bei Nichterfüllung der Personaluntergrenzen Straf-

zahlungen leisten. Die DGPPN hatte eine Fortsetzung der Übergangsfrist gefordert.

Für Kliniken ist es trotz aller Anstrengungen oft nur sehr schwer möglich, angesichts des Fachkräftemangels die notwendigen Mitarbeitenden für eine qualitativ hochwertige Patientenbehandlung zu finden. Sanktionszahlungen werden die Kliniken empfindlich treffen und somit diese Probleme eher noch verstärken. Es wäre eher angeraten, alternative sektorenübergreifende und flexible Modelle zu implementieren, die den Kliniken dabei helfen können, das bestehende Personal bedarfsadaptiert ggf. noch effizienter einsetzen zu können.

Begrüßenswert ist im G-BA-Beschluss hingegen die Reduktion der bürokratischen kleinteiligen Nachweispflichten und die beschlossene Flexibilisierung der Anrechenbar-

keit der verschiedenen Berufsgruppen. So entfällt ab Januar 2026 die stations- und monatsbezogene Dokumentation ersatzlos. Da der tatsächliche Personaleinsatz dann nicht mehr den einzelnen Stationen zugeordnet werden muss, können Einrichtungen ihr Personal einfacher als bisher stations- und settingübergreifend einsetzen. Damit ist eine langjährige Forderung der DGPPN erfüllt.

Weiter sieht der Beschluss vor, Personal aus den Bereichen Spezial-, Bewegungs- und Physiotherapie zur Ermittlung der Mindestvorgaben unter einer Berufsgruppe zusammenzufassen. Damit soll den individuellen Behandlungskonzepten vieler Kliniken nachgekommen und ein flexibler Personaleinsatz ermöglicht werden. Der erreichte Kompromiss sichert den Kliniken einen größeren Spielraum beim Personaleinsatz und erleichtert ebenso die Nachweisführung im Hinblick auf die Mindestvorgaben. Und für den Nachtdienst gilt ab 2026: Befristet bis zum Jahresende 2026 können bis zu 15 % Pflegehilfskräfte angerechnet werden. Zudem werden hier bis zum Jahresende 2027 keine Folgen bei Nichteinhaltung der Mindestvorgaben festgelegt.

Einrichtungen, die Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen behandeln, können den erhöhten Versorgungsaufwand künftig in den Budgetverhandlungen vor Ort geltend machen. Darüber hinaus wurde in der Sitzung auch der erste Evaluationsbericht zur PPP-RL abgenommen. Davon verspricht sich der G-BA Hinweise für weitere künftige Anpassungen der Richtlinie.

Abbau von Klinikangeboten befürchtet

Aus Sicht der DGPPN besteht allerdings weiterhin die Sorge eines „Versorgungsschocks“. Es steht zu befürchten, dass mit Eintreten der Sanktionen ein Abbau von Behandlungsplätzen einhergeht, was wiederum negative Auswirkungen auf die Versorgung der schwer psychisch Kranken haben wird. Daher ist ein stetiges Monitoring der Situation wichtig und angeraten. Vor diesem Hintergrund steht die DGPPN im engen Austausch mit anderen Verbänden und Fachgesellschaften und hat darüber hinaus eine vorstandsinterne Arbeitsgruppe eingesetzt. Hier werden Möglichkeiten erarbeitet, die Auswirkungen der Sanktionen auf die Versorgung schnellstmöglich mit Daten belegen zu können.

Dass eine Weiterentwicklung der PPP-Richtlinie dringend geboten ist, zeigt auch, dass mit Baden-Württemberg,

Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt drei Bundesländer Klage beim Bundesverfassungsgericht eingereicht haben. Ziel ist die Überprüfung der Verfassungsmäßigkeit der Vorgaben des G-BA. Die Kläger befürchten u. a., dass durch die PPP-RL ab 2026 Krankenhäuser oder Fachabteilungen schließen oder ihr Versorgungsangebot einschränken müssen.

Keine Umsetzungsempfehlung für EPPIK

Der Innovationsausschuss beim G-BA hat in seiner Sitzung am 20. Juni 2025 zum Projekt EPPIK – Überprüfung der Eignung des „Plattformmodells“ als Instrument zur Personalbemessung in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken – den Beschluss gefasst, keine Umsetzungsempfehlung für das Plattformmodell auszusprechen.

Im Begründungstext wurde insbesondere eine starke Methodenkritik vorgebracht. Dennoch können die im Rahmen des Projekts gewonnenen Erkenntnisse laut G-BA als Impuls zur Diskussion einer Weiterentwicklung der PPP-RL dienen. Sie weisen auf weiteren Anpassungs- bzw. Forschungsbedarf hin.

Aus Sicht der DGPPN ist das Plattformmodell grundsätzlich dazu geeignet, die Behandlungsaufwände sachgerecht abzubilden. Da es sich bei dem Modell um ein praktikables und einfach zu vermittelndes Personalbemessungsinstrument handelt, sollte es – unabhängig von Personaluntergrenzen – weiterentwickelt werden.

Aus dem Abschlussbericht des EPPIK-Projektes lassen sich Implikationen für die Weiterentwicklung eines Personalbemessungsinstruments für eine evidenzbasierte leitlinienorientierte Behandlung ableiten. Mit Mindestvorgaben, wie sie in der PPP-RL definiert werden, kann hingegen aus Sicht der DGPPN keine echte Strukturqualität in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung erreicht werden.

 **DGPPN Kongress 2025 | Diskussionsforum** | Quo vadis PPP-RL: Personelle Mindestvorgaben für Psychiatrie und Psychosomatik | 28.11.2025 | 13:30–15:00 Uhr

Prävention oder Prä-Verurteilung?

Mit Amtsantritt der neuen CDU/CSU-SPD-Koalition hat sich der Blick auf das Thema Psychische Gesundheit verändert. Im Vordergrund steht nun die Prävention – aber nicht von Erkrankungen, sondern von Gewalttaten.

Im Koalitionsvertrag wurde die Frage noch recht allgemein behandelt. Vereinbart wurde, dass zur „Verhinderung weiterer Gewalttaten [...] die frühzeitige Erkennung entsprechen der Risikopotenziale bei Personen mit psychischen Auffälligkeiten“ sichergestellt werden soll. Im Juni 2025 wurde diese Passage durch die Beschlüsse der Innen- und Gesundheitsministerkonferenz der Länder konkretisiert.

Deren Beschlüsse lassen sich unter drei Schlagworten subsumieren: (1) Prävention, (2) Datenaustausch zwischen Sicherheits- und Gesundheitsbehörden sowie (3) Erweiterung rechtlicher Möglichkeiten nach den Psychisch-Kranken-(Hilfe-)Gesetzen (PsychK(H)Gs) der Länder.

Prävention

Erstens positioniert sich die Gesundheitsministerkonferenz eindeutig dahingehend, dass die wirksamste Prävention gegen Gewalttaten in der kontinuierlichen und sektorenübergreifenden Behandlung psychisch kranker Menschen liege. Dies deckt sich mit der zentralen Aussage des DGPPN-Positionspapiers *Prävention von Gewalttaten*.

Datenaustausch

Zweitens fordern Innen- und Gesundheitsministerkonferenz unisono, den Datenaustausch zwischen Gesundheits- und Sicherheitsbehörden zu verbessern. Dabei fokussiert die Innenministerkonferenz die Risiko-Prognose: Es sei erforderlich, ein zuverlässigeres und wirksameres System zur Früherkennung zu etablieren. Dafür müssten den Sicherheitsbehörden bestimmte Informationen der Gesundheitsbehörden über psychisch kranke Menschen zugänglich gemacht werden. Die Landesgesundheitsministerinnen und -minister vereinbarten dagegen zunächst eine bundesländerübergreifende Debatte über den Austausch von Gesundheitsdaten; sie betonen dabei die Wichtigkeit des Datenschutzes.

Erweiterung rechtlicher Möglichkeiten

Drittens hält es die Innenministerkonferenz für notwendig, die bisherigen rechtlichen Möglichkeiten der Unterbringung nach PsychK(H)G zu überprüfen und gegebenenfalls zu erweitern, etwa mit Blick auf zusätzliche medizinische Überwachung, verpflichtende Therapieangebote oder die verbindliche Überprüfung der Medikamenteneinnahme.

Aus Sicht der DGPPN müssen diese Debatten genau verfolgt und eng begleitet werden. Denn auch wenn der Wunsch nach Sicherheit verständlich ist – eine weitere Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen ist unbedingt zu verhindern. Stigmatisierung hindert Menschen daran, sich in Behandlung zu begeben, und verunmöglicht so die tatsächliche Gewaltprävention. Die ärztliche Schweigepflicht ist ein hohes Gut und darf nicht durch den Wunsch nach Sicherheit gefährdet werden.

Zum anderen ist der größere Kontext zu beachten. Seit einigen Jahren nutzt die Polizei in Nordrhein-Westfalen, Hessen und Bayern Software der US-amerikanischen Firma *Palantir* zur Abwehr schwerer Gefahrenlagen; Forderungen nach einem bundesweiten Einsatz werden lauter. Es steht außer Zweifel, dass die rasche Verknüpfung großer Datenmengen, wie sie Palantir-Software leistet, bei der Abwehr von Gefahrenlagen hilfreich sein kann. Wenn aber von der Polizei erhobene (Gesundheits-)Daten oder von Gesundheitsbehörden zur Verfügung gestellte Daten in eine Software eingespeist werden, ohne dass die Gewichtung der Zuschreibung „psychisch krank“ einsehbar ist (Palantir gewährt keinen Einblick in diese Systematik), sind sie der gesellschaftlichen Debatte entzogen. Dann ist Achtsamkeit geboten.

Die DGPPN wird diese walten lassen.

 **Mehr zum Thema** | dgppn.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2025/das-beste-mittel-der-gewaltpraevention-ist-therapie.html

Mental Entertainment

Ob humoristisch, emotional oder sachlich: Psychische Erkrankungen spielen in Filmen, Serien und Podcasts immer öfter die Hauptrolle.

Psyche im Fokus gibt einen kleinen Überblick.

Unhappy		Wie lässt sich ein glückliches Leben führen? Die Autorin und notorische Zweiflerin Ronja von Rönne begegnet Menschen, die spannende, bewegende und überraschende Antworten darauf haben. Wer kann sie überzeugen? Ein sehenswertes Format über das Zeitgeist-Thema Glück.	→ Dokumentation Arte
Akutstation Psychiatrie		Psychose, Sucht, Suizidgedanken und mehr: Die Reportage bietet einen ungeschminkten Einblick in den Alltag der Kreiskliniken Groß-Umstadt. Wer kommt in die Psychiatrie? Und wie behandelt man psychiatrische Erkrankungen? Die Erfahrung zeigt: Psychische Erkrankungen können jeden treffen.	→ Dokumentation ARD
Shrinking		Jimmy hat damit zu kämpfen, den Verlust seiner Frau zu betrauern und gleichzeitig Vater, Freund und Therapeut zu sein. Er beschließt, einen neuen Ansatz zu erproben: ungefilterte, brutale Ehrlichkeit. Wird das die Dinge besser machen – oder heilloses Chaos auslösen?	→ Serie Amazon Prime
The Patient		Der Psychotherapeut Alan Strauss wird von einem Patienten namens Sam gefangen gehalten, der sich als Serienmörder zu erkennen gibt. Die Zeit wird knapp und Alan kämpft verzweifelt darum, Sam aufzuhalten, bevor er sich an seinen Morden mitschuldig macht oder gar selbst zur Zielscheibe wird.	→ Serie Disney+
Psychotherapie einfach erklärt		Warum bin ich so wie ich bin? Diese Frage und mehr diskutieren der Psychiater Frank Godemann und der Psychologische Psychotherapeut Robert Schuizils. Im kurzweiligen Podcast wird klar: Fragen rund ums Menschsein sind für alle relevant – auch für Hörerinnen und Hörer ohne seelische Erkrankungen.	→ Podcast alle Plattformen
Seelenstruggle		Im Podcast <i>Seelenstruggle</i> der Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Hamm erzählen junge Patientinnen und Patienten berührende Geschichten aus ihrem Leben. Auch Angehörige sowie Fachleute kommen mit ihrer Sichtweise zu Wort, geben wertvolle Einblicke und hilfreiche Tipps.	→ Podcast alle Plattformen
Trigger, Trauma, toxisch: Ist Therapiesprech gefährlich?		Es ist gut, dass wir heute mehr über psychische Gesundheit sprechen. Doch was macht es mit Menschen, die tatsächlich psychisch erkrankt sind, wenn im Alltag Sätze fallen wie: „Ich bin voll traumatisiert“ – oft ohne Reflektion, was diese Worte tatsächlich bedeuten? Eine Podcast-Folge aus dem Y-Kollektiv über Worte und ihre Wirkung.	→ Podcast ARD Audiothek



Der Mensch im Mittelpunkt:
regionale, personenzentrierte
Versorgung

Zwischen Kopf und Kompass

DGPPN Kongress als Orientierung in bewegten Zeiten

Der DGPPN Kongress lädt auch in diesem Jahr zu vier Tagen Austausch, Wissenstransfer und Diskussion nach Berlin ein. Zur europaweit größten Fachveranstaltung im Bereich Psychische Gesundheit werden wieder etwa 9.000 Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler sowie Angehörige der Gesundheitsfachberufe im CityCube erwartet.

Psychische Gesundheit ist heute als Thema präsenter und auch wichtiger denn je: Die Anzahl der Betroffenen steigt. Und zeitgleich gewinnen wir weiter an Wissen um psychische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten. Die Unterstützung, die eine Person erhält, darf jedoch nicht davon abhängig sein, wo sie wohnt und wie sie versichert ist. Um das zu erreichen, sind tiefgreifende Reformen notwendig – auch und gerade angesichts begrenzter finanzieller und personeller Ressourcen. Der DGPPN Kongress spiegelt nicht nur die Komplexität des Faches, sondern auch die Bedeutung der Herausforderungen wider. Und so können die Teilnehmenden wieder aus vier Tagen straffem Programm mit Präsidientensymposien, Lectures, Symposien, Diskussionsforen und Workshops wählen, immer auch mit dem interdisziplinären Austausch im Blick. Dieser ist notwendiger denn je, da die bestmögliche Versorgung der Betroffenen nur fachübergreifend gelingen kann: vom Ausbau präventiver Maßnahmen und niedrigschwelliger Unterstützungsangebote über die Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung bis hin zu Themen von Wiedereingliederung, Rehabilitation und Teilhabeförderung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Das Thema *Der Mensch im Mittelpunkt: regionale, personenzentrierte Versorgung* setzt die Klammer um all diese Themen. DGPPN-Präsidentin Prof. Gouzoulis-Mayfrank beschließt ihr Kongressgrußwort mit den Worten: „Gemeinsam werden wir daran arbeiten, dass wir allen Menschen in unserem Land die bestmöglichen Bedingungen für den Erhalt und die Wiederherstellung ihrer psychischen Gesundheit bieten können.“

Kongress-Eckpunkte

Die Besucherinnen und Besucher können das für sie passende Teilnahmeformat wählen: Das Spitzentreffen der Psychiatrie lässt sich in Präsenz oder online erleben. Grundsätzlich sind zwei Pakete buchbar:

Berlin+Online-Paket: Mit der Wahl dieses Pakets haben Teilnehmende an allen vier Tagen Zugang zum gesamten wissenschaftlichen Programm im CityCube Berlin. Ausgewählte Programmbeiträge stehen zusätzlich im Livestream zur Verfügung und sind auch nach dem Kongress bis Ende April 2026 als Video-on-Demand-Angebot nutzbar. Zusätzlich ist es möglich, aus fast 100 Workshops zu wählen und diese 1-Tages- oder 2-Tage-Veranstaltungen zusätzlich zu buchen. Da die Workshops ausschließlich vor Ort stattfinden, können sie nur mit dem Berlin+Online-Paket besucht werden.

Online-Paket: Dieses reine Online-Paket bietet ausgewählte Teile des wissenschaftlichen Programms bequem als Livestream und ist ortsunabhängig nutzbar. Die aufgezeichneten Programmteile sind bis Ende April 2026 als Video-on-Demand nutzbar.

Extra-Tipp: Wer am gesamten Kongress teilnimmt, Workshops besucht und im Nachgang die Video-on-Demand-Angebote nutzt, kann zahlreiche CME-Punkte erwerben!

Kongress-Highlights

Die diesjährigen Highlights zeigen neben der Exzellenz des Kongresses auch deutlich den großen thematischen Bogen der Veranstaltung: von der Beschäftigung mit 50 Jahren Psychiatrie-Enquete und einer Bestandsaufnahme der aktuellen Vulnerabilität der Gesellschaft bis hin zu drängenden Fragen der Teilhabe und exemplarischen Forschungsfragen. Auf der Website des DGPPN Kongresses werden die Highlights sukzessive vervollständigt.

Dem Klima zuliebe: Die DGPPN will ihrer ökologischen Verantwortung gerecht werden und setzt sich gemeinsam mit ihren Partnern für eine nachhaltige Gestaltung der Zukunft ein. Schritt für Schritt arbeitet sie daran, den DGPPN Kongress umweltfreundlicher und klimaschonender zu gestalten sowie die CO₂-Bilanz zu optimieren. Der Weg dahin: Vermeiden, Bilanzieren, Kompensieren.

Im vergangenen Jahr wurden entstandene Emissionen in Höhe von 350.000 Kilogramm CO₂ über die Klimaschutzorganisation *atmosfair* kompensiert. Maßnahmen wie der Verzicht auf Give-aways, aktive Müllvermeidung, die Verpflichtung der Dienstleistenden zu Recycling, ein regionales und saisonales Catering sowie der Einsatz von Leihmöbeln beim Messebau bringen den DGPPN Kongress der Nachhaltigkeit jedes Jahr ein Stückchen näher. Sie möchten uns dabei unterstützen? Mit *atmosfair* wurde quantitativ ermittelt, welche Anteile an Emissionen für eine Veranstaltung zusammenkommen: 70% entfallen auf die An- und Abreise, 15% auf die Unterkunft und immerhin noch etwa 10% auf die Verpflegung. Reisen Sie also umweltfreundlich mit dem Zug an – auf unserer

Website finden Sie dafür ein exklusives Angebot der Deutschen Bahn. Wählen Sie Ihre Unterkunft bewusst aus, bringen Sie eine wieder befüllbare Flasche mit zum Kongress und nutzen Sie unsere Wasserspender vor Ort.

Zusammen machen wir den DGPPN Kongress so klimafreundlich wie möglich.

DGPPN Kongress 2025 – auf einen Blick

- 26.–29. November 2025
- CityCube Berlin
- Teilweise Livestreaming, anschließendes Video-on-Demand-Angebot
- Großes Workshop-Programm vor Ort
- CME-Punkte können vor Ort und digital gesammelt werden
- DGPPN-Mitglieder profitieren von einer vergünstigten Gebühr
- Programmschwerpunkte auch für den medizinischen Nachwuchs



HIGHLIGHTS aus dem Programm



Katharina Domschke

Angst ist eine essenzielle Grundemotion. Sie warnt uns vor Gefahren und ist in jedem individuellen Leben, aber auch der Gesellschaft als Ganzes präsent. Angst kann aber auch zur Erkrankung werden und betrifft als solche innerhalb eines Jahres etwa 14% aller Menschen. DGPPN-Vorstandsmitglied Katharina Domschke, Ärztliche Direktorin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Freiburg, wird einen Überblick über die verschiedenen Formen von Angst und Angsterkrankungen, ihre Ätiologie, Therapie und Prävention geben. Einen besonderen Fokus legt sie auf therapieresistente Erkrankungen sowie personenzentrierte und innovative Behandlungsoptionen.



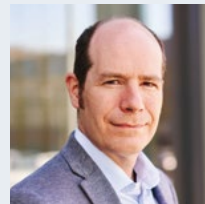
Frank Jessen

Mit der Zulassung der neuen Antikörperbehandlungen steht ein Paradigmenwechsel in der Demenztherapie an: Erstmals kann kausal in den Prozess der Alzheimer-Erkrankung eingegriffen werden – sofern die Therapie frühzeitig begonnen wird. Damit man das Fenster für den Beginn einer erfolgreichen Antikörpertherapie nicht verpasst, ist eine veränderte Diagnosepraxis nötig; die Versorgungslandschaft muss entsprechend umgestaltet werden. Der Co-Autor der Behandlungsleitlinie *Demenzen*, DGPPN-Vorstandsmitglied Frank Jessen, wird die neuen Behandlungs- und Diagnosemöglichkeiten in seiner Lecture vorstellen und auch die dafür nötigen Anpassungen der Versorgungsstrukturen und Diagnostikpfade diskutieren.



Georg Schomerus

Das mit psychischen Erkrankungen verbundene Stigma ist für Betroffene und Angehörige eine große Belastung, mitunter leiden sie darunter ebenso sehr wie unter der Erkrankung selbst. Auch wenn psychische Störungen heute akzeptierter erscheinen – die Stigmatisierung schwerer Erkrankungen hat sogar zugenommen. Georg Schomerus, Leiter des DGPPN-Referats *Psychosoziale Versorgungsforschung und Public Mental Health* und Direktor der Leipziger Uniklinik für Psychiatrie und Psychotherapie wird in seiner Lecture erörtern, welche Auswirkungen Stigmatisierung hat und wie der Fokus von Anti-Stigma-Arbeit mehr auf diejenigen gerichtet werden kann, die tatsächlich am stärksten von Stigmatisierung betroffen sind.



Heiner Fangerau

Die Psychiatrie-Enquete von 1975 war für die westdeutsche psychiatrische Versorgung ein Meilenstein. Sie brachte Akteure mit sehr unterschiedlichen Interessen und Zielsetzungen zusammen, die sich gemeinsam für eine Verbesserung der psychiatrischen Versorgung einsetzten. Aber nicht alle Folgen waren nur positiv: Die Gemeindepsychiatrie wird seitdem durch eine Vielzahl regionaler Modellprojekte geprägt. Das führte zu Diversifizierung und Professionalisierung, aber auch zu mangelnder Nachhaltigkeit und einer Fragmentierung der Versorgung. In seiner Lecture zeichnet der Medizinhistoriker Heiner Fangerau die Wege, Kompromisslinien und Folgen der Enquete nach und kontextualisiert dabei auch die um die Enquete entstandene Erinnerungskultur.

Das gesamte
Programm online auf
dgppnkongress.de

Gelingende Versorgung?!

Drängende Themen beim diesjährigen DGPPN-Hauptstadtsymposium: Wie kann Behandlung und Teilhabe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wirklich gelingen, wie können regionale Nähe und eine klare Versorgungsverantwortung geschaffen werden – und was ist nun ganz konkret zu tun?

Psychische Gesundheit braucht mehr als Diagnosen und Therapieplätze – sie braucht tragfähige Strukturen im Lebensumfeld der Menschen. Doch nach wie vor hängt der Zugang zu passender Hilfe viel zu oft davon ab, wo jemand lebt – und nicht davon, was jemand braucht. Viele Betroffene erleben eine Versorgung, die an regionalen Grenzen scheitert, an Zuständigkeiten zersplittert und häufig nicht dort ansetzt, wo sie tatsächlich greift: im Alltag, im Wohnumfeld, im Berufsleben, in der Familie. Die jährlich stattfindende Veranstaltungsreihe *Hauptstadtsymposium* der DGPPN widmete sich am 25. Juni 2025 genau diesem Thema: Wie kann Behandlung und Versorgung umfassend und ausgehend von den Patientinnen und Patienten gedacht werden? Sechs Referierende stellten Lösungsansätze vor, und in einer abschließenden intensiven Podiumsdiskussion wurden gemeinsame Wege ausgelotet.

Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank sieht eine Antwort in notwendigen Reformen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung: „Wir müssen sicherstellen, dass Versorgungsangebote sektorenübergreifend dort zur Verfügung stehen, wo sie gebraucht werden, und dass wir flexibel und dem Bedarf der Patientinnen und Patienten entsprechend behandeln können. Dafür müssen sowohl die stationären als auch die ambulanten Strukturen und vor allem deren Finanzierung und Zusammenspiel reformiert werden, denn aktuell gibt es einen großen Gap in der Behandlungsintensität zwischen ambulantem und stationärem Setting.“



So sind für Früherkennungs-, Betreuungs- und Housingkonzepte ambulant derzeit so gut wie keine Strukturen oder Finanzierung vorhanden. Das DGPPN-Versorgungsmodell 2.0, welches derzeit erarbeitet wird, setzt auch darauf einen Fokus – und greift damit die Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte



Krankenhausversorgung auf, dass die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und dem vertragsärztlichen Bereich intensiviert werden müsse.

Vorträge zu unterschiedlichen Lebenssituationen, wie *Supported Housing*, *Supported Employment & Education* sowie *Supported Parenting*, zeigten die Bedeutung dieser Angebote für eine individuelle und patientenzentrierte Versorgung deutlich auf. Dass Ansätze wie z.B. *Individual Placement and Support* (IPS) helfen, ist bekannt und wurde auch in den Vorträgen des Hauptstadtsymposiums wiederholt deutlich. Nun würde vor allem der politische Wille benötigt, diese Angebote flächendeckend implementieren zu können.

Die Forderung nach einer solchen politischen Umsetzung wurde auch in der Podiumsdiskussion intensiv diskutiert. Dr. Kirsten Kappert-Gonther, MdB und in der letzten Bundesregierung Vorsitzende des Gesundheitsausschusses, sprach sich klar für eine bundesgesetzliche Regelung über Globalbudgets aus. Diese seien vor allem wichtig, um erfolgreiche Modellprojekte in die breite Umsetzung zu bringen.

Durch den Regierungswechsel konnte dieses Vorhaben zwar nicht mehr umgesetzt werden. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank zieht dennoch ein positives Fazit des Hauptstadtsymposiums: „Wir haben heute sicherlich nicht alle Probleme gelöst; auch ist es ein langsamer Weg in die uns als richtig erscheinende Richtung. Gleichzeitig ist es Mut machend, dass offensichtlich Möglichkeiten gesehen werden, die regionale Versorgungsverantwortung SGB-übergreifend verbindlicher zu verankern – denn wir als DGPPN sehen dies als eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende Behandlung und Teilhabe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.“

Das Hauptstadtsymposium 2026 wird sich dem Thema *Prävention von Gewalttaten* widmen. Bezug nehmend auf das DGPPN-Positionspapier bietet das Symposium den Rahmen für eine fundierte und wissenschaftliche Debatte.



DGPPN-Veranstaltung | Hauptstadtsymposium |
dgppn.de/veranstaltungen/hauptstadtsymposien
Save the Date: 5. März 2026

merk-würdig

Studienergebnisse, die ganz sicher
im Gedächtnis bleiben

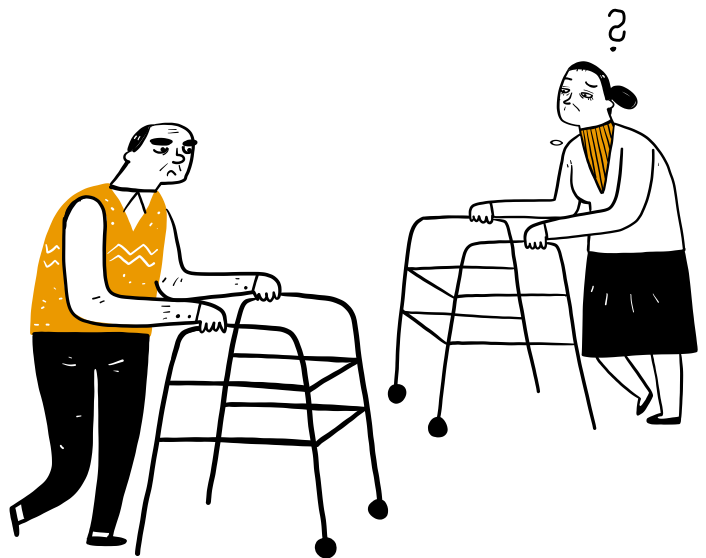


Spiegelbild auf Pfoten

Die systematische Übersichtsarbeit analysierte in 15 Studien, ob Hunde und ihre Halterinnen und Halter ähnlich aussehen und sich ähnlich verhalten. Die eingeschlossenen Studien zeigten anhand von Foto-Matching-Experimenten, dass Hunde und Halter äußerlich anhand von Bildern, besonders der Augenregion, korrekt zugeordnet werden konnten. Auch Haar- bzw. Hundehörlänge und Übergewicht wiesen Parallelen auf. Im Verhalten zeigte sich anhand von Big-

Five-basierten Persönlichkeitstests eine Ähnlichkeit in Extraversion und Neurotizismus. Die Forschenden diskutieren, dass die äußere Ähnlichkeit entsteht, weil Menschen Hunde wählen, die ihnen optisch ähneln und ihre eigenen Merkmale widerspiegeln, während sich die Verhaltensähnlichkeiten durch die gemeinsame Entwicklung und Anpassung im Zusammenleben verstärken.

Quelle: Bender Y et al. (2025) Like owner, like dog – A systematic review about similarities in dog-human dyads. Personality and Individual Differences. doi:10.1016/j.paid.2024.112884



Ehe(r) dement

Die prospektive Kohortenstudie analysierte über bis zu 18 Jahre hinweg Daten aus mehr als 42 US-Alzheimer-Forschungszentren und testete 24.107 Teilnehmende (Durchschnittsalter 71,8 Jahre), die zu Studienbeginn keine Demenz hatten. Die Forschenden betrachteten die Verbindung zwischen Familienstand (verheiratet, verwitwet, geschieden, nie verheiratet) mit der Inzidenz u.a. von Alzheimer- und Lewy-Body-Demenz. Demnach hatten Verwitwete, Geschiedene und Nie-Verheiratete ein 50% geringeres Risiko an Demenz zu erkranken als Verheiratete. Nach Adjustierung für verschiedene Variablen blieben die Effekte für Geschiedene und Nie-Verheiratete signifikant. Die Ergebnisse können auf eine spätere Diagnose bei Unverheirateten hinweisen oder den vermeintlichen „Schutz“ der Ehe hinterfragen.

Quelle: Karakose S et al. (2025) Marital status and risk of dementia over 18 years: Surprising findings from the National Alzheimer's Coordinating Center. Alzheimer's & Dementia. doi:10.1002/alz.70072

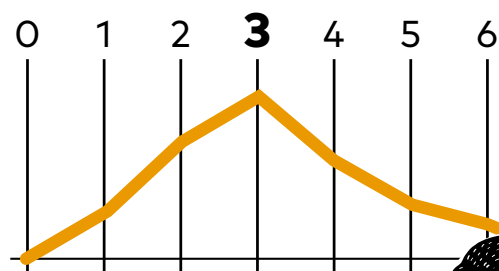
Kurkuma gegen Kummer?

In der systematischen Übersichtsarbeit und Metaanalyse mit 31 randomisiert kontrollierten Studien wurden ältere Studienteilnehmende (≥ 55 J.) mit und ohne Depression auf eine antidepressive Wirkung nach entzündungshemmender Behandlung untersucht. Laut den Ergebnissen reduzierten diese Behandlungen Depression signifikant besser als Placebo. Subgruppenanalysen zeigten kleine bis moderate Effekte für Omega-3 sowie pflanzliche Arzneimittel und diätische Interventionen (Arganöl,



Sojaprotein, Fischdiät, Curcumin, Xinkeshu-Tabletten), während antientzündliche Schmerzmittel und Statine kaum wirkten. Die Autorinnen und Autoren sehen insgesamt Potenzial in den moderaten Ergebnissen, mahnen jedoch wegen der Heterogenität hochwertige Folgestudien an.

Quelle: Gong H et al. (2025) Anti-inflammatory interventions for the treatment and prevention of depression among older adults: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*. doi:10.1038/s41398-025-03317-3



Liebe zeigen, Liebe fühlen

Diese Studie untersuchte bei 52 Probandinnen und Probanden (19–65 Jahre, 67% Frauen), wie „gefühlte“ und „geäußerte“ Liebe im Alltag dynamisch zusammenhängen. Vier Wochen lang berichteten die US-Studienteilnehmenden sechsmal täglich per App, wie sehr sie sich gerade

geliebt fühlen und ob sie seit der letzten Befragung Liebe zum Ausdruck gebracht haben. Mittels kontinuierlicher Zeitreihenanalyse zeigte sich: Liebe Ausdrücken steigert über Stunden das Gefühl, geliebt zu sein (Peak nach drei Stunden), während umgekehrt kaum Effekte auftreten. Je stabiler dieses Gefühl anhält, desto höher das psychische Wohlbefinden. Fazit: Liebe zu zeigen, ist nicht nur schön, wer Liebe aktiv zeigt, fühlt sich mehr geliebt und blüht auf – ein vielversprechender Ansatz für Interventionen.

Quelle: Williams L et al. (2025) How much we express love predicts how much we feel loved in daily life. *PLOS One*. doi:10.1371/journal.pone.0323326





Wie die Enquete alles veränderte

Mit der Psychiatrie-Enquete wurden in den 1970er Jahren in der Bundesrepublik die Weichen für eine moderne Psychiatrie gestellt. Rainer Kukla war damals als Mitarbeiter des Vorsitzenden der Kommission einer der prägenden Akteure der Reform. Im Gespräch mit DGPPN-Präsidentin Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank lässt er die Ereignisse von vor 50 Jahren Revue passieren.

EGM: Vor der Enquete und auch vor Ihrer Zeit mit Caspar Kulenkampff, dem späteren Vorsitzenden der Enquete-Kommission, haben Sie in den 1960er Jahren ein Praktikum als Hilfspfleger in einer psychiatrischen Klinik gemacht. Wie war die Psychiatrie damals?

RK: Es war nur ein kurzes Praktikum im damaligen Landeskrankenhaus Viersen, aber es hat einen tiefen Eindruck hinterlassen. Ich habe dort die alte Anstalt erlebt – als totalitäre Institution, überfüllt und verkommen, mit all ihren inhumanen Grausamkeiten, genauso, wie es später im Zwischenbericht zur Psychiatrie-Enquete beschrieben wurde: brutal, elend und menschenunwürdig. Für mich war das eine fast traumatische Erfahrung.

EGM: Was hat Sie am meisten schockiert?

RK: Wie unmenschlich mit den Patientinnen und Patienten umgegangen wurde. Zum Beispiel wurde ein Patient, der sich eingekotet hatte, nackt in einen Baderaum geschubst, kalt abgespritzt und beschimpft. Auf einer Station für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit 40 Kindern hieß es zur Einführung: „Schlag nicht mit dem Knüppel, nimm den großen Schlüssel – das tut weh, man sieht es aber nicht.“ Das war mein Einstieg in die Psychiatrie.

EGM: Gab es auch positive Beispiele?

RK: In Viersen kaum. In Düsseldorf habe ich später eine qualitative Befragung mit dem Pflegepersonal gemacht. Die zeigte, dass viele Jüngere großes Interesse an Therapie hatten. Aber die meist konservativen Stationsleitungen verlangten etwas anderes: Ordnung und Aufpassen – also eine Wärterrolle. Diese Diskrepanz führte zu Unzufriedenheit, innerer Emigration und einer hohen Fluktuation.

EGM: Das war im damaligen Landeskrankenhaus Düsseldorf-Grafenberg, wo Sie 1968 von Caspar Kulenkampff angestellt wurden, um sozialwissenschaftliche, sozialpsychiatrische Studien durchzuführen. Ich vermute, da herrschte schon ein anderer Geist als in Viersen?

RK: Die Stimmung war eine ganz andere. Kulenkampff hat dort als neuer Direktor die Struktur der Anstalt gründlich auf den Kopf gestellt. Vorher hatte er ja als Oberarzt in

Frankfurt unter seinem Stiefvater Jürg Zutt gearbeitet und dort schon 1959 die erste sozialpsychiatrische Abteilung in Deutschland aufgebaut. In Grafenberg hat er sich dann mit den jüngeren Ärzten gegen die alten Medizinaldirektoren verbündet und sozialpsychiatrische Behandlungsansätze gefördert sowie erste Psychotherapeutische Stationen und eine Tagesklinik eingerichtet – also gänzlich neue Strukturen. Es war eine ganz lebendige, wilde Zeit.

EGM: In anderen Ländern sah die Psychiatrie damals ja schon sehr anders aus ...

„Ich habe die alte Anstalt erlebt – als totalitäre Institution mit all ihren inhumanen Grausamkeiten“

Rainer Kukla

RK: Ja. Frankreich zum Beispiel war für die Sektor-Psychiatrie bekannt: Ein fest umrissenes Einzugsgebiet wurde von einem multiprofessionellen Team mit allen relevanten psychiatrischen Hilfen versorgt. In England wurde sogar schon 1956 der *Mental Health Act* im Parlament verabschiedet, der Patientenrechte stärkte und den Grundstein für eine gemeindenah orientierte Versorgung legte. Auch Dänemark hat relativ früh reformiert und eine Drittelregelung eingeführt: Psychiater arbeiten ein Drittel in der Klinik, ein Drittel ambulant und, ein Drittel gemeindenah. Kulenkampff hat davon geträumt, so etwas auch umzusetzen.

EGM: Die Entwicklungen in Italien kamen später, aber extrem radikal. Mit dem Basaglia-Gesetz von 1978 wurden ja schlagartig alle großen Anstalten geschlossen.

RK: 1979 oder 1980 haben wir Franco Basaglia auf eine Tagung des Landschaftsverbandes eingeladen. Da erzählte er, dass er eigentlich auch lieber anders vorgegangen wäre: Ihm wäre eine schrittweise Reformentwicklung – wie in Großbritannien – lieber gewesen. Aber angesichts der wirtschaftlichen Situation in Italien hätte es niemals ausreichend Geld für eine sukzessive Reform gegeben, also blieb ihnen nur der Weg eines radikalen Schnittes. So sagte er das damals.



EGM: Die Kritik an den Zuständen wurde schließlich auch in Deutschland immer lauter, aber es hat eine Zeit gedauert, bis das bei der Politik angekommen ist. Über welche Wege haben die Reformideen den Weg in die Politik gefunden?

RK: Die Diskussion in den 60er Jahren war zunächst eine rein fachinterne: Engagierte Psychiaterinnen und Psychiater sagten: „So geht das nicht weiter.“ Wie diese Haltung schließlich in die Politik kam, ist schwer zu lokalisieren. Eine wichtige Person war natürlich Walter Picard, dessen Rede im Bundestag 1970 letztendlich den politischen Prozess lostrat. Walter Picard hatte durch Visitationen psychiatrischer Krankenhäuser im Auftrag des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen das Elend der Kranken kennen gelernt. Sein Neffe, Manfred Bauer, hatte als Assistenzarzt in Frankfurt gearbeitet, als Kulenkampff dort noch Oberarzt war. Er hat seinem Onkel die Probleme der Psychiatrie nahegebracht und stellte vermutlich auch den Kontakt zu

Kulenkampff und Heinz Häfner her. Ich bin auch ziemlich sicher, dass Bauer, Häfner und Kulenkampff ganz wesentlich daran beteiligt waren, die Einbringungsrede von Picard im Bundestag zu verfassen. Diese Rede ist sehr kenntnisreich. Ein Politiker im Haushaltsausschuss kann so etwas nicht allein schreiben.

Druck für Veränderung kam aber auch aus der Öffentlichkeit, zum Beispiel über das Buch *Irrenhäuser. Kranke klagen an* von Frank Fischer. Der Kölner Stadtanzeiger hat es als Serie abgedruckt; die Misere der Psychiatrie wurde der Öffentlichkeit so in aller Breite geschildert. Das hat die Politik in Bewegung gebracht.

Ich glaube nicht, dass Picard ohne diesen öffentlichen Druck mit dem Thema in seiner Fraktion angekommen wäre. Der Zeitgeist war günstig: Es war die Zeit der Studentenrevolte, Willy Brandt wollte mehr Demokratie wagen ...

„Wir haben den Halbgott in Weiß durch den Halbgott in Nadelstreifen ersetzt.“

Rainer Kukla

EGM: Es sind also mehrere Faktoren zusammengekommen: der Zeitgeist, einzelne Personen, öffentlicher Druck ...

RK: ... und nicht zuletzt auch die persönliche Betroffenheit sehr vieler Menschen. In jeder Familie gab es jemanden, der erkrankt war. Das Thema Psychiatrie und psychische Krankheit war zwar tabuisiert, aber doch präsent.

EGM: Im April 1970 hielt Picard seine Rede, im Dezember wurde dann die Einrichtung der Kommission beschlossen. Wie wurden die Mitglieder ausgewählt?

RK: Man kombinierte Repräsentanten aus unterschiedlichen Bereichen: neben Kulenkampff als Vorsitzenden und Häfner als Stellvertreter „qua Amt“ je ein Vertreter des Bundesministeriums, der Bundesländer und den Präsidenten der DGPN, dazu weitere Vertreter der Länder, der Bundesärztekammer und der Fachgesellschaft, darunter solche aus der Anstalts- und der Universitätspsychiatrie.

EGM: Welche Mitglieder der Kommission fanden Sie denn persönlich besonders beeindruckend?

RK: Ich erinnere mich u. a. an Eberhard Kluge, den Direktor der westfälischen Psychiatrie in Warstein. Er erzählte einmal, dass er in Indonesien in einer Anstalt auf einer Insel gearbeitet hatte; die Medikamente wurden immer mit dem Schiff geliefert. Einmal konnte wegen eines Taifuns kein Schiff kommen, die Medikamente gingen aus und sie hatten große Angst, was wohl ohne Medikation passieren würde. Aber siehe da: Nichts geschah, denn man hatte sich stattdessen intensiver um die Menschen gekümmert. Ähnliche Erfahrungen hatten viele der damaligen Reformer gemacht. Sie wussten, es kann anders gehen als es derzeit in den Verwahranstalten lief.

Heinz Häfner kannte ich über Kulenkampff. Er wurde bewundert, aber gleichzeitig auch kritisch gesehen: Er galt manchem Anstaltspsychiater als etwas abgehobener Wissenschaftler.

Ich glaube, besonders wichtig für den Erfolg des Reformprozesses war, dass Kulenkampff und Häfner ein Tandem bzw. Duo bildeten. In der Wissenschaftstheorie gibt es die Meinung, dass solche Duos für Paradigmenwechsel entscheidend sind: Marx und Engels, Freud und Breuer, das Curie-Ehepaar. Zwei Personen, die sich wechselseitig bestärken, können enorm viel durchsetzen. Der eine legt vor, der andere sagt: „Der hat Recht“ – dann stimmen auch schnell weitere Mitglieder einer Gruppe zu. So lief es auch bei den Sitzungen der Enquete-Kommission. Man kann das heute übrigens sehr gut nachlesen, denn bei den Kommissionssitzungen waren immer Parlamentsstenografinnen anwesend. Man könnte die Wortprotokolle glatt als Theaterstücke aufführen, die Rollen waren klar verteilt. Einer sagt so, der andere anders, der eine ist konservativ, der andere versucht vorzupreschen – und Kulenkampff hält alles zusammen.

EGM: Wie hat die Kommission denn konkret gearbeitet?

RK: Die Vorarbeit fand in ca. 20 zu einzelnen Themen gebildeten Arbeitsgruppen und Experten-Teams statt. Es gab ein paar Ortstermine in Kliniken, aber nicht viele. Die Kommission bestand ja ganz überwiegend aus Fachleuten, die die

Praxis genau kannten. Die Ergebnisse wurden in den Kommissionssitzungen soweit möglich konsentiert und schlussendlich durch ein kleines Redaktionsteam in den Bericht eingearbeitet.

EGM: Gab es Themen, bei denen man schneller zum Konsens kam, und solche, die länger diskutiert wurden?

RK: Ja, einige Themen waren besonders konfliktreich. Allen voran die Rolle der psychiatrischen Fachkrankenhäuser. Schafft man sie ganz ab? Wenn nein, in welcher Größe darf



man sie weiterführen? Welche Rolle sollen sie im Versorgungssystem spielen? Das war hochkontrovers.

EGM: Es gab also radikale Fraktionen, die die vollständige Abschaffung forderten, wie in Italien?

RK: Ja, durchaus. Kulenkampff selbst war eher ein Vertreter der mittleren Linie: Er meinte, wir müssen die Großkrankenhäuser verkleinern und in überschaubare Verantwortungsbereiche aufgliedern.

EGM: So stand es dann später ja auch im Bericht.

RK: Das war der Kompromiss, den er zunächst unterstützte. Das hat er später aber bereut.

EGM: Er hat später gesagt, man hätte die Krankenhäuser lieber abschaffen sollen?



RK: Ja, jedenfalls die Großkrankenhäuser. Aber damals gab es keine realistische Chance dafür. In den großen Flächenländern konnte man nicht genügend Abteilungen schaffen, um alle zu ersetzen.

Neben der Rolle des Krankenhauses war auch die Rolle der Ambulanzen kontrovers, weil die niedergelassenen Nervenärzte sie als Konkurrenz ansahen. Und kritisch war auch der Streit zwischen Psychiatern und Psychotherapeuten um die Rolle der Psychotherapie bzw. Psychosomatik. Horst-Eberhard Richter als Vertreter der Psychotherapeuten plädierte vehement für eine stärkere Verankerung von Psychoanalyse und Psychosomatik im Bericht. Fast wäre daran das gesamte Projekt gescheitert. Kulenkampff musste pausenlos vermitteln, das war ein hartes Stück Arbeit. Man konnte der Politik ja keinesfalls erklären, dass man sich nicht einmal fachintern einig werden konnte.

EGM: Am 25.11.1975, also vor fast exakt 50 Jahren, war der Bericht der Kommission dann fertig und wurde übergeben. Wie wurde er damals aufgenommen?

RK: Er wurde stark wahrgenommen, zumindest in der Fachdiskussion. Teilweise haben die Länder die Prinzipien des Berichts ja auch schon während der Erstellung in ihren eigenen Psychiatrieplänen umgesetzt. Auch in Nordrhein-Westfalen hatten wir zu dem Zeitpunkt schon den „Zielplan“ des Landes und den „Rahmenplan“ des Landschaftsverbandes Rheinland erstellt – an beiden war Kulenkampff wesentlich beteiligt – und begonnen, Reformen umzusetzen. Beim

Bund hat man dagegen nach der Übergabe – wie gesagt – vier ganze Jahre gebraucht, bis er in den Bundestag eingebracht wurde.

EGM: Warum hat das so lange gedauert?

RK: Der damalige Psychiatriereferent des Bundes im Gesundheitsministerium wirkte recht wenig engagiert. Er hat sich bei Nachfragen immer darauf berufen, dass die Stellungnahmen der Bundesländer noch nicht vollständig vorlägen. So kam er erst mit der langen Verspätung in den Bundestag. Als Kulenkampff den Bericht 1975 an die Ministerin Katharina Focke übergeben hatte, kam er ziemlich sauer zurück. Sie war wohl nicht sehr empathisch oder wertschätzend. Auch als der Bericht dann im Kabinett beraten wurde, folgten erst einmal keine Konsequenzen. Verrückterweise war es der Finanzminister, der sagte, dass man doch wenigstens Geld für Modelle bereitstellen müsste.

EGM: Ich kann mir vorstellen, dass es sehr unterschiedliche Reaktionen gab – was den einen nicht weit genug ging, fanden andere vielleicht übertrieben? Wie haben Sie denn die Reaktionen in den Anstalten wahrgenommen?

RK: Die fielen sehr unterschiedlich aus. Teilweise gab es erbitterte Auseinandersetzungen, auch innerhalb des Landschaftsverbands. Bei den Direktorenkonferenzen tat Kulenkampff mir oft leid. Leute wie die Leiter von Bedburg-Hau oder Viersen waren zunächst erbitterte Gegner der Reformen.

EGM: Später gab es dann weniger Widerstand?

RK: Ja, nach 1983 hatten wir ja positive Beispiele vorzuweisen, es gab genügend Erfolgsgeschichten. Man musste also nicht mehr alles skandalisieren, sondern konnte mit positiver Verstärkung arbeiten.

EGM: Wir haben ja schon einiges angesprochen. Was denken Sie waren letztendlich die entscheidenden Faktoren für den Erfolg der Enquete?

RK: Kulenkampff meinte einmal, man sei nur Trittbrettfahrer des Zeitgeists gewesen. Ich denke damit hatte er recht – Ende der 1960er, Anfang der 1970er Jahre war der Zeitgeist günstig für Reformen.

EGM: Der richtige Zeitpunkt, die richtigen Personen, die besondere Dynamik des Duos Kulenkampff und Häfner.

Welche Rolle hat die Entwicklung der Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere der Medikamente, gespielt?

RK: Das war natürlich enorm wichtig. Eine Akutstation heute ist nicht mehr mit einem Wachsaal der 60er Jahre zu vergleichen. Man hat gänzlich andere Therapiemöglichkeiten. Ein Stück weit hat die biologische Psychiatrie also die soziale Psychiatrie überhaupt erst möglich gemacht.

EGM: Ab 1980 sind Sie ins Gesundheitsministerium in Düsseldorf gegangen und haben weiter am Wechsel gearbeitet.

RK: Das war die spannende Zeit der Modellprogramme. Man hatte Geld und konnte in den Modellregionen unzählige Projekte fördern. Ich denke, es hat drei Phasen der Reform gegeben. Die erste Phase war nach der Enquete. Sie war institutionsbezogen; es ging darum, alles, was die Anstalten an Funktionen boten, in anderen Institutionen – Abteilungen, Tageskliniken, Nachtkliniken, Wohnheimen – aufzufangen. Die zweite Phase der Reform war der Bericht der Sachverständigenkommission von 1988. Hier ging es um die funktionale Perspektive: Was muss in einem definierten Versorgungsgebiet sichergestellt werden, was muss geschehen – auch in Lebensbereichen wie Wohnen, Arbeit, Freizeit und so weiter. In den späteren 90er Jahren kamen dann die personenzentrierten Ansätze. Das war die dritte Phase der Reform.

EGM: Da sind wir immer noch mittendrin. Was denken Sie, wird die vierte Phase sein?

RK: Ich weiß es nicht – möglicherweise die der künstlichen Intelligenz. Aber aktuell habe ich Sorge, dass es Rückschläge gibt.

EGM: Das geht mir ähnlich. Ich sehe Tendenzen rückwärts, mehr Abgrenzung, mehr Stigmatisierung. Das ist schon sehr bedenklich.

RK: Ich sehe zudem noch zwei weitere Aspekte. Einerseits psychiatrieeintern: Wir haben in den Kliniken, wenn ich es einmal so sagen darf, den Halbgott in Weiß durch den Halbgott in Nadelstreifen ersetzt. Dadurch, dass man den kaufmännischen Betriebsleiter zum Geschäftsführer gemacht hat, ist das Denken weniger fachlich, sondern betriebswirtschaftlicher geworden. Das System wird anfälliger für konjunkturelle Schwankungen, fachliche Dinge werden schneller über Bord geworfen. Der andere Aspekt ist die

gesellschaftliche Entwicklung: Je mehr aufgrund der demographischen Entwicklung die Sozialsysteme unter Druck geraten und je größer die Schere zwischen Arm und Reich wird, desto weniger solidarisch und mitfühlend scheint mir die Gesellschaft – auch den psychisch Kranken gegenüber.

EGM: Sehen Sie denn eine Chance, dass wir den Reformgeist wieder beleben können?

RK: Ja, aber dafür muss die Psychiatrie lauter werden.

EGM: Das nehme ich mit, danke. Natürlich äußern wir uns und platzieren unsere Forderungen – aktuell insbesondere im Bereich Versorgungssteuerung und Prävention von Gewalttaten. Und die Politik hört uns auch zu. Aber ich nehme Ihre Anregung gerne mit: Wir müssen noch lauter werden.



Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank

leitet seit 2008 die LVR-Klinik Köln, eine erst nach der Enquete gegründete Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Die DGPPN-Präsidentin ist zudem seit 2016 fachliche Direktorin Forschung am LVR-Institut für Forschung und Bildung und beschäftigt sich dort wissenschaftlich mit den strukturellen Herausforderungen der psychiatrischen Versorgung.

Rainer Kukla

war maßgeblich an der Erstellung und Umsetzung des ersten Rahmenplans Psychiatrie NRW beteiligt. Von 1983 bis 2007 war der Soziologe als Landesrat für Gesundheit beim Landschaftsverband Rheinland (LVR) für die psychiatrische Versorgung im Rheinland zuständig, 1989 bis 2005 saß er der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser vor.

☐ **DGPPN Kongress 2025 | Lecture** Heiner Fangerau | Wendepunkt Psychiatrie-Enquete? | 26.11.2025 | 13:30–14:45 Uhr

☐ **DGPPN Kongress 2025 | Diskussionsforum** | 50 Jahre Psychiatrie-Enquete – ein Blick zurück nach vorn mit Zeitzeuginnen der Psychiatriereform | 28.11.2025 | 10:15–11:45 Uhr

Vom Befund zum Kulturerbe

Die *Sammlung Prinzhorn* am Universitätsklinikum Heidelberg und an der medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg blickt auf eine über hundertjährige Entwicklung zurück. In dieser Zeit hat sich ihr Verhältnis zur Psychiatrie mehrfach verändert.





**Ansicht des
Museumsbaus von
Südosten**

Kraepelin und Wilmanns: Diagnostik

Ende des 19. Jahrhunderts begann Emil Kraepelin, Leiter der Heidelberger „Irrenklinik“ von 1891 bis 1903, Zeichnungen, Texte und Objekte von Patientinnen und Patienten aus Heidelberg und der benachbarten Anstalt in Wiesloch zu sammeln. Dieser Teil der Heidelberger „Lehrmittelsammlung“ diente einem diagnostischen Ziel: Kraepelin hoffte, an formalen und inhaltlichen Merkmalen Geisteskrankheiten festmachen zu können. Er verglich sogar Arbeiten von Patientinnen und Patienten mit Bildern von Max Klinger oder Gedichten von Stéphane Mallarmé, um bei diesen psychische Auffälligkeiten zu entlarven.

Nach Kraepelin führte der Oberarzt Karl Wilmanns die Sammlung weiter und nahm bereits Werke aus anderen Psychiatrien auf. Doch erst nach dem Ersten Weltkrieg, unter Wilmanns als neuem Leiter der Psychiatrie, wurde der Bestand erheblich vergrößert. Der von 1919 bis 1921 in Heidelberg als Assistent angestellte Kunsthistoriker und Arzt Hans Prinzhorn entwickelte das Konzept einer Forschungssammlung. Gemeinsam mit Wilmanns trug er Werke aus über 30 Anstalten im deutschsprachigen Raum zusammen. Innerhalb weniger Jahre wuchs die Sammlung auf rund 5.000 Werke – vorwiegend auf Papier, aber auch Gemälde, Skulpturen und Textilien wurden aufgenommen.

**Einblick in die Ausstellung *NORMAL#VERRÜCKT*.
Zeitgeschichte einer erodierenden Differenz**

Prinzhorns Ansatz: Ästhetik

Prinzhorn ordnete und inventarisierte den Bestand, sichtete Krankenakten, führte Gespräche mit Anstaltskünstlerinnen und -künstlern, hielt Vorträge, veröffentlichte Aufsätze und organisierte erste Ausstellungen. Seine 1922 erschienene umfangreiche und reich illustrierte Studie *Bildnerei der Geisteskranken* war aber kein Handbuch für diagnostische Auswertung, sondern machte erstmals umfassend auf die Ästhetik der Werke aufmerksam. Für Prinzhorn war das Schaffen der Künstlerinnen und Künstler „triebhaft, zweckfrei“, authentischer und ungefilterter Ausdruck – oft beeindruckender als etablierte Kunst. Zugleich widersprach er der Vorstellung, man könne anhand formaler oder inhaltlicher Merkmale eindeutig auf eine psychische Erkrankung schließen. Das Buch fand schnell Verbreitung, inspirierte Expressionisten und Surrealisten und veränderte für viele das Verständnis von Kunst als Ausdrucksform.

Nationalsozialistische Vereinnahmung und Zerstörung

Mit Machtübernahme der Nationalsozialisten 1933 nahm das Regime Einfluss: Der neue Direktor der Heidelberger Psychiatrie Carl Schneider (1891–1946) kennzeichnete künstlerische Werke psychisch kranker Menschen als spontane Einfälle im Gegensatz zu „wahrer“ Kunst und zerstörte sie. 1938 lieferte er rund 100 Werke für die Propaganda-Wanderausstellung *Entartete Kunst* (1937–1941), auf der sie als Vergleichsmaterial missbraucht wurden. Danach zerstörte man einige dieser Werke – und mehr als 35 der Schaffenden wurden Opfer des NS-„Euthanasie“-Programms, für das Schneider ein wichtiger Gutachter war.



Agnes Richter,
Ohne Titel
(Selbstgenähte, mit
autobiographischen
und anderen Texten
bestickte Jacke),
1895–1918,
Garne auf Anstalts-
leinen und Wollstoff



August Natterer,
Wunder-Hirte [II],
ca. 1911–1917,
Bleistift, Wasser-
farben auf Karton,
gefirnisst,
24,5 x 19,5 cm

Nachkriegszeit und künstlerische Öffnung

Nach 1945 fiel die Sammlung in Vergessenheit, blieb aber in zwei Schränken sicher verwahrt. 1963 stellte Harald Szeemann die Sammlung erstmals nach dem Krieg aus: 250 Werke waren gemeinsam mit Arbeiten von Schweizer Psychiatrie-Insassinnen und -Insassen in der Kunsthalle Bern zu sehen. Die Schau machte die Sammlung in der Kunstwelt wieder bekannt.

Psychiatriekritik und Aufbauarbeit

Seit 1965 kümmerte sich dann in Heidelberg die Psychiaterin Maria Rave-Schwank ehrenamtlich um die Sammlung. 1973 wurde Inge Jarchov, spätere Jádi, als deren Kustodin angestellt. Sie begann die lebensgeschichtlichen Kontexte



Casim Wenzel,
Jahr 2063
2004–2006,
Ytong mit bemalten Fliesen
und diversen Objekten,
Höhe: 2,30m

der Werke zu erforschen, inventarisierte, konservierte und restaurierte sie. 1980/81 kam die umfangreiche Wanderausstellung *Die Prinzhornsammlung* mit über 850 Arbeiten in mehrere deutsche Städte und nach Basel und präsentierte erstmals Klassiker aus Prinzorns Buch ebenso wie noch unbekannte Werke. Gleichzeitig thematisierte die Schau kritisch die Geschichte der Verwahranstalten und der institutionalisierten Psychiatrie, stark geprägt vom Diskurs der Psychiatrie-Reformbewegung der 1970er Jahre.

Es folgten eine USA-Tournee (1984/85) und europäische Beteiligungen der Sammlung. In dieser Periode verlagerte sich der Fokus zunehmend auf ästhetische Werte, aber die Beschäftigung mit den Biografien der Künstlerinnen und Künstler und psychiatriekritische Perspektiven blieben präsent.

Standortdebatte

Parallel diskutierte man den zukünftigen Ort der Sammlung. Die *Irren-Offensive*, eine Berliner Selbsthilfeorgani-

sation, wollte die Sammlung dauerhaft nahe der Berliner Tiergartenstraße 4, dem Ort des NS-„Euthanasie“-Verwaltungszentrums, ansiedeln. Durch mediale Polemik („Beutekunst für den Hörsaal der Mörder“) wurde das Heidelberger Projekt als fragwürdig dargestellt. Es ging um Provenienz, NS-Verstrickung und die Frage, wem dieses kulturelle Erbe gehört.

Dieser Konflikt bewirkte paradoxerweise eine verstärkte Aufmerksamkeit für Heidelberg. Die Debatte und der öffentliche Druck führten dazu, dass das Universitätsklinikum Heidelberg Verantwortung übernahm und 2001 den Umbau des ehemaligen neurologischen Hörsaals in direkter räumlicher Anbindung an die Psychiatrische Universitätsklinik zum Museum abschloss. Heute ist die Sammlung Prinzhorn ein Ort der Wissenschaft, Erinnerung und ästhetischen Begegnung mit Ausdrucksformen, die in psychischen Krisen geschaffen wurden, für Fachpublikum, Forschende, die interessierte Öffentlichkeit und Erfahrungsexpertinnen und -experten.

Neubeginn als Museum

Nach der Eröffnung des Hauses, der Pensionierung Inge Jádís und einer Interimszeit unter der Kuratorin Bettina Brand-Claussen übernahm der Kunsthistoriker Thomas Röske im November 2002 die Leitung der Sammlung. Gemeinsam mit Brand-Claussen entwickelte er ein thematisch orientiertes Wechselausstellungsprogramm. Die Präsentationen verorten die Werke kulturgeschichtlich, mit Fokus auf Biografien, kunst- und medizinhistorische Kontexte, schließen aber auch psychiatrische und psychoanalytische Perspektiven ein.

Das Museum ist international vernetzt als angesehener Partner für Fragen nach dem Umgang mit Werken aus psychiatrischem Kontext, die auch in anderen Kunstmuseen mehr und mehr berücksichtigt werden. Die häufigen Anfragen für Leihgaben kommen mittlerweile nicht mehr nur für Ausstellungen mit Fokus auf Psychiatrie oder *Outsider Art*. Vielmehr werden Werke der Sammlung oftmals zur Integration der Perspektive von Psychiatrie-Erfahrenen auf allgemeine gesellschaftliche Themen eingebunden. In Heidelberg konnten 2020 Räume für eine Dauerausstellung umgebaut werden, zudem gibt es einen Studienraum zum Vorlegen von Werken, die gerade nicht ausgestellt sind. Dadurch ist das Museum nun durchgehend geöffnet und lässt sich effektiver auch für Forschung und universitäre Lehre einsetzen.

Ausblick

Im Sommer 2025 konnte eine drohende Schließung des Museums aus finanziellen Gründen glücklicherweise abgewendet werden. Dafür wurde die Sammlung Prinzhorn strukturell neu als gemeinsame Einrichtung des Heidelberger Universitätsklinikums und der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg aufgestellt. Außerdem ist nun ein Erweiterungsbau in Planung mit der Möglichkeit, den wachsenden Sammlungsbestand mit inzwischen rund 40.000 Werken unter konservatorisch optimalen Bedingungen und für die wechselnden Präsentationen leicht zugänglich zu lagern. Der dialogische Austausch zu den Werken und ihren Schöpferinnen und Schöpfern sowie eine innovative therapeutische Nutzung schaffen zudem neue Entwicklungsperspektiven für die Sammlung in ihrer räumlich erweiterten Form. So ist und bleibt die Sammlung Prinzhorn eine Schatzkiste auch für die Psychiatrie und Psychotherapie, die es sich zu besuchen lohnt!

Autoren

PD Dr. phil. Thomas Röske

leitet die Sammlung Prinzhorn am Zentrum für psychosoziale Medizin am Universitätsklinikum Heidelberg. Der Kunsthistoriker hat 1991 mit einer Arbeit über den Psychiater und Kunsthistoriker Hans Prinzhorn promoviert.

Prof. Dr. med. Sabine Herpertz

ist Ärztliche Direktorin der Klinik für Allgemeine Psychiatrie am Universitätsklinikum Heidelberg. Die Expertin für Persönlichkeitsstörungen ist President Elect der DGPPN und wird am 01.01.2027 die Präsidentschaft der Fachgesellschaft übernehmen.

Sammlung Prinzhorn
Voßstraße 2, 69115 Heidelberg
sammlung-prinzhorn.de
Öffnungszeiten:
Di-So 11–17 Uhr, Mi 11–20 Uhr



Therapie statt Register

Gewaltprävention bei psychischen Erkrankungen gelingt nicht durch Erfassung und Kontrolle, sondern durch konsequente Behandlung, Teilhabe und Integration. Das verdeutlicht das neue DGPPN-Positionspapier.

Seit der Corona-Pandemie sah es so aus, als hätte sich die Akzeptanz für psychische Erkrankungen erhöht. Wege in das Versorgungssystem werden in den Medien vorgestellt, Bedarfsplanungsberechnungen in der Lokalzeitung diskutiert. Jeder kennt jemanden, der auf der Suche nach therapeutischer Unterstützung ist. Sich für psychische Erkrankungen Hilfe zu holen, schien endlich okay.

Neue Offenheit, alte Vorurteile

Leider gilt das aber nur für bestimmte psychische Erkrankungen und spezielle Bevölkerungsgruppen. Depressionen und Ängste sind tatsächlich akzeptierter als früher. Jüngere Betroffene sprechen sie beim Hausarzt an und teilen ihre Erfahrungen im Internet. Die Stigmaforschung weiß aber, dass sich Vorurteile gegenüber anderen psychischen Erkrankungen, wie beispielsweise den Schizophrenien, sogar verstärkt haben.

Besonders sichtbar wird dieses verstärkte Stigma in öffentlichen Debatten in der Folge von Gewalttaten. Gewalttaten durch Menschen mit psychischen Erkrankungen befördern die Vorurteile leider. Zwar sind diese Taten selten – die allermeisten psychisch Erkrankten sind nie gewalttätig und werden weit häufiger Opfer von Gewalt als Täter –, doch wenn sie geschehen, erschüttern sie nachhaltig, zumal sie in den Medien zusätzlich dramatisiert werden. Die Berichte beschwören das Bild einer „unberechenbaren Gefahr“. So wurden nach den jüngsten Anschlägen schnell populistische Rufe laut, Menschen mit psychischen Erkrankun-

gen in einem Register zu erfassen. Viele Länder diskutieren eine Verschärfung ihrer Psychisch-Kranken-Gesetze (Psych-K(H)Gs), die u. a. regeln, unter welchen rechtlichen Voraussetzungen eine psychiatrische Unterbringung möglich ist und welche Behörden und Institutionen über die Entlassung informiert werden müssen. Diese Meldepflichten sollen jetzt infolge der Gewalttaten in Magdeburg, Aschaffenburg, Mannheim und Hamburg ausgeweitet werden. Ziel sei es, die Allgemeinheit besser zu schützen (siehe auch S. 8).

Um dieser emotional aufgeheizten Debatte eine sachliche Grundlage zu geben, hat die DGPPN die aktuelle Studienlage systematisch ausgewertet und im Positionspapier *Prävention von Gewalttaten* zusammengestellt. In der Analyse zeigte sich: Für bestimmte Diagnosen, nämlich Schizophrenien und andere Psychosen, Substanzkonsumstörungen sowie schwere Persönlichkeitsstörungen, besteht tatsächlich ein erhöhtes statistisches Risiko für Gewalttaten.

Aber: Das Risiko erklärt sich nie aus der Diagnose allein. Denn Gewalt entsteht in einem Geflecht von Faktoren. Junges Alter und männliches Geschlecht, Armut, Wohnungslosigkeit, soziale Isolation, Migrationserfahrungen oder weitere biografische Belastungen, wie beispielsweise eigene Gewalterfahrung (Viktimisierung), erhöhen das Risiko. Je mehr dieser Faktoren zusammentreffen, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass ein Mensch gewalttätig wird.

Was wirklich hilft

Deutlich wird auch: Die wirksamste Maßnahme der Gewaltprävention bei Menschen mit psychischen Erkrankungen ist eine möglichst frühzeitige, fachgerechte und nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Eine konsequente Therapie senkt das Risiko für Gewalttaten nachweislich. Die DGPPN fordert deshalb flächendeckend niedrigschwellige Behandlungsmöglichkeiten, die sich flexibel an den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren.

Leider werden aber gerade schwer erkrankte Personen durch die Angebote der Regelversorgung häufig nicht erreicht. Deshalb müssen Möglichkeiten geschaffen werden, am tatsächlichen Bedarf der Menschen orientiert zu behandeln; wenn nötig, sollte eine Behandlung auch aufsuchend im Wohnumfeld stattfinden können. Zusätzlich sind Maßnahmen zur Förderung der sozialen Integration und Teilhabe wie zum Beispiel Angebote des betreuten Wohnens oder der beruflichen Rehabilitation essenziell; auch die Sozialpsychiatrischen Dienste sollten gestärkt werden. Wichtig ist es zudem, jene Menschen gezielt zu unterstützen, die sich bereits in der Vergangenheit aggressiv oder gewaltbereit gezeigt haben und deshalb in einer psychiatrischen Klinik untergebracht waren. Hierfür bieten sich Angebote wie die bayerischen Präventionsambulanzen an: Durch eine enge Betreuung der Betroffenen sollen drohende Gewalttaten frühzeitig erkannt werden.

Therapie, Teilhabe, Integration: Diese Ansätze sind zur Prävention von Gewalttaten nachweislich wirksam, denn sie setzen dort an, wo Risiken bestehen. Die zentrale Erfassung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Zentralregistern dagegen schafft keine Sicherheit. Sie schreckt Betroffene vielmehr von einer Behandlung ab und erhöht damit das Risiko unbehandelter, instabiler Verläufe. Hinzu kommt die historische Dimension. Die systematische Erfassung psychisch erkrankter Menschen in der NS-Zeit war der Beginn ihrer Entrechtung und Vernichtung. Vor diesem Hintergrund wirken heutige Registerforderungen nicht wie ein neutraler Verwaltungsvorschlag, sondern wie ein gefährlicher Rückschritt – gerade in einer Zeit, in der rechtspopulistische Tendenzen weltweit an Stärke gewinnen.

Zwischen Autonomie und Sicherheit

So klar die Empfehlung „Therapie statt Register“ ist, so schwierig bleibt ein Punkt: Was tun, wenn Menschen eine Behandlung ablehnen? Gerade bei Psychosen fehlt oft die

Krankheitseinsicht – ein Symptom der Erkrankung selbst. Dann kollidieren zwei Grundwerte: das Recht auf Selbstbestimmung und das Sicherheitsinteresse der Allgemeinheit.

Solange keine Straftat vorliegt, wird aktuell die Selbstbestimmung stark gewichtet; Zwangsbehandlungen unterliegen hohen rechtlichen Hürden. Jedoch sollte bei hohem Aggressionspotenzial auch geprüft werden, wann eine Behandlung gegebenenfalls auch gegen den Willen der Betroffenen erforderlich sein kann. Problematisch ist zudem die aktuelle Praxis, Unterbringungen zu beenden, sobald akute Symptome abklingen – auch wenn die Stabilisierung fragil ist. So bleibt das Risiko von Rückfällen und erneuten Klinikaufenthalten hoch. Die DGPPN plädiert deshalb dafür, diese Praxis zu überdenken. Eine Option der Umsetzung könnte in der Aussetzung einer Unterbringung mit klaren Auflagen wie einer verpflichtenden Medikation oder Drogenabstinenz liegen. Werden diese Auflagen verletzt, kann eine Rückführung in die Klinik geprüft werden. Solche Instrumente werden bislang selten genutzt, obwohl sie helfen könnten, Therapie und Sicherheit zu verbinden. Letztendlich stellt sich eine Frage, die über die Psychiatrie hinausreicht: Wie balanciert eine Gesellschaft das Recht auf Selbstbestimmung und den Schutz vor Gewalt? Absolute Sicherheit gibt es nicht – aber pauschale Erfassungen sind ebenso wenig eine Lösung.

Die Diskussion muss offen geführt werden: Wo liegt die Grenze zwischen Autonomie und Schutz? Wie lassen sich Freiheitsrechte wahren, ohne Sicherheit zu gefährden? Und wie gelingt es, mehr Menschen mit schweren Erkrankungen frühzeitig in Behandlung zu bringen?

Die Antworten auf diese Fragen werden widerspiegeln, wie wir als Gesellschaft mit psychisch erkrankten Menschen umgehen. Entscheidend ist, dass wir nicht in alte Muster der Stigmatisierung zurückfallen. Nicht Misstrauen, sondern Versorgung. Nicht Register, sondern Therapie. Und nicht Ausgrenzung, sondern Integration.

☐ **DGPPN Kongress 2025 | Präidentensymposium** | Gewalt bei psychisch erkrankten Menschen und Möglichkeiten der Prävention | 28.11.2025 | 10:15–11:45 Uhr

☐ **DGPPN Kongress 2025 | Lecture** Henning Saß | Attentate und zwischenmenschliche Gewalt bei psychischen Erkrankungen | 28.11.2025 | 12:00–13:15 Uhr

Mit Zuversicht in die Zukunft

Neue Steuerungsgruppe des Aktionsbündnisses
Seelische Gesundheit nimmt die Arbeit auf.

Passend zum diesjährigen Motto der Woche der Seelischen Gesundheit *Lass Zuversicht wachsen – Psychisch stark in die Zukunft* richtet das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (ABSG) seinen Blick bewusst nach vorn: Auf der ABSG-Jahrestagung haben alle teilnehmenden Bündnispartner ihre trialogisch besetzte Steuerungsgruppe neu gewählt – zwölf Mitglieder aus professioneller Versorgung, Selbsthilfe und Angehörigenvertretung. Als Vorsitzender wurde Dr. Raoul Borbé (DGPPN) bestimmt, als Vertreterin der Betroffenen wurde Waltraud Rinke (Deutsche DepressionsLiga e. V.) gewählt sowie Nele Riepenhusen (Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.) als Vertreterin der Angehörigen. Weitere feste Mitgliedsorganisationen im Steuerungsgremium sind die Aktion Psychisch Kranke e. V., die Bundesärztekammer und der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e. V. EX-IN Deutschland e. V., Jungagiert e. V. und die Mental Health Crowd GmbH sind erstmalig Teil der Steuerungsgruppe. Erneut dabei sind die Bundespsychotherapeutenkammer, Irre menschlich Hamburg e. V. sowie der Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V.

Alle zwölf Organisationen wollen in den kommenden vier Jahren mit großem Engagement und fachlicher Expertise gemeinsam die Zukunft des Bündnisses gestalten und neue Perspektiven eröffnen. Einen guten Anlass bietet nicht zuletzt das 20-jährige Bestehen des Aktionsbündnisses im kommenden Jahr: Zwei Jahrzehnte erfolgreicher Antistigma- und Netzwerkarbeit haben entscheidend dazu beigetragen, Betroffene und Angehörige zu unterstützen sowie das Thema in Politik, Fachwelt und Öffentlichkeit sichtbar zu machen. Das Bündnis mit seiner Steuerungs-

gruppe fördert auch in Zukunft starke Synergien und setzt nachhaltige Impulse mit dem klaren Ziel, die Akzeptanz von psychischen Erkrankungen weiter zu stärken und das Thema „Seelische Gesundheit“ in der Mitte der Gesellschaft zu verankern.

Aktionswoche 2025:

Aufklärung und Prävention im Mittelpunkt

Dazu leistet auch die vom ABSG koordinierte Woche der Seelischen Gesundheit 2025 einen wichtigen Beitrag; sie macht vom 10. bis zum 20. Oktober auf psychosoziale Einrichtungen und Initiativen in mehr als 100 Regionen und Städten aufmerksam.

„In Zukunft wird die individuelle psychische Gesundheit wichtiger denn je sein und die Basis für alle anstehenden Herausforderungen“, sagt der Vorsitzende des Aktionsbündnisses, Dr. Raoul Borbé. „Daher benötigen wir als Gesellschaft dringend eine breite Aufklärung sowie nachhaltige Maßnahmen zur Prävention psychischer Erkrankungen.“

Die Aktionswoche informiert deutschlandweit über vielseitige Behandlungsmethoden psychischer Erkrankungen und klärt Betroffene, Angehörige und alle Interessierten auf, wie wir besser mit psychisch belastenden Situationen umgehen und mehr Resilienz und Zuversicht entwickeln können, um gestärkt in Richtung Zukunft zu schauen.



Die Auftaktveranstaltung der Woche der Seelischen Gesundheit findet am 10. Oktober um 17:30 Uhr in Berlin statt und wird zudem als Livestream übertragen. Mehr dazu auf seelichegesundheits.net



Aktionsbündnis
Seelische Gesundheit



Woche der
Seelischen Gesundheit



LASS ZUVERSICHT WACHSEN

**Psychisch stark
in die Zukunft**

10.–20. OKTOBER 2025
www.seelischegesundheit.net

Das Land der (un-)begrenzten Möglichkeiten

Wissenschaft braucht Freiheit, und Freiheit gibt es nicht ohne Wissenschaft. Wird beides beschnitten, sind nachhaltige negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und die Versorgung der Bevölkerung nicht fern. Die DGPPN äußert ihre ernste Besorgnis zur aktuellen Situation in den USA.

Die US-amerikanische Politik hat seit Amtsübernahme durch die Trump-Administration im Hinblick auf Wissenschaft und Gesundheitsversorgung scharfe Einschnitte und klare Richtungswechsel vorgenommen. So spielen neben Budgetkürzungen bei medizinischen Leistungsanbietern auch Politisierung, Stigmatisierung und Instrumentalisierung psychischer Erkrankungen eine Rolle; sie werden im öffentlichen Diskurs banalisiert oder dämonisiert, und die Frage, wer als gesund oder als krank gilt, wird immer mehr Gegenstand politischer Betrachtungen und Interessen.

Diese zunehmende Missachtung jeder medizinisch-wissenschaftlichen Bewertung von Erkrankungen sieht die DGPPN mit großer Besorgnis, äußerte sich in einer ausführlichen Stellungnahme im April 2025 deutlich und verurteilt darin die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen aufs Schärfste. Der Zugang dieser Menschen zu adäquater medizinischer Versorgung wird unter diesen Bedingungen zunehmend erschwert. Die DGPPN betrachtet mit Bestürzung die abzusehende Verschlechterung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen in den USA.

Darüber hinaus werden auch die politischen Eingriffe in die Unabhängigkeit der Wissenschaft und Forschung mit großer Besorgnis gesehen. Daher bekundet die DGPPN ausdrücklich ihre Solidarität mit den Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern in den USA. Angekündigte und schon umgesetzte Mittelkürzungen für Forschungsprojekte wirken sich kurz- und langfristig negativ auf die freie Forschung und Versorgung aus – auch auf den deutschen und europäischen Forschungsstandort. Die angespannte weltpolitische Lage wirkt sich überall aus und damit auch auf die deutsche Bevölkerung. Neben den Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie der vergangenen Jahre, einem noch

immer andauernden Ukraine-Krieg und innenpolitischen Herausforderungen, kann auch die Unvorhersehbarkeit der amerikanischen Politik das Gefühl der Instabilität verstärken. Gerade für Menschen mit psychischen Erkrankungen kann dies zu einer zusätzlichen Belastung führen.

Als psychiatrische Fachgesellschaft setzt sich die DGPPN vor allem für den Schutz und die Unterstützung dieser vulnerablen Bevölkerungsgruppe ein. Dieses Selbstverständnis der DGPPN resultiert auch aus ihrer besonderen geschichtlichen Verantwortung als deutsche Fachgesellschaft, die ihr aus der Beteiligung damaliger Fachvertreter an den Verbrechen des Nationalsozialismus erwuchs.

Prof. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank bringt es auf den Punkt: „Was uns als Psychiaterinnen und Psychiater besonders beunruhigt, sind die nachhaltigen negativen Auswirkungen dieser gesamtgesellschaftlichen Entwicklung auf die psychische Gesundheit und die Versorgung der Bevölkerung – nicht nur in den USA, sondern weltweit. Vor dem Hintergrund unserer deutschen Vergangenheit sehen wir die Notwendigkeit, Stellung zu beziehen – gerade dann, wenn es um die zunehmende Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und um die Freiheit von Wissenschaft und Forschung geht.“

Die Fachgesellschaft fordert deshalb: politische Verantwortung für den Erhalt freier Forschung, den Schutz vulnerabler Gruppen und eine klare Haltung gegen jede Form der Stigmatisierung – national wie international.

 **Mehr zum Thema** | dgppn.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen/freiheit-von-wissenschaft-und-forschung.html

Hürden überwinden, Versorgung sichern

Der Fachkräftemangel äußert sich spürbar in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. Laut einer Erhebung des Deutschen Krankenhausinstituts haben zwei Drittel aller psychiatrischen Einrichtungen Schwierigkeiten, offene Stellen im Ärztlichen Dienst zu besetzen – Maßnahmen der Nachwuchsinitiative der DGPPN halten jetzt dagegen.

Bereits heute kommt laut Ärztestatistik ein Fünftel der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte in Deutschland aus dem Ausland – Tendenz steigend. Obwohl hinlänglich bekannt ist, dass die Versorgung ohne internationale Fachkräfte nicht zu stemmen ist, stehen diese beim Berufseinstieg in Deutsch-

land vor teils absurd erscheinenden Hürden in der Anerkennung ihrer ausländischen Qualifikation: durch bürokratische Anforderungen und langwierige Verfahren. Sprachliche Herausforderungen und kulturelle Unterschiede im klinischen Alltag kommen dann noch erschwerend hinzu.

Orientierung und Unterstützung: Angebote der Nachwuchsgruppe Generation PSY

Die Nachwuchsgruppe der DGPPN hat es sich zur Aufgabe gemacht, Ärztinnen und Ärzte insbesondere aus Drittstaaten gezielt beim Einstieg in das deutsche Gesundheitssystem zu unterstützen. Zwei zentrale Projekte sind jetzt in der Umsetzung:

FAQs in zwölf Sprachen

In einem umfassenden Katalog von häufig gestellten Fragen (FAQs) sind zentrale Informationen zum Berufseinstieg aufbereitet – darunter Themen wie Anerkennung, Weiterbildung und Arbeitsalltag. Die FAQs wurden zunächst in zwölf Sprachen übersetzt – darunter Arabisch, Türkisch und Usbekisch. Hierbei halfen bilingual muttersprachliche Ärztinnen und Ärzte aus dem Netzwerk der Nachwuchsinitiative der DGPPN. Die FAQs werden Interessierten per Website und Newsletter zur Verfügung gestellt.

Mentoring-Programm für ausländische Ärztinnen und Ärzte

Seit 2009 bietet die Nachwuchsgruppe zudem ein strukturiertes Mentoring-Programm an. Ziel ist es, Studierenden sowie Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung (AiW) in den ersten Berufsjahren unter die Arme zu greifen, sie mit erfahrenen Mentorinnen und Mentoren zu vernetzen und individuelle Unterstützung bei Herausforderungen im Weiterbildungsalltag zu leisten.

Die Nachwuchsgruppe plant nun den Ausbau der Mentoring-Strukturen sowie die gezielte Vernetzung ausländischer Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung. Dazu gehört auch die engere Anbindung an das Weiterbildungsnetzwerk der Generation PSY, das eine zentrale Anlaufstelle für Fragen rund um die Facharztweiterbildung bietet. AiWs mit internationalem Hintergrund sind ausdrücklich eingeladen, sich über weiterbildungsnetzwerk@dgppn.de zu melden – sei es mit Fragen, Anliegen oder dem Wunsch, sich zu vernetzen.



DGPPN Kongress 2025 | Symposium | Ärztinnen und Ärzte
mit ausländischer Qualifikation in der psychiatrischen
Versorgung | 27.11.2025 | 15:30–17:00 Uhr

Für den Fall der Fälle

Es ist ein Dauerthema der Psychiatrie: Wie ist damit umzugehen, wenn die grundlegenden medizinethischen Prinzipien Autonomie, Fürsorge, Schadensvermeidung und Gerechtigkeit miteinander in Konflikt geraten? Wenn Selbstbestimmungsrecht, Patientenwohl und das Wohl Dritter im Widerspruch stehen? Was tun, wenn schwer kranke und selbstbestimmungsunfähige Patientinnen und Patienten in einer akuten Krise medizinische Maßnahmen ablehnen? Noch schwieriger wird es, wenn man sich vor Augen hält, dass die Ablehnung einer Behandlung auch Symptom der Erkrankung sein kann. Gerade bei einer Schizophrenie oder Manie fehlt häufig die Krankheitseinsicht – entsprechend schlecht steht es um die Behandlungsmotivation.

Selbstbestimmung als Maxime

In der alten, paternalistischen Medizin war die Sache klar: Es zählte der Wille des behandelnden Arztes. Heute sieht das anders aus. Die DGPPN engagiert sich für eine Psychiatrie, die die Autonomie der Patientinnen und Patienten und eine partizipative Entscheidungsfindung in den Mittelpunkt stellt. Auch die Gerichte haben in den vergangenen Jahren die Autonomie der Betroffenen gestärkt: Jeder Mensch hat ein „Recht auf Krankheit“ und damit ein Recht auf Nichtbehandlung. So hat es das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil von 2016 bestätigt.

Deshalb ist eine Schizophrenie oder Manie allein kein Grund, eine Behandlung gegen den Willen einer betroffenen Person durchzuführen – selbst, wenn die Erkrankung unbehandelt voraussichtlich dazu führen wird, dass sie nicht mehr an ihrem gewohnten Arbeits- und Sozialleben teilhaben kann. Die Schwelle für einen Eingriff in die Patientenautonomie liegt hoch. Solange keine akute Gefährdung vorliegt, ist eine Unterbringung nicht zulässig.

Für eine unfreiwillige medizinische Behandlung liegt die Schwelle noch höher.

Dies führt leider häufig dazu, dass Erkrankungen, die eigentlich gut behandelbar wären, chronifizieren. Denn medizinische Behandlungen dürfen grundsätzlich nur dann durchgeführt werden, wenn Patientinnen und Patienten ihnen zustimmen – und dafür müssen sie einwilligungsfähig sein. Wenn die Einwilligungsfähigkeit nicht gegeben ist, kann es sein, dass Therapien nicht oder erst nach einem Gerichtsbeschluss durchgeführt werden. Das gilt sogar für Therapien, die eine Person in gesundem Zustand selbst gewollt hätte.

Eine Möglichkeit, um sicherzustellen, dass die Selbstbestimmung auch in jenen Fällen gewährleistet ist, in denen Betroffene nicht einwilligungsfähig sind, bieten Patientenverfügungen. Allerdings sind herkömmliche Patientenverfügungen nur bedingt dazu geeignet, für den Fall vorzusorgen, dass jemand aufgrund einer psychischen Erkrankung einwilligungsunfähig ist. Derzeit im Internet verfügbare Formulare sind ideologisch darauf ausgelegt, psychiatrische Behandlungen kategorisch abzulehnen. Um Menschen darin zu unterstützen, reflektierte Behandlungsentscheidungen für psychische Erkrankungen zu treffen, hat die DGPPN-Kommission *Ethik und Recht* eine Patientenverfügung speziell für den Bereich der psychischen Gesundheit entwickelt.

Reflektierte Entscheidungen

Mit der neuen Patientenverfügung lässt sich im Voraus festlegen, welche Behandlungen man im Fall einer Einwilligungsfähigkeit erhalten oder nicht erhalten will. Das ist insbesondere wichtig für Menschen, die bereits psychisch

erkrankt sind und häufig genau wissen, welche Behandlungen sie im Krankheitsfall erhalten wollen und welche nicht. Aber: Prinzipiell kann jeder Mensch aufgrund von Medikamenten, Drogen oder auch einer Gehirnentzündung einwilligungsunfähig werden. Es ist deshalb grundsätzlich für jeden Menschen sinnvoll, sich vorab Gedanken zu machen, welche Behandlungen man im Fall der Fälle möchte und welche nicht.

Um diese Überlegungen schriftlich und rechtlich verbindlich festzuhalten, stellt die DGPPN ein praxisnahes Formular mit Ausfüllhilfen und allgemeinverständlichen, begleitenden Erläuterungen zur Verfügung. Zusätzlich gibt es eine Praxisempfehlung für Behandelnde zum Umgang mit der Verfügung und zur rechtlichen Einordnung. Alle Unterlagen sind auf der Website der DGPPN zum Download erhältlich.

Das Formular

Bevor mithilfe des Formulars Festlegungen getroffen werden, sprechen Behandelnde und Betroffene die Optionen der Patientenverfügung idealerweise gemeinsam durch. In einer akuten Krisensituation sollten sich Behandelnde ein möglichst genaues Bild über die Person machen können. Je mehr sie wissen, desto besser können sie beurteilen, welche Entscheidung die Person treffen würde, wenn sie denn einwilligungsfähig wäre.

Das Dokument beginnt mit einigen allgemeinen Angaben über die Person und ihre Lebensumstände; anschließend kann man sich zu Fragen der Unterbringung sowie zu unterschiedlichen Diagnose- und Therapieoptionen äußern. Hier kann für verschiedene Situationen festgelegt werden, welche Behandlung in Anspruch genommen werden soll und welche nicht. Außerdem lassen sich Angaben zu

Schweigepflichtentbindungen, zur Benachrichtigung von Vertrauenspersonen sowie zur Versorgung von Kindern, pflegebedürftigen Angehörigen und Haustieren machen. Das Formular enthält zudem eine Frage dazu, was passieren soll, falls die Person die Patientenverfügung im einwilligungsunfähigen Zustand widerrufen möchte: Soll dann die Patientenverfügung oder der natürliche Wille beachtet werden? Damit ist die DGPPN-Patientenverfügung nicht nur ein rechtssicheres Vorsorgeinstrument, sondern sie bietet auch Gelegenheit, das Thema Rückfallprophylaxe im Patientengespräch aufzugreifen und therapeutisch zu nutzen.

Die ausgedruckte Patientenverfügung muss unterschrieben werden und sollte dann an einer gut zugänglichen Stelle aufbewahrt werden. Einer Vertrauensperson, der Behandlerin oder dem Behandler oder der im Notfall zuständigen psychiatrischen Klinik sollte ebenfalls ein unterschriebenes Exemplar vorliegen. Man kann die Patientenverfügung auch im Zentralen Vorsorgeregister registrieren lassen; Gerichte und Ärzte können sie dort direkt abfragen.

Ergänzende Materialien

Patientinnen und Patienten sowie weitere Interessierte können sich mithilfe von allgemeinverständlichen, begleitenden Erläuterungen über die Patientenverfügung informieren. Für Behandelnde gibt es eine Praxisempfehlung, in der die rechtlichen Rahmenbedingungen und weitere praktische Fragen erläutert werden. Komplettiert wird die Materialsammlung durch Aushänge, mit denen in Praxen oder Kliniken auf die DGPPN-Patientenverfügung für den Bereich der psychischen Gesundheit hingewiesen werden kann.

 **Mehr zum Thema** | dgppn.de/schwerpunkte/selbstbestimmung/patientenverfuegung.html

DGPPN

Psychisch krank im Gefängnis

Ist in deutschen Justizvollzugsanstalten eine adäquate Versorgung von Häftlingen mit psychischen Erkrankungen möglich? Welche Ressourcen stehen für ihre Diagnostik und Behandlung bereit? Bislang lagen dazu keine Daten vor. Deshalb hat die DGPPN-Task-Force *Gefängnispsychiatrie* im Frühjahr 2024 eine Online-Umfrage in deutschen Justizvollzugsanstalten durchgeführt. Die Arbeitsgruppe hatte dafür einen Fragebogen mit insgesamt 85 Items entwickelt, der mithilfe der Justizministerien der Länder per E-Mail an die Haftanstalten versendet wurde. 78 % der angeschriebenen Anstalten nahmen an der Befragung teil.

Die Fragebögen wurden von Personen mit sehr unterschiedlichen Funktionen und Qualifikationen bearbeitet. Von Anstalten für junge Erwachsene bis zum Seniorenvollzug, von Untersuchungshaft bis Langstrafenvollzug oder Sicherungsverwahrung war eine Vielzahl an Einrichtungen vertreten – die Behandlungskonzepte und Unterbringungskonzepte der insgesamt 137 Anstalten variierten stark. Leider ist deshalb auch davon auszugehen, dass verwendete Begrifflichkeiten wie „Psychotherapie“, „psychiatrische Behandlung“ oder gar „ausreichende Versorgung“ unterschiedlich aufgefasst wurden. Dies ist bei der Interpretation der Daten zu berücksichtigen.

In den Anstalten waren zum Befragungstichtag insgesamt 41.173 Personen inhaftiert, 5 % davon waren weiblich. Erwartungsgemäß zeigte sich, dass die Personalsituation angespannt ist: Von 46,15 Vollkraftstellen für Ärztinnen und Ärzte in den 137 Anstalten waren nur etwa zwei Drittel besetzt. Besser stellt sich die Lage für psychotherapeutische Fachkräfte dar: Von 194,68 vorgesehenen Vollkraftstellen waren 185,71 besetzt.

Die Umfrage macht deutlich, dass der Bedarf an psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgung hoch ist und die Ressourcen insgesamt übersteigt: 4.411 Gefangene, also 11 % der Gesamtgruppe, wurden in den vier Wochen vor der Umfrage fachärztlich psychiatrisch behandelt. Initiiert wurde die Behandlung in der Regel über die Anstaltsärztin bzw. den Anstaltsarzt. 497 Gefangene (1 % der Gefangenen) erhielten im gleichen Zeitraum eine Psychotherapie. 121 Anstalten machten Angaben zu stationären Behandlungen: Bei 1.557 Gefangenen war nach ärztlicher Einschätzung im Verlauf der vergangenen 12 Monate eine Verlegung in eine vollstationäre psychiatrische Einrichtung indiziert, aber nur etwa die Hälfte wurde tatsächlich verlegt. War eine Verlegung nicht möglich, lag das zumeist an fehlenden Kapazitäten.

55 von 128 Anstalten sahen Schwierigkeiten bei der Anbahnung einer psychiatrischen Behandlung, 117 von 135 Anstalten gaben an, Probleme damit zu haben, Inhaftierte mit psychischen Erkrankungen zu versorgen; die Kapazitäten für eine ambulante psychiatrische Behandlung wurden von 54 % der Anstalten als gar nicht oder eher nicht den tatsächlichen Bedarf deckend beurteilt. Bezüglich teilstationärer Kapazitäten waren es 85 % und die Kapazitäten für eine vollstationäre psychiatrische Behandlung wurden von 86 % der Anstalten als nicht den Bedarf deckend beurteilt.

Auch wenn die Daten mit Vorsicht interpretiert werden müssen, offenbart die Umfrage: Eine angemessene Diagnostik und Behandlung der Häftlinge kann nur ein kleinerer Teil der deutschen Justizvollzugsanstalten ermöglichen – es besteht dringender Handlungsbedarf. Die Task-Force wird deshalb in einem nächsten Schritt Mindeststandards für die psychiatrische Versorgung in Justizvollzugsanstalten formulieren. Eine Publikation der Ergebnisse ist eingereicht.

Inside

Mehr Flexibilität, weniger Belastung

Zur Abwehr eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens kann bei nicht einwilligungsfähigen Patientinnen und Patienten als ultima ratio eine Zwangsbehandlung notwendig sein. Deren Durchführung ist rechtlich eng begrenzt und bislang ausschließlich im Krankenhaus erlaubt. Mit Urteil vom 26. November 2024 hat das Bundesverfassungsgericht diesen sogenannten Krankenhausvorbehalt jedoch als teilweise verfassungswidrig eingestuft. Der Gesetzgeber ist daher verpflichtet, die Regelungen des §1832 BGB anzupassen.

Eine Zwangsbehandlung außerhalb des Krankenhauses kommt insbesondere dann in Betracht, wenn der Einsatz unmittelbaren Zwangs nicht notwendig ist: wenn also die Patientin oder der Patient die Behandlung zwar ablehnt, aber dennoch duldet. Dann kann unter bestimmten Umständen eine Zwangsbehandlung ambulant fortgesetzt oder eine Klinikaufnahme von vornherein vermieden werden.

In der aktuellen juristischen Diskussion stehen für die Neuregelung des §1832 BGB zwei Ansätze im Raum: Entweder

bleibt das Krankenhaus grundsätzlich der vorgesehene Ort und es werden eng begrenzte Ausnahmen definiert. Oder aber das Erfordernis des stationären Aufenthalts entfällt und wird durch eine flexible Regelung ersetzt, die im Einzelfall den bestmöglichen Durchführungsort erlaubt.

Die DGPPN spricht sich eindeutig für den zweiten Weg aus. Nur so kann für jede Patientin und jeden Patienten eine Lösung gefunden werden, welche Belastungen minimiert und zugleich eine sichere sowie qualitativ hochwertige Behandlung gewährleistet. Voraussetzung ist dabei stets, dass Zwangsbehandlungen von geschulten multiprofessionellen Teams durchgeführt werden, die auch außerhalb der Klinik den Standard eines Krankenhauses gewährleisten können.

Die DGPPN setzt sich dafür ein, dass die anstehende Gesetzesreform diese Position widerspiegelt – damit Zwangsbehandlungen auch außerhalb der Klinik verantwortungsvoll, sicher und patientenorientiert erfolgen können.

☐ **Mehr zum Thema** | dgppn.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen

SAVE THE DATE | KONGRESS | 4. BIS 6. JUNI 2026

Psychiatrie im Spannungsfeld von Autonomie und Wohlergehen

- Veranstaltungsort: Estrel Berlin
- Einreichung Kongressbeiträge: 1. Oktober bis 15. Dezember 2025
- Weitere Informationen: patientenautonomie-kongress.de

 **dgppn**

 **ÖGPP**
Österreichische Gesellschaft für
Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

PSY & ASD SGPP
SSPP
SSPP

DGPPN

Von gestern für heute



Westfälisches Landeskrankenhaus
für Psychiatrie Lengerich, um 1975:
Bettensaal auf einer Männerstation.



Psychiatrie im Umbruch

50 Jahre Psychiatrie-Enquete – ein Rückblick, der aufzeigt, wie tiefgreifend sich Vorstellungen von Behandlung, Teilhabe und Menschenwürde in der Psychiatrie gewandelt haben: zwischen bahnbrechenden Reformen, ungelösten Ambivalenzen und der fortwährenden Herausforderung, gemeindenähe Versorgung und echte Entstigmatisierung zu verwirklichen.

Der Start – das Jahr 1971

Das Jahr 1971 war in vielerlei Hinsicht ein Jahr des Aufbruchs und der Veränderung in vielen Teilen der westlichen Welt. In Westdeutschland fügte sich das Jahr ein in eine seit den späten 1960er Jahren zu beobachtende Öffnung der Gesellschaft einhergehend mit einer kulturellen Liberalisierung und Pluralisierung. In der Schweiz beispielsweise wurde durch Volksabstimmung das passive und aktive Wahlrecht für Frauen eingeführt, der amerikanische Präsident Nixon kündigte den Abzug der US-amerikanischen Truppen aus Vietnam an, Willy Brandt erhielt den Friedensnobelpreis, der westdeutsche Innenminister Hans-Dietrich Genscher ordnete an, dass alle unverheirateten Frauen im Beruf mit „Frau“ statt „Fräulein“ anzureden seien, das Magazin „Stern“ provozierte mit einem Cover, das Frauen zeigt, die von sich sagten, sie hätten Schwangerschaften abgebrochen, und die FDP wollte einen „sozialen Liberalismus“ begründen.

In diesem Jahr und vor diesem Hintergrund beauftragte der Deutsche Bundestag auch eine Enquete-Kommission damit, einen Bericht über die Lage der Psychiatrie zu erstellen, mit dem Ziel, auf dieser Basis Reformen einzuleiten. Reformen in der Psychiatrie waren allen Beteiligten zufolge bitter nötig, war die psychiatrische Versorgungslage im Land doch strukturell, institutionell, personell und inhaltlich in einem desolaten, den Ansprüchen der sich wandelnden bundesrepublikanischen Gesellschaft keineswegs genügendem Zustand.

Der Vorlauf

Der Wunsch nach Reformen in der Psychiatrie kam 1971 nicht von ungefähr. Eine längere Vorbereitungsphase war der Enquete vorausgegangen. Nach dem Kriegsende 1945, als die Chance für eine umfassende Reform der deutschen Psychiatrie bestanden hatte, war diese nicht ergriffen worden. Die Patientenmorde im Rahmen der „NS-Euthanasie“

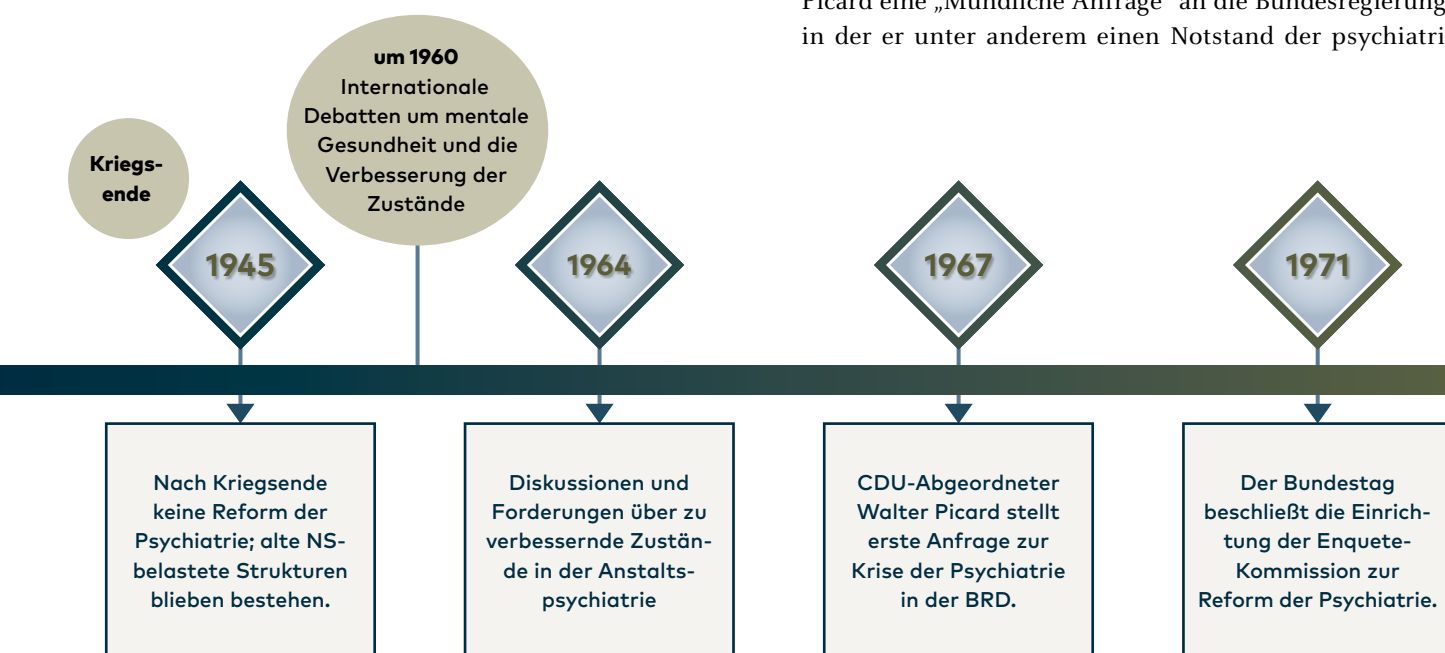
und der „Aktion Brandt“, das Agieren der Psychiaterinnen und Psychiater zwischen Forschen und Vernichten sowie die gesellschaftliche Dysfunktionalität der alten Heil- und Pflegeanstalten hatten die Psychiatrie zwar kompromittiert, zu einer Neuausrichtung des alten Systems aber hatte diese Ausgangslage am Ende des Krieges nicht geführt. Im Gegenteil, Akteurinnen und Akteure, die schon im NS-Staat aktiv gewesen waren, setzten auf die bestehenden Strukturen. Allerdings mussten selbst Psychiater wie der T4-Gutachter Friedrich Panse in den Folgejahren angesichts der Legitimationskrise der Psychiatrie, die sich aus öffentlicher Kritik an den Zuständen in den Anstalten, der juristischen Aufklärung der NS-Verbrechen und der internationalen Entwicklung der Psychiatrie (insbesondere in Großbritannien und den USA) speiste, einen Veränderungsbedarf konstatieren. Die jüngere Psychiatergeneration formulierte diesen Bedarf noch drängender und organisierte sich zum Beispiel im 1959 gegründeten *Aktionsausschuss zur Verbesserung der Hilfe für Psychisch Kranke*. In den 1960er-Jahren machte sich – auch angesichts internationaler Debatten um mentale Gesundheit und die Verbesserung der Zustände in der Anstaltspsychiatrie – eine regelrechte „Aufbruchstimmung“ [1] breit, die in fachinternen Empfehlungen und einem verstärkten Werben der Psychiater um politisches Engagement mündete. So traten etwa Walter von Baeyer, der Direktor der Psychiatrischen und Neurologischen Universitätsklinik Heidelberg und seine Oberärzte Heinz Häfner



Patientin einer Heil- und Pflegeanstalt um 1960

und Karl Peter Kisker an die Bundesgesundheitsministerin Elisabeth Schwarzhaupt (CDU) heran und warben 1964 um politische Unterstützung für ihre Reformideen, wie eine zentrale Bedarfsplanung und ein Anschließen an internationale Versorgungsstandards.

Eine größere politische Initiative folgte zunächst nicht. Im März 1967 jedoch stellte der CDU-Abgeordnete Walter Picard eine „Mündliche Anfrage“ an die Bundesregierung, in der er unter anderem einen Notstand der psychiatri-



schen Krankenhäuser beklagte, eine Unvereinbarkeit der Zustände in der Psychiatrie mit der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Entwicklung der Bundesrepublik nahelegte und nach Verbesserungsmöglichkeiten fragte. Die Antwort des nun in der Großen Koalition durch Käte Strobel SPD-geführten Gesundheitsministeriums lautete schlicht, dass die psychiatrischen Einrichtungen in der Bundesrepublik allein schon materiell und personell ihren Aufgaben nicht gerecht werden könnten. Eine im Februar 1969 von Picard und anderen folgende „Kleine Anfrage“ wurde mit Verweis auf die Länderkompetenz in gesundheitspolitischen Fragen beantwortet.

Die Enquete-Kommission

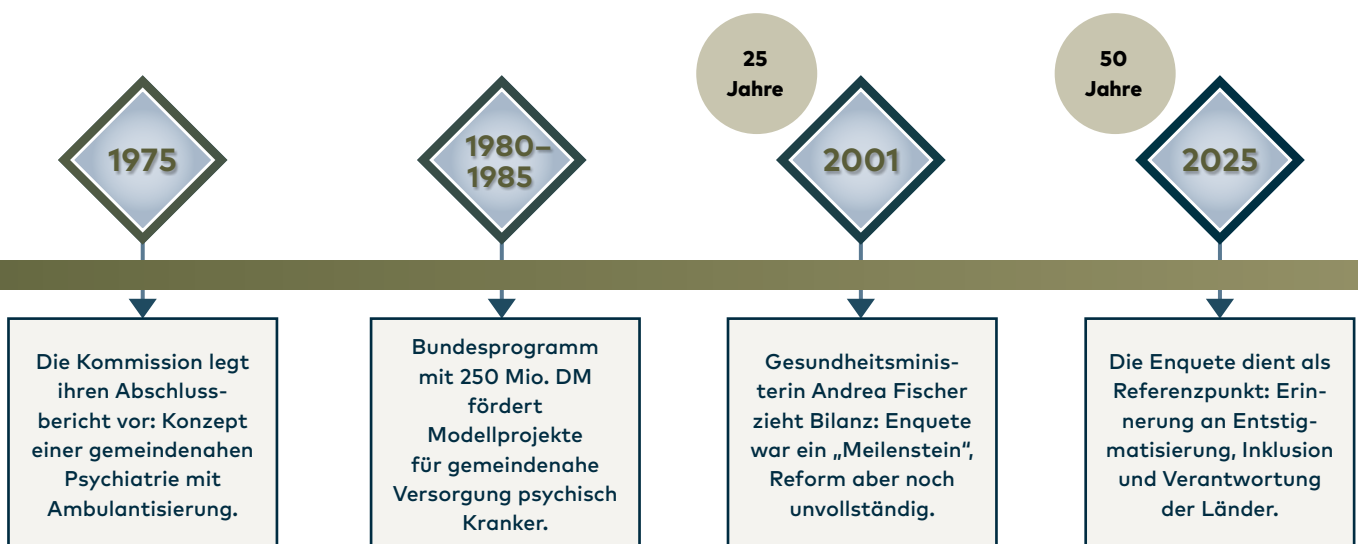
Als nach der Wahl im September 1969 die sozialliberale Koalition die Große Koalition ablöste, ließ Picard nicht locker. Mit Unterstützung einer Reihe von reformorientierten Psychiatern wie Heinz Häfner, Manfred Bauer, Hans-Joachim Bochnik, Caspar Kulenkampff und Karl Peter Kisker erarbeitete er einen Antrag auf Einrichtung einer Enquete-Kommission, die umfassend die Lage der psychiatrischen Versorgung im Land untersuchen und Vorschläge zur Verbesserung unterbreiten sollte. Der im April 1970 beratene Antrag wurde an den Ausschuss für Jugend, Familie und Gesundheit verwiesen, der sich nun intensiv mit dem Anliegen befasste, Sachverständige auswählte und Anhörungen organisierte. Flankiert wurde diese politische Aktivität durch weitere Initiativen von Picard und seinen Mitstreitern wie etwa die Gründung des Vereins *Aktion Psychisch Kranke* mit Picard als Vorsitzendem und Caspar

Kulenkampff als seinem Stellvertreter. Am 9. Juni 1971 dann stellte der Ausschuss auf Grundlage seiner Ergebnisse den Antrag an den Bundestag, eine Enquete-Kommission zu beauftragen. Dieser wurde am 23. Juni 1971 angenommen. Schon am darauffolgenden Tag fand eine erste Besprechung beim Staatssekretär Ludwig von Manger-König statt, in der die weiteren Schritte geplant und besprochen wurden. Am 31. Juli 1971 erfolgte die konstituierende Sitzung der Sachverständigenkommission. Caspar Kulenkampff übernahm den Vorsitz, die Geschäftsführung wurde dem Verein *Aktion Psychisch Kranke* übertragen.

In den folgenden Jahren erarbeitete die Kommission ihren umfassenden Bericht und ihre Empfehlungen. Die Arbeit war keineswegs immer reibungs- und geräuschlos. Manche Akteure fühlten ihre Disziplinen unterrepräsentiert, andere fühlten sich persönlich marginalisiert oder zurück-



Aus: Die „brutale Realität“ sichtbar machen, 1970/71





Sternmarsch um 1980

gesetzt. Nicht über alle Schritte, Fragen und Pläne bestand Einigkeit. Auch war der Weg der Kommission durch einige Paradoxien gekennzeichnet. Beispielsweise entstammten die meisten Sachverständigen einem Universitäts- und Anstaltspsychiatriekontext, auch wenn sich nicht wenige dabei als Sozialpsychiater verstanden. Sie mussten ihr Verhältnis zur öffentlich ausgetragenen Psychiatriekritik der frühen 1970er Jahre ebenso klären wie zur sozialpsychiatrischen Bewegung (mit der *Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie*), zu weiteren neuen sozialen Bewegungen, engagierten Laien und anderen Berufsgruppen.

Dabei changierten sie zwischen der Sorge vor Bedeutungsverlust durch Aufgabe der alten Strukturen und dem Wunsch, die Veränderung gestaltend zu bestimmen. Konzeptionell fanden sie sich in der Spannung wieder, dass ein Ziel ihrer Reformbemühungen in der Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen und deren Gleichstellung mit somatisch Kranken bestand, sie gleichzeitig aber die soziale Perspektive auf die psychischen Krankheiten betonen wollten. Ein biologisches Krankheitskonzept und eine auf das Soziale zielende Therapieform schienen ihnen hier Gegensätze zu sein, die es in den Empfehlungen zu vereinbaren galt. Institutionell wiederum zielte die Kommission auf den Ausbau von Ambulanzen an Universitätskliniken, was niedergelassene Psychiater als Bedrohung ihrer Geschäftsgrundlage begriffen. Auch die Suche nach einem Kompromiss zwischen der Auflösung der bestehenden

Anstaltsstrukturen zu Gunsten einer Ambulantisierung und einer Neueinrichtung psychiatrischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern war schwierig. Diese Spannungen und Druck von Fachgesellschaften, die sich nicht repräsentiert fühlten, machten „Harmonisierungsgespräche“ in der Kommission nötig.

Der Bericht

Der Schlüssel, den die Kommission am Ende fand, um möglichst alle Interessen zu vereinen, war die Konzeption einer „gemeindenahen Psychiatrie“, die sowohl einen praktischen Ansatz bot als auch weniger radikal linkspolitisch erscheinen musste als eine explizite Fokussierung auf den Begriff „Sozialpsychiatrie“. Im November 1975 legte die Kommission ihren Abschlussbericht dem Bundestag vor. Ihr *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland* hatte es in sich. Er zielte mit der Gemeindenähe auf eine grundsätzliche Neuorientierung der Psychiatrie. Die zentralen Empfehlungen bestanden im Aufbau bedarfsgerechter gemeindenaher Strukturen für alle Betroffenen, Enthospitalisierung, Entstigmatisierung und der Etablierung ambulanter Dienste. So nahm der Bericht mit seiner Systemorientierung die Politik in die Pflicht. Er blieb allerdings vage in der Frage, wie genau die Umsetzung seiner Empfehlungen aussehen sollte. Auch war der Zeitpunkt für Forderungen nach einer umfassenden sozialpolitisch zu flankierenden Umgestaltung eines Bereichs des Gesundheitswesens nicht günstig. 1975 hatte die Bundesregierung vor allem mit wirtschaftlichen Problemen zu kämpfen. Die Zahl der Arbeitslosen hatte sich im Vergleich zum Vorjahr auf über eine Million verdoppelt, die Wirtschaftsleistung war (erstmals in der Geschichte der BRD) um 1,1% gefallen.

Entsprechend schmal und ernüchternd fiel die Reaktion der Bundesregierung aus. Die Bundesregierung beauftragte eine Planungsstudie zur Frage, wie die Vorschläge umgesetzt werden könnten und ließ sich dann vier Jahre Zeit. Die dann erfolgte Antwort auf den Bericht kulminierte in der Aussage, dass die Zuständigkeit für die Umsetzung der vorgeschlagenen Reformen bei den Ländern liege. Das Deutsche Ärzteblatt stellte 1979 entsprechend hämisch fest, die Enquete sei überflüssig gewesen. Ganz untätig blieb die Bundesregierung aber nicht. So passte sie beispielsweise 1976 die Reichsversicherungsordnung an die Bedürfnisse der Ambulantisierung an. Wichtiger war allerdings, dass sie ein Förderprogramm für Modellprojekte zur Umsetzung einer gemeindenahen Psychiatrie auflegte.

Es folgte ein großes mit 250 Millionen D-Mark geförder-tes Programm, das von 1980 bis 1985 lief. Es zielte auf die Erprobung der Vernetzung verschiedenster lokaler Dien-ste zur gemeindenahen Versorgung psychisch Kranker. Am Ende entstanden durch diese Initiative und durch folgende Aktionen auf Länder- und kommunaler Ebene zahlreiche sozialpsychiatrische Dienste, Tagesstätten, betreute Wohn-formen, Arbeitsprojekte und regionale Verbünde. Einige Länder legten auch kommunale Entwicklungspläne auf. Hinzu traten zivilgesellschaftliche Engagements für eine bessere Psychiatrie wie der 1976 gegründete *Dachverband Psychosozialer Hilfsvereinigungen e. V.* (heute *Dachverband Gemeindepsychiatrie*) oder der 1985 gegründete *Bundesver-band der Angehörigen psychisch Kranker e. V.*

Das 25. und das 50. Jubiläum

Auf diese Weise wurde bis zur Jahrtausendwende in der Psychiatriereform einiges erreicht. Zum 25-jährigen Jubi-läum der Übergabe des Enquete-Berichts zog die grüne Gesundheitsministerin Andrea Fischer entsprechend die Bilanz, es habe sich bei der Enquete um einen „Meilenstein in der Geschichte der Reformbewegung der psychiatrischen Versorgung“ gehandelt. Vieles, so hielt sie fest, sei erreicht worden auf dem Weg zum Ziel, „Menschen mit psychischen Erkrankungen in die Gesellschaft zurückzuholen“. Dazu zählte sie den Aufbau dezentraler sozialpsychiatrischer Dienste, die Einrichtung von Tageskliniken, die Halbierung der Bettenzahlen, eine verbesserte Personalausstattung und die Reduktion der stationären Behandlungszeiten. Von ei-nem „flächendeckend hohen Niveau in der Versorgung“ sei das Land aber „noch weit entfernt“ [2]. Das Deutsche Ärzte-blatt stellte analog in seiner Bilanz fest, die Reform sei „auf halbem Wege stecken geblieben“ [3].

Ähnlich ambivalent fallen trotz aller Fortschritte auf dem Weg der Reform auch heute kritische Evaluationen aus. Be-mängelt werden die fehlende Vernetzung einzelner Dienste, Personalmangel, fehlende Angebote, Überlastung, finanzia-elle Defizite, anhaltende Stigmatisierung von Betroffenen und eine unzureichende Flexibilität, auf besondere Prob-lemlagen reagieren zu können. Auch gesellschaftlich-kul-turelle Entwicklungen erzeugen Dilemmata im Reformpro-cess: Beispielsweise wird Sorge zunehmend in familiäre Strukturen verlagert oder als Selbstsorge individualisiert. Das ermächtigt zwar die Betroffenen, kann aber andershe-rum zu einer Verlagerung der tangiblen und intangiblen Kosten vom Sozialstaat auf die Betroffenen und ihre Fami-lien führen.

Trotz aller Ambivalenz mit Blick auf das Erreichte ist fest-zuhalten, dass die Psychiatrie-Enquete im Aufbruch und im Erinnern einen zentralen Ankerpunkt darstellt, psychiatri-sche Reformbewegungen in Deutschland zu bündeln und ihnen einen Referenzpunkt zu geben. Entsprechend bietet nun das 50-jährige Jubiläum die Chance, die Hauptanliegen der Reform ins Gedächtnis zu rufen: die Entstigmatisierung psychischer Krankheit und die Integration von Menschen mit psychischer Erkrankung in die Gesellschaft. Auch kann das Jubiläum der konzeptionellen Weiterentwicklung des eingeschlagenen Reformwegs dienen, mit der Erinnerung an praktische Komponenten wie die Erstellung und Um-setzung von Psychiatrieplänen, Gesetzen, die der Inklusion dienen, und die diesbezügliche Verantwortung von Län-dern, soziale Teilhabe zu ermöglichen. Der DGPPN kommt hier eine bedeutende Rolle als fachpolitische Beraterin und Mahnerin zu.

Autor

Prof. Dr. med. Heiner Fangerau

leitet als Medizinhistoriker und Medizin-ethiker das Institut für Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin an der Heinrich-Heine-Universität in Düsseldorf. Er war Vorsitzender der Unabhängigen Historischen Kommission zur Aufarbeitung der Geschichte der DGPPN im Zeitraum 1945 bis 1970.

Literatur

- [1] Dörre S (2021) Zwischen NS-„Euthanasie“ und Reformauf-bruch. Die psychiatrischen Fachgesellschaften im geteilten Deutschland. Springer
- [2] Fischer A (2001) Bilanz und Perspektiven der Psychiatrie-Reform. In: Aktion Psychisch Kranke (Hrsg) 25 Jahre Psychiatrie-Enquete. Bd. 1, Psychiatrie-Verlag
- [3] Bühring P (2001) Psychiatrie-Reform: Auf halbem Weg ste-cken geblieben: Deutsches Ärzteblatt 6: 301–307

 **Weitere Quellen zum Thema** | dgppn.de/publikationen/psyche-im-fokus.html

 **DGPPN Kongress 2025 | Lecture** Heiner Fangerau | Wende-punkt Psychiatrie-Enquete? | 26.11.2025 | 13:30–14:45 Uhr

 **DGPPN Kongress 2025 | Diskussionsforum** | 50 Jahre Psychiatrie-Enquete – ein Blick zurück nach vorn mit Zeitzeuginnen der Psychiatriereform | 28.11.2025 | 10:15–11:45 Uhr

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Reinhardtstraße 29 | 10117 Berlin
T 030 2404 772-0
E pressestelle@dgppn.de

Präsidentin
Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
(V.i.S.d.P.)

Registergericht:
VR 26854 B, Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg

Redaktion

Psyche im Fokus entsteht im Teamwork:
Julie Holzhausen (Leitung)
Theresa Decker | Katja John | Sandra Krüger | Julia Sander |
Tommy Stöckel | Franziska Taffelt | Nancy Thilo | Emilia von
Wedel | Robert Zeidler

Layout und Reinzeichnung

Irene Pranter

Auflage

13.000 Exemplare

Erscheinungsdatum

Oktober 2025

Design- und Gestaltungskonzept

wenkerottke.

Schlusskorrektur

Heide Frey

Druck

Buch- und Offsetdruckerei
H. HEENEMANN GmbH & Co. KG, Berlin



ABBILDUNGEN

S.4: freepick; S.6: freepick; S.10: 360b/Shutterstock; S.12: DGPPN/Claudia Burger;
S.13: Katharina Domschke: Britt Schilling, Heiner Fangerau: Michael Englert, Frank
Jessen: KVsG, Georg Schomerus: Stefan Straube, Universitätsklinikum Leipzig; S.14–15:
DGPPN/Theresa Decker; S.18–23: DGPPN/Kathrin Vogt; S.24: Jochen Steinmetz; S.25:
Medienzentrum des Universitätsklinikums Heidelberg; S.31: Aktionsbündnis Seelische
Gesundheit/Glow; S.38: LWL-Medienzentrum für Westfalen; S.40: picture alliance/SZ
Photo; S.41: Karl Klucken (Archiv- und Dokumentationszentrum LWL-Klinik Warstein);
S.42: Birgit Görres/Ludwig Janssen (Hrsg), 40 Jahre Psychiatrie-Enquete, 40 Jahre
Dachverband Gemeindepsychiatrie

DGPPN

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

Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 29
10117 Berlin
T 030 2404 772-0
F 030 2404 772-29
E sekretariat@dgppn.de

dgppn.de

5. März 2026

HAUPTSTADT SYMPOSIUM

Prävention von Gewalttaten

Alle Infos und Anmeldung auf
dgppn.de

ISSN 2749-1056 (Print)

ISSN 2749-2478 (Online)