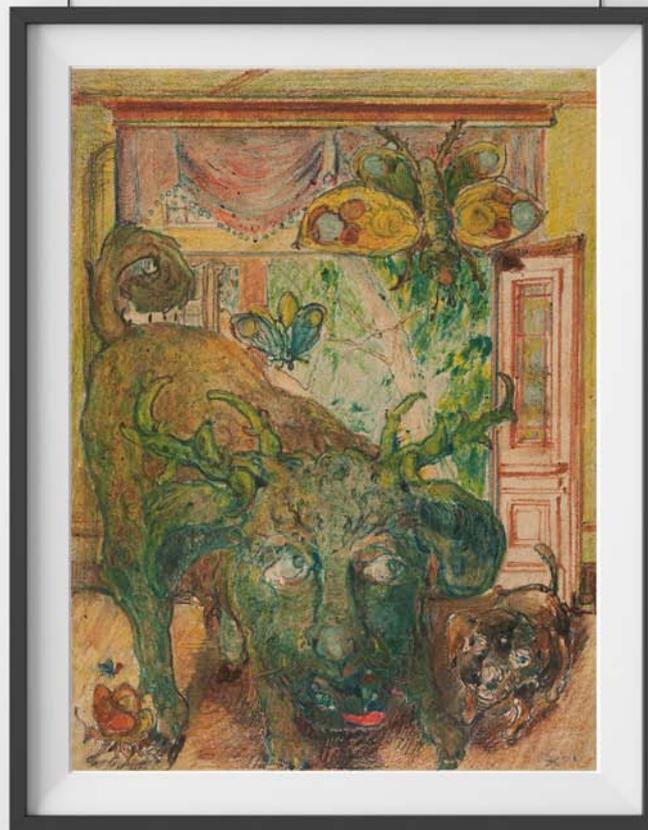


PSYCHE IM FOKUS

DAS MAGAZIN DER DGPPN



Franz Karl Bühler
Ohne Titel, zwischen 1909 und 1916
Sammlung Prinzhorn

Psychiatrie im Wandel der Zeit

DGPPN

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

[WWW.DGPPN.DE](http://www.dgppn.de)

PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT

Die Sammlung Prinzhorn:
Geschichte und Gegenwart der
Kunst von Psychiatriepatienten

UNTER VIER AUGEN

Die Psychiater Hanfried Helm-
chen und Wolfgang Maier über
die Wechselwirkungen zwischen
Psychiatrie und Zeitgeist

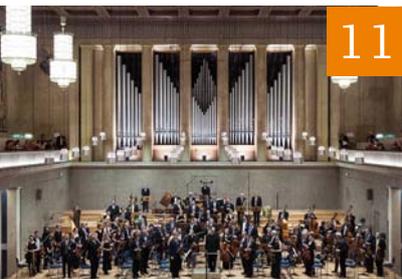
VON GESTERN FÜR HEUTE

Forschungsprojekt der DGPPN
zur Geschichte der psychiat-
risch-neurologischen Fachge-
sellschaften im Nationalsozia-
lismus

DIE THEMEN DIESER AUSGABE

26

**HAUPTSTADTSYMPOSIUM
VOM GESUNDHEITSWESEN
VERGESSEN? DEMENZKranKE IN
DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG**



11

VIBRATOAKZENT, BITTE!



15

UNTER VIER AUGEN



24

WANDERAUSSTELLUNG DER DGPPN

EDITORIAL

GESUNDHEITSPOLITIK

Arbeit für psychisch Kranke	2
Neues Forschungsnetz	4
Hilfsangebot für Kinder psychisch kranker Eltern	5
Patientenautonomie	
– aktuelle Fragen und Initiativen	5
Ärztlich assistierter Suizid	6
Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik	7

PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT

Das Museum Sammlung Prinzhorn	8
Porträt des Bayerischen Ärztetheaters	11
Epidemiologie der Suizidalität	13

UNTER VIER AUGEN

Wolfgang Maier im Gespräch mit Hanfried Helmchen	15
--	----

KONGRESS

Kongressausblick und Schwerpunkte	20
Kooperation mit Schweizer Akzent	22

VERANSTALTUNGEN

Eröffnung der Wanderausstellung	24
Hauptstadtsymposium zu Demenz	26

INSIDE DGPPN

Referate aktuell – Psychiatrische Pflege	27
Drei Vorstandsmitglieder im Profil	28

ZUKUNFT

Arbeiten in der eigenen Praxis	30
DGPPN Summer School 2014	31

VON GESTERN FÜR HEUTE

Psychiatrie zwischen Wissenschaft und Politik	32
---	----

PSYCHIATRIE UND PHILOSOPHIE

Medikalisierung sozialer Probleme	38
-----------------------------------	----

IMPRESSUM

HERAUSGEBER:

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

Reinhardtstraße 27 B
D-10117 Berlin

Tel.: 030.2404 772 0

Fax: 030.2404 772 29

E-Mail: pressestelle@dgppn.de

Präsident

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

Registergericht:

VR 26854 B, Amtsgericht Berlin
Charlottenburg

REDAKTION:

Dipl.-Biol. J. Amlacher,

J. Beutler, lic. phil.

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

Auflage:

8150 EXEMPLARE

ERSCHEINUNGSDATUM:

März 2014

ABBILDUNGEN:

FOTOLIA: S. 3 (Monkey Business), 5 (altamaka); 6 (Smailhodzic), 7 (contrastwerkstatt), 20/21 (BERLINPHOTOSO30), 22 (JWS), 26 (bilderstoeckchen); THINKSTOCK: Titelseite (iStock, Peshkova), S. 4 (iStock), 23 (iStock, Fedor Selivanov), 27 (iStock, herjua), 30 (iStock, AlexRaths), 41 (iStock, BerlinPictures); PHOTOCASE: Seite 31 (bit.it); Museum Sammlung Prinzhorn: Seite 8-10; Deutscher Bundestag: S. 24 (oben), 25 (rechtes Bild); BÄO Bayerisches Ärztetheater: Inhaltsbild oben und S. 11 (Johann Sarsamann); Familienarchiv Stellbrink: S. 25 (linkes Bild); Archiv der Max-Planck-Gesellschaft, Berlin-Dahlem: S. 33; picture alliance: S. 39; Carlotta Schneller: S. 15-19, 35; Ross Feldberg: S. 38

LAYOUT UND SATZ:

Timm Knoerr

SCHLUSSKORREKTUR:

Wortkultur | Dr. Ana Kugli

DRUCK:

Buch- und Offsetdruckerei

H. HEENEMANN GmbH & Co. KG,
Berlin

Titelseite:

Franz Karl Bühler, ohne Titel,
H 41,4 x B 31,9 cm, zwischen 1909 und 1916,
Fettkreide, gewischt und lavierte Kreide auf
Zeichenpapier, Sammlung Prinzhorn,
Inv. Nr. 2941.

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

In der Versorgung und Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen spüren wir als Psychiater und Psychiaterinnen täglich die Wechselwirkungen zwischen Arzt, Patient und den prägenden Zeitströmungen in Gesellschaft, Politik und Kultur. Dies erleben wir in den Debatten um Patientenautonomie und ärztlich assistierte Suizide genauso wie in den Fragen um die Finanzierung ärztlicher Leistungen und die Priorisierung im Gesundheitswesen. Insofern spiegeln sich die jeweiligen gesellschaftlichen Diskurse immer auch im Wandel des Umgangs mit psychischen Erkrankungen. Um diesen Wandel weiterhin im Sinne unserer Patientinnen und Patienten zu gestalten, bringt sich die DGPPN als engagierte Stimme für psychische Gesundheit ein.

Zu diesem Thema haben wir uns für das aktuelle Heft *Unter vier Augen* mit dem ehemaligen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde Hanfried Helmchen über die Rolle des Zeitgeistes in der Geschichte der Psychiatrie, Selbstbestimmung als prägendes Motiv unserer Zeit und das Gewissen des Arztes als moralische Instanz unterhalten. Dass Letzteres nicht immer ein verlässlicher Kompass in moralischen Entscheidungen ist, zeigt die Geschichte der Medizin während des Nationalsozialismus. Die DGPPN hat sich sehr für die Aufarbeitung dieses Kapitels der Psychiatriegeschichte engagiert und am 27. Januar 2014 die Wanderausstellung „erfasst, verfolgt, vernichtet“ zum Umgang mit kranken und behinderten Menschen im „Dritten Reich“ im Deutschen Bundestag eröffnet. Nun gibt der Bielefelder Historiker Hans-Walter Schmuhl in dieser Ausgabe erste Einblicke in die Ergebnisse eines Forschungsprojekts, das im Auftrag der DGPPN das Verhältnis der Vorläuferorganisationen der DGPPN und derer Repräsentanten zum nationalsozialistischen Regime in der Zeit zwischen 1933 und 1945 klären soll.

Lesen Sie außerdem in der aktuellen Ausgabe von *Psyche im Fokus*:

- Der Leiter des Museums Sammlung Prinzhorn an der Universitätsklinik Heidelberg, Thomas Röske, porträtiert die wohl größte Sammlung der Welt für Zeichnungen, Gemälde, Skulpturen und Textilarbeiten von Psychiatrieerfahrenen.
- Das Bayerische Ärzteorchester unter der Leitung von Reinhard Steinberg stellt sich vor. Auf dem DGPPN Kongress 2013 sorgte es mit Beethovens 1. Klavierkonzert für Begeisterung.
- Der Leiter des DGPPN-Referats Suizidologie Manfred Wolfersdorf präsentiert aktuelle epidemiologische Daten zu Suizidalität in Deutschland. Demnach wird Suizidalität zunehmend ein Problem des mittleren und vor allem des höheren Lebensalters.
- Der Ethnologe Stefan Beck beschreibt mit dem Begriff „Medikalisierung“, wie der Aufbau medizinischer Institutionen und die Etablierung eines rationalen Denkstils psychische Erkrankungen entstigmatisierte – jedoch zugleich ein spezifisches Verhältnis von Experten und Laien etablierte.

Viel Freude bei der Lektüre der aktuellen Ausgabe von *Psyche im Fokus* wünscht Ihnen Ihr

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier
Präsident DGPPN



CHANGEGLEICHHEIT

ARBEIT FÜR MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN ERKRANKUNGEN

Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung sind deutlich häufiger arbeitslos und berentet. Das zeigt eine aktuelle Analyse der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ sowie ihrem Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“. Dabei hat Arbeit oftmals einen wesentlichen Einfluss auf die Erhaltung der seelischen Gesundheit.

Wie können psychisch erkrankte Menschen geeignete Arbeit finden und diese – trotz ihrer Krankheit – bewältigen? Die Frage stand im Vordergrund einer gemeinsamen Fachveranstaltung der DGPPN und Gesundheitsstadt Berlin, die Anfang des Jahres in Berlin stattfand. Dabei diskutierten Expertinnen und Experten gemeinsam mit Politikern, Arbeitgebern, Betroffenen und Angehörigen vor über 160 Teilnehmerinnen und Teilnehmern über Chancen für Menschen mit psychischen Erkrankungen auf dem Arbeitsmarkt.

DEUTLICH HÄUFIGER ARBEITSLOS UND BERENTET

Psychische Erkrankungen können einschneidende Folgen auf den Alltag von Betroffenen haben, auch das Arbeitsleben ist davon berührt. Wie eng das Ge-

flecht zwischen Arbeit und Gesundheit verwoben ist, zeigt eine aktuelle Auswertung der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1; Robert Koch-Institut) und ihrem Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH), die auf der Fachveranstaltung vorgestellt wurde. Sie untersucht, inwiefern unter den 18- bis 65-jährigen psychische Erkrankungen mit einem geringeren Berufsstatus bzw. keiner Erwerbstätigkeit (geringfügige Beschäftigung, Arbeitslosigkeit, Frühberentung) einhergehen. Die vorgestellten Daten sind eindeutig: Menschen mit psychischen Erkrankungen sind deutlich häufiger arbeitslos und berentet – in Abhängigkeit von Schweregrad, Altersgruppe und Geschlecht um Faktor 2 bis 15. Dabei ist zu beachten, dass Arbeitslosigkeit wiederum einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit hat.

BESONDERE MASSNAHMEN ZUR INTEGRATION NOTWENDIG

Entgegen dem vielfach herrschenden Eindruck ist es aber keineswegs so, dass psychische Erkrankungen in den letzten Jahren zugenommen haben. Vielmehr ist die Arbeitswelt gerade für psychisch schwer erkrankte Menschen weniger passfähig geworden. Für sie sind besondere Maßnahmen zur (Re-)Integration in das Berufsleben notwendig. Dabei hat Arbeit oftmals einen wesentlichen Einfluss auf die seelische Gesundheit. Sie bedeutet für Menschen mit einer psychischen Erkrankung, dass der Alltag einen stabilen Rhythmus und Struktur bekommt. Auch kann sie zur psychosozialen Stabilisierung beitragen, weil sie das Selbstwertgefühl stärkt, regelmäßige soziale Kontakte ermöglicht und das Gefühl gesellschaftlicher Integration vermittelt.

HINTERGRUND

Die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1; Robert Koch-Institut) und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH) erlauben erstmals seit dem 15 Jahre zurückliegenden Bundesgesundheitsurvey (BGS98) aktuelle Abschätzungen zu Morbidität, Einschränkungsprofilen und Inanspruchnahmeverhalten der deutschen Erwachsenen im Alter von 18 bis 79 Jahren. Es werden die wichtigsten

Ergebnisse zu Prävalenzen psychischer Störungen, zu damit assoziierten Beeinträchtigungen sowie zu Kontaktraten mit Gesundheitsdiensten berichtet. Die eigentliche Auswertung von DEGS1-MH jenseits der üblichen Berichterstattung hat soeben erst begonnen. Zentral für die zukünftigen Auswertungen ist die Koppelung der umfangreichen DEGS1-MH-Daten mit der noch umfangreicheren DEGS1-Hauptuntersuchung.

WERKSTATT FÜR BEHINDERTE ALS AUFFANGBECKEN?

Menschen, die aufgrund einer psychischen Beeinträchtigung aus dem Erwerbsleben ausscheiden oder gar nicht erst in Arbeit kommen, bleibt derzeit als Beschäftigungsoption oft eine Werkstatt für behinderte Menschen. Dieser zum Arbeitsmarkt parallele Sektor fungiert für immer mehr Betroffene als Auffangbecken. Im Jahr 2013 waren bundesweit in den Einrichtungen der Bundesarbeitsgemeinschaft Werkstätten für behinderte Menschen (BAG WfbM) 59.236 Menschen mit psychischer Beeinträchtigung beschäftigt (20 % aller Beschäftigten),



Ein gut strukturierter Arbeitsalltag kann psychisch Erkrankten helfen, besser mit der Krankheit zurechtzukommen.

2006 waren es noch 42.052 (17 %). Diese Statistiken belegen, dass die Integration psychisch Kranker in den ersten Arbeitsmarkt mit den gegenwärtigen Förderinstrumenten nicht gelingt. Darüber hinaus wird auch das Ziel ihrer gesellschaftlichen Inklusion durch die Be-

schäftigung in einer Werkstatt für Behinderte verfehlt. Im Fachgespräch waren sich die Experten einig, dass sich eine optimale Beschäftigungsperspektive nur zusammen mit dem oder der Betroffenen und der Arbeitsstelle finden lässt. Derzeit besteht jedoch ein Defizit

im Angebot und der Information, welche Instrumente (z. B. Supported Employment, siehe Box) regional zur Unterstützung am Arbeitsplatz verfügbar sind.

DIE FORDERUNGEN DER DGPPN

Als eine der ersten Nationen hat Deutschland 2007 das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN BRK) unterzeichnet. Diese verbrieft das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen. Die Chancen, die eine regelhafte Beschäftigung für psychisch Kranke bietet, bleiben indes ungenutzt. Aus Sicht der DGPPN muss die stärkere Integration von Menschen mit einer psychischen Behinderung eine höhere gesellschaftliche Priorität erfahren. Wie die Integration besonders von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen auf dem ersten Ar-

beitsmarkt funktionieren kann, zeigt der internationale Vergleich. Psychisch Kranke werden in Begleitung eines Jobcoaches direkt auf dem ersten Arbeitsmarkt platziert. Diese sogenannten Supported Employment Ansätze haben in wissenschaftlichen Studien ihre Überlegenheit gegenüber den traditionellen arbeitsrehabilitativen Ansätzen auch für den deutschsprachigen Raum belegt. Um die berufliche Situation psychisch kranker Menschen zu verbessern, müssen auch in Deutschland neue innovative Wege gegangen werden. Supported Employment eröffnet hier besondere Chancen, psychisch Kranke in Beschäftigung zu bringen.

Chancen für Menschen mit psychischen Erkrankungen auf dem Arbeitsmarkt verbessern

Lesen Sie die vollständige Pressemitteilung der DGPPN auf www.dgppn.de > Presse > Pressemitteilungen.

FORSCHUNG

NEUES FORSCHUNGSNETZ FÜR PSYCHISCHE ERKRANKUNGEN

Die Bundesregierung nimmt die Forderungen der DGPPN endlich ernst und fördert die Erforschung psychischer Erkrankungen. Dazu fließen ab Sommer 2014 bis 2018 insgesamt 35 Millionen Euro in ein neues Forschungsnetz aus neun Verbundprojekten, die von sieben universitären Standorten in Deutschland koordiniert werden.

Psychische Erkrankungen können jeden treffen. Sie gehören zu den häufigsten Krankheitsbildern und sind oftmals sehr belastend. Auch Angehörige leiden unter der Situation. Dank der Fortschritte in der Forschung lassen sich heute fast alle psychischen Erkrankungen so behandeln, dass es zu deutlichen Besserungen oder Gesundheit kommt und eine Teilhabe am Alltag wieder möglich wird. Doch nicht alle Patienten werden dabei symptomfrei:

20 % der Menschen, die an einer Depression leiden, haben dauerhaft Symptome. Menschen mit schweren Psychosen leiden zu über 50 % an überdauernden Einschränkungen im privaten und beruflichen Leben.

HOHE VERSORGUNGSRELEVANZ

Psychisch erkrankte Menschen sind daher darauf angewiesen, dass wir ihre Erkrankungen noch besser verstehen. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fördert deshalb ein neues Forschungsnetz zu psychischen Erkrankungen. Zentrales Ziel ist die Ent-

wicklung von diagnostischen, therapeutischen und präventiven Konzepten auf Basis von aktuellem Wissen über die Krankheitsentstehung und deren Mechanismen zum Inhalt. Neue oder bislang nicht ausreichend validierte Ansätze sollen auf ihre Wirksamkeit hin untersucht werden und deren Erprobung in der Praxis für eine hohe Versorgungsrelevanz sorgen. Das Forschungsnetz, für das das BMBF bis zu 35 Millionen Euro bereitstellt, wird ab Sommer 2014 seine Arbeit aufnehmen.



Das Forschungsnetz wird mit 35 Millionen Euro gefördert.

HINTERGRUND

Das Forschungsnetz deckt psychische Erkrankungen mit sehr hoher Krankheitslast ab. Insgesamt 30 Forschungseinrichtungen werden zusammenarbeiten. Folgende Schwerpunkte und universitäre Standorte wurden festgelegt:

- Schizophrenie, Prof. Andreas Meyer-Lindenberg, ZI Mannheim
- Depression, Prof. Rainer Rupprecht, Universität Regensburg
- Bipolare Störungen, Prof. Michael Bauer, TU Dresden
- Angsterkrankungen, Prof. Hans-Ulrich Wittchen, TU Dresden
- Suchterkrankungen, Prof. Andreas Heinz, Charité, HU Berlin
- ADHS, Prof. Tobias Banaschewski, ZI Mannheim
- Autismusstörungen, PD Dr. Inge Kamp-Becker, Universität Marburg
- Psychotische Störungen, Prof. Frank Schneider, RWTH Aachen
- Krankheitsübergreifende Therapien, PD Dr. Frank Padberg, LMU München

Ein Schritt in die richtige Richtung

Lesen Sie die vollständige Pressemitteilung der DGPPN auf www.dgppn.de > Presse > Pressemitteilungen.

DIE FORDERUNGEN DER DGPPN

Die DGPPN begrüßt die Entscheidung des BMBF, ein neues Forschungsnetz für psychische Erkrankungen aufzubauen. Um neue Präventionsstrategien und Therapieverfahren entwickeln zu können und für die Praxis nutzbar zu machen, müssen Ursachen und Verlauf dieser Erkrankungen noch besser erforscht werden. Aus Sicht der Fachgesellschaft müssen die Bestrebungen allerdings auch langfristig angelegt und umgesetzt werden. Die zunehmende Be-

deutung psychischer Erkrankungen erfordert die Bündelung der verfügbaren Kräfte in Gesundheitsforschungszentren, wie sie die Bundesregierung für die somatischen „Volkskrankheiten“ längst ins Leben gerufen hat. Die Forschungsförderung des Bundes sollte deshalb in eine nachhaltige strukturelle Förderung in einem Deutschen Zentrum für psychische und psychosomatische Erkrankungen (DZP) münden.

VERSORGUNG

KINDER PSYCHISCH KRANKER ELTERN BENÖTIGEN FLÄCHENDECKENDE HILFSANGEBOTE

Kinder und Familien mit psychisch kranken Eltern stehen vor besonderen Herausforderungen. Doch wenn es darum geht, ihnen in dieser Situation zu helfen, fehlt es in Deutschland an übergreifenden und flächendeckenden Angeboten. Deshalb unterstützen die Fachgesellschaften und Berufsverbände der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Erwachsenen-Psychiatrie und -Psychotherapie einen Antrag auf Einrichtung einer Sachverständigenkommission, der beim Familienausschuss und Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages eingereicht wurde.

Etwa drei Millionen Kinder wachsen in Deutschland in Familien mit einem psychisch kranken Elternteil auf – eine Situation, die sich häufig auch auf ihre eigene Entwicklung auswirkt. Kinder psychisch kranker Eltern leiden oftmals selbst an einer psychischen Störung. Bei rund der Hälfte der Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie liegen bei den Eltern psychische Störungen vor. Für die Eltern ist die Situation ebenfalls belastend: Sie machen sich große Sorgen um ihre Kinder, kennen aber oftmals die Beratungsangebote nicht oder nehmen diese aus Sorge vor Stigmatisierung und Bevormundung nicht wahr.

STRUKTURELLE VERÄNDERUNGEN NOTWENDIG

In einer gemeinsamen Stellungnahme unterstützen die kinder- und jugend-

wie die erwachsenen-psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachgesellschaften und Berufsverbände DGKJP, BAG, BKJPP, APK, Marcé Gesellschaft, DGPPN sowie BVDN und BVDP die Forderung nach der Einsetzung einer Sachverständigenkommission für „Hilfen für Kinder und Familien mit psychisch kranken Eltern“. Gleichzeitig bedarf es aus ihrer Sicht dringend struktureller Veränderungen, damit Kinder mit psychisch kranken Eltern besser betreut und unterstützt werden. Standards in der Versorgung sind flächendeckend zu entwickeln, umzusetzen und in die Regelversorgung zu integrieren. Zu einer umfassenden Versorgung gehören auch altersspezifische Angebote und neue Versorgungsmodelle wie Hometreatment-Angebote. Die Zusammenarbeit der beteiligten Professionen soll strukturell angelegt und finanziell abgesichert sein.



Kinder mit psychisch kranken Eltern sind oftmals großen Belastungen ausgesetzt.

ETHIK

PATIENTENAUTONOMIE – AKTUELLE FRAGEN UND INITIATIVEN

Freiheit und Selbstbestimmung sind zweifellos Grundpfeiler des Selbstverständnisses unserer Gesellschaft. Und doch gibt es Situationen, in denen die Fürsorgepflichten des Arztes mit den Selbstbestimmungsrechten von Patienten in Konflikt treten. Wie in keinem zweiten medizinischen Fachbereich sind die in der Psychiatrie Tätigen mit Fragen zur Patientenautonomie konfrontiert.

Im Frühjahr 2013 haben DGPPN, ACKPA und BDK nach vorangegangenen einzelnen Arbeitsgruppen eine gemeinsame Task Force zum Thema Pati-

entenautonomie gegründet. Anlass zur Gründung dieser Task Force waren die öffentlichen Diskussionen zur Behandlung einwilligungsunfähiger Patienten

und die Veränderungen der rechtlichen Situation in den letzten Jahren.

Weiter auf nächster Seite >>>



Patientenautonomie: Die DGPPN möchte in diesem komplexen Bereich offene Fragen klären und gleichzeitig Verfahrensgrundsätze entwickeln.

Die DGPPN möchte zusammen mit den Klinikverbänden ihren Mitgliedern in diesem komplexen Bereich Unterstützung bieten, offene Fragen klären und gleichzeitig Verfahrensgrundsätze entwickeln, die auch für die noch anstehenden gesetzlichen Veränderungen, vor allem der Unterbringungs- und Psychiatriegesetze in den Ländern, als Leitfaden dienen können.

Abgeschlossen ist bereits die Arbeit an einer Orientierungshilfe zur Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit, die den Fachärzten in Kürze zur Verfügung gestellt wird. Mit dem Fernziel, eine bundeseinheitliche Erfassung von freiheitsentziehenden Maßnahmen und Zwangsbehandlungen durchzusetzen, wird derzeit ein Erfassungsinstrument in einigen Kliniken erprobt. Schließlich wurden Eckpunkte zur Neugestaltung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in

psychiatrischen Krankenhäusern entworfen, die aktuell weiterer Diskussion und Abstimmung, insbesondere mit der Task Force Ethik der DGPPN, bedürfen.

ANSPRECHPARTNER

Prof. Dr. med. Arno Deister
psychiatrie@kh-itzehoe.de

Prof. Dr. med. Peter Falkai
peter.falkai@med.uni-muenchen.de

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer
thomas.pollmaecher@klinikum-ingolstadt.de

STANDESETHIK

ÄRZTLICH ASSISTIERTER SUIZID

Der überwiegende Anteil an Selbsttötungen und Selbsttötungsversuchen geht ursächlich auf psychische Erkrankungen zurück, beispielsweise auf Wahnzustände oder schwere depressive Erkrankungen.

Dementsprechend spielt die Behandlung von Suizidalität und die Suizidprävention in der psychiatrischen Praxis eine besonders große Rolle: Ärzte möchten zum Leben verhelfen und nicht zum Tode.

Auch wenn die Beihilfe zum Suizid durch Ärzte in Deutschland nicht mit strafrechtlichen Konsequenzen belegt ist, so wird diese Möglichkeit in der Praxis aufgrund des ärztlichen Standesrechts kaum genutzt. Dieses untersagt Ärzten in vielen Bundesländern, bei Selbsttötungen zu assistieren. Hierzu hat der Deutsche Ärztetag im Jahre 2011 ein eindeutiges Verbot in der Musterberufsordnung verankert. Und doch wird das Verbot auch unter Ärzten kontrovers diskutiert. In der Konsequenz haben einige Landesärztekam-

mern, etwa die von Bayern, Berlin und Westfalen das von der Musterberufsordnung vorgesehene Verbot in ihre Berufsordnungen nicht übernommen bzw. so abgeschwächt, dass es nur noch Appellfunktion übernimmt. Damit ist die praktische Umsetzung des Verbots wesentlich eingeschränkt.

Kaum strittig ist hingegen, dass die zunehmenden Gründungen von Vereinen, die mit oder ohne Gewinnorientierung, organisierte Beihilfe zum Suizid leisten, eine besorgniserregende Entwicklung darstellen. Die DGPPN hat-

te in der Vergangenheit die Haltung der Deutschen Gesellschaft für Suizidprävention (DGS) und des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland (NaSPro) ausdrücklich unterstützt, die sich gegen die an Gewinn orientierte und die organisierte, das heißt geschäftsmäßige Form der Suizidbeihilfe ausgesprochen hatten. Momentan beruft die DGPPN eine Gesprächsrunde ein, die eine eigene Position zum ärztlich assistierten Suizid erarbeiten wird.

ENTGELTSYSTEM PSYCHIATRIE UND PSYCHOSOMATIK

VERLÄNGERUNG DER BUDGETNEUTRALEN OPTIONSPHASE UNBEDINGT ERFORDERLICH

Ab 2015 sollen in Deutschland alle psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken mit dem neuen pauschalierenden Entgeltsystem (PEPP) abrechnen. Ärzte, Pflegefachpersonal, Patienten und Angehörige befürchten, dass sich ökonomische Fehlanreize negativ auf die Versorgung psychisch erkrankter Menschen auswirken. Sie fordern eine Verlängerung der budgetneutralen Optionsphase, um die erforderlichen Korrekturen am Entgeltsystem erarbeiten und umsetzen zu können.

Besonders problematisch am pauschalierenden Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik ist die verweildauerabhängige degressive Vergütung: Je länger ein Patient im Krankenhaus behandelt wird, desto weniger Geld steht den Kliniken für die Behandlung des Patienten pro Tag zur Verfügung – unabhängig von Krankheit und Heilungsverlauf. Eine solche Degression widerspricht der Versorgungsrealität. Individuelle Schwankungen des Behandlungsverlaufs werden nicht abgebildet. Dadurch ist die Qualität des Versorgungssystems für Menschen mit psychischen Erkrankungen nachhaltig gefährdet, besonders längerfristig aufwendige Patientengruppen werden benachteiligt: Die PEPP-Entgelte werden ihren besonderen Bedürfnissen in keiner Weise gerecht. Eine Verlängerung der budgetneutralen Optionsphase ist dringend notwendig, um die erforderlichen Korrekturen am Entgeltsystem zu erarbeiten und umzusetzen.

PETITION FINDET MEHR ALS 43.000 UNTERSTÜTZER

Die DGPPN unterstützte deshalb gemeinsam mit weiteren Fach-, Angehörigen- und Betroffenenverbänden eine Petition des Selbsthilfevereins Psychiatrie-Erfahrener Pandora, welche forderte, PEPP frühestens 2017 verbindlich einzuführen. Die so gewonnene Zeit sollen Krankenhaus- und Krankenkassenvertreter dafür nutzen, sachgerechte Alternativen zu entwickeln. Die Petition hat in-

nerhalb kurzer Zeit insgesamt mehr als 43.000 Unterstützer gefunden. Auch wenn die Petition nicht die erforderliche Anzahl von 50.000 Unterschriften erreicht hat, hat sie ein deutliches Signal gesetzt. Auf Antrag der Linken diskutierte der Bundestag das Thema, wobei die Oppositionsparteien die Forderungen der Petition unterstützten.

MACHBARKEITSSTUDIE DER DGPPN

Dass es Alternativen zur derzeitigen Kalkulationssystematik gibt, hat die DGPPN in einer Machbarkeitsstudie zusammen mit 6 Kliniken aufgezeigt. Diese belegt, dass ein neues Entgeltsystem auch auf der Basis einer echten Tageskalkulation (TEPPkonkret) mit einer Zuordnung der Kosten pro Tag und pro Patient möglich ist. Die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie waren so überzeugend, dass die Organe der Selbstverwaltung (Deutsche Krankenhausgesellschaft und GKV-Spitzenverband) das InEK beauftragt haben zu prüfen, inwieweit eine Tageskalkulation möglich ist. Die Ergebnisse des Prüfauftrags des InEK werden zurzeit in der Selbstverwaltung und im Dialog mit den Fachgesellschaften und Verbänden diskutiert.

WEITERES VORGEHEN

Trotz der grundsätzlichen Kritik der DGPPN an den bisherigen Ergebnissen des Kalkulationsverfahrens arbeitet die DGPPN zusammen mit den ande-



Die Petition, welche eine Verlängerung der Optionsphase forderte, fand über 43.000 Unterstützer.

ren Fachgesellschaften und Verbänden weiterhin daran, die vorhandenen OPS zu modifizieren und ggf. bessere Kostentrenner vorzuschlagen. Die Bündelung der Vorschläge erfolgt in einer speziell eingerichteten Plattform Entgelt, die von der DGPPN unter der Leitung von Dr. Iris Hauth, President Elect der DGPPN, moderiert wird.

Für die nächsten Wochen und Monate wird es aber wesentlich sein, weiterhin die Organe der Selbstverwaltung, speziell die Deutsche Krankenhausgesellschaft und vor allem die verantwortlichen Politiker aus Gesundheitsausschuss und Bundesministerium für Gesundheit davon zu überzeugen, das Kalkulationsverfahren zu modifizieren und vor allem, um eine sachgerechte Weiterentwicklung zu garantieren, die Optionsphase für zwei Jahre zu verlängern.

KUNST UND PSYCHIATRIE

DAS MUSEUM SAMMLUNG PRINZHORN IN HEIDELBERG

Die Sammlung Prinzhorn an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg ist seit 2001 ein Museum für künstlerische Werke vorwiegend von Psychiatrieerfahrenen. Ihr kostbarster Besitz sind mehr als 6000 Zeichnungen, Gemälde, Skulpturen und Textilarbeiten, die zum Großteil nach dem Ersten Weltkrieg von einer Vielzahl psychiatrischer Anstalten, Kliniken und Sanatorien vor allem deutschsprachiger Länder nach Heidelberg geschickt wurden – auf einen Aufruf des Kunsthistorikers und Mediziners Hans Prinzhorn (1886-1933) hin.

Autor: Thomas Röske



Die Sammlung Prinzhorn ist in einem ehemaligen Hörsaal der Neurologie aus dem späten 19. Jahrhundert untergebracht.

Hans Prinzhorn war 1919 als Assistenzarzt nach Heidelberg berufen worden, um eine bereits bestehende kleine „Lehrsammlung“ zu erweitern und in einer wissenschaftlichen Studie auszuwerten. Sein Buch „Bildnerie der Geisteskranken“ erschien 1922, ein Jahr, nachdem er die Klinik verlassen hatte. Der für die Zeit ungewöhnlich prachtvolle Band enthielt nicht nur die umfangreichste Erörterung von Fragestellungen um „Irrenkunst“; er machte das Gebiet mit seinen 187 zum Teil farbigen Abbildungen auch erstmals für ein großes Publikum sichtbar. Als „Klassiker“ wurde das Buch bis heute mehrfach wiederaufgelegt und in vier Sprachen übersetzt.

In der Nazi-Zeit wurde die Sammlung missbraucht als Vergleichsmaterial für die Feme-Ausstellung „Entartete Kunst“, die seit 1937 durch Deutschland tourte. Nach dem Weltkrieg

war sie wenig beachtet, bis 1963 der Ausstellungsmacher Harald Szeemann zum ersten Mal eine große Werkauswahl in der Berner Kunsthalle zeigte. Danach kümmerte sich auch die Heidelberger Klinik mehr um den so besonderen Fundus. Als Kustodin setzte man schließlich die Psychiaterin Inge Jarcho (später Jádi) ein, und seit den späten 70er Jahren wurden die Werke mit Unterstützung der Volkswagenstiftung konserviert, restauriert und für Ausstellungen aufbereitet. Eine Wanderausstellung, die 1980/81 in zahlreichen deutschen Städten zu sehen war, machte die Sammlung wieder bekannt, weitere Ausstellungen in Europa und den USA folgten. Doch erst 80 Jahre nach Prinzhorns Weggang von der Psychiatrischen Klinik 1921 wurde der eigene Museumsbau eröffnet.



Pro Jahr werden im Heidelberger Museum zwei bis drei thematische Ausstellungen ausgerichtet.

DAS MUSEUM

Die Sammlung Prinzhorn ist, stimmig für den historischen Fundus, in einem ehemaligen Hörsaal der Neurologie aus dem späten 19. Jahrhundert untergebracht, der von dem Wiener Architekten Johann Kräftner für den neuen Zweck umgebaut wurde. Die Maßnahme hat die Psychiatrische Universitätsklinik finanziert, die – als Klinik für allgemeine Psychiatrie – bis heute auch die Personalkosten und ein schmales Sachmittelbudget trägt. Das ist nicht nur im weltweit hohen Ansehen der Sammlung begründet, sondern auch in der traditionell geistesgeschichtlichen Ausrichtung der Heidelberger Klinik, an der Persönlichkeiten wie Karl Jaspers und Viktor von Weizsäcker gewirkt haben.

Jährlich werden im Heidelberger Museum zwei bis drei thematische Ausstellungen ausgerichtet, wobei das Erschließen der historischen Sammlung und damit sozial- und kunstgeschichtliche Aspekte im Vordergrund stehen: „Todesursache Euthanasie. Verdeckte Morde in der NS-Zeit“, „Irre ist weiblich. Künstlerische Interventionen von Frauen in der Psychiatrie um 1900“, „Expressionismus und Wahnsinn“, „Surrealismus und Wahnsinn“ oder „Der Luftwebstuhl und andere gefährliche Beeinflussungsmaschinen“. Die meisten Ausstellungen werden von Katalogen begleitet, die neue Materialien und

wissenschaftliche Aufsätze enthalten. Die Verantwortlichen – derzeit mittlerweile durchweg Kunsthistoriker – verstehen die Sammlung Prinzhorn nicht nur als Museum und Ausstellungshaus, sondern auch als universitäre Forschungseinrichtung. Interdisziplinär besetzte Arbeitsgruppen, die verschiedene Ausstellungen vorbereiten, gehören deshalb ebenso zu den Aktivitäten wie fachübergreifende Tagungen und Vortragsreihen, Seminare sowie das Beraten und Unterstützen von Master- und Doktorarbeiten und anderer wissenschaftlicher Projekte über Künstler und Aspekte der Sammlung. Eine eigene Ausstellungsreihe stellt zudem „künstlerische Forschung“ vor, kreative Reaktionen von bildenden Künstlern und Komponisten auf Werke der Sammlung.

Doch nicht nur die Sicht auf den historischen Bestand und der Umgang damit haben sich seit Prinzhorn geändert. Seit der Heidelberger Fundus erneut ein Begriff geworden ist – zunächst, von den 60er Jahren an, unter dem Namen „Prinzhorn-Sammlung“, seit 2001 als „Sammlung Prinzhorn“ – wächst er auch wieder, wenn auch weniger systematisch als 1919 bis 1921. Es sind Annexe durch Dauerleihgaben und Schenkungen entstanden, oft gleich ganzer Konvolute, die manchmal sogar umfangreicher sind als die historische Sammlung. Insgesamt umfasst der Museumsbestand mittlerweile etwa 20.000 Werke.

„OUTSIDER ART“

Heute werden die Werke der Sammlung Prinzhorn der so genannten Outsider Art subsumiert. Outsider Art wählte ein Verlag 1972 als Titel für ein Buch des Literaturwissenschaftlers Roger Cardinal, in dem Art brut („Rohe Kunst“) englischsprachigem Publikum nahegebracht werden sollte. Mit diesem Terminus bezeichnete der französische Künstler Jean Dubuffet (1901-1985) seit 1945 Artefakte von eigenbrötlerischen Laien am Rande der Gesellschaft, die jenseits aktueller Kunstströmungen einer ganz eigenen, zumeist gegenständlichen, „primitiven“ Formsprache folgen. Über die Jahre trug Dubuffet eine große Sammlung dieser Art zusammen, wobei den Kern Werke von Psychiatriepatienten bilden. 1976 fand sie als „Collection de l'Art brut“ ihre endgültige Bleibe in einem kleinen Schloss der Stadt Lausanne.



Karl Genzel, *Gebärender Christus*, H 36,1 cm x 30,0 cm, T 16,5 cm, undatiert, Holz, lasiert, Sammlung Prinzhorn, Inv. Nr. 147.

Aufgrund seiner anderen Perspektive (auf den Produzenten statt auf das Werk), aber auch wegen seiner Verwendung innerhalb der vielfältigeren amerikanischen Kunstlandschaft hat sich der Begriff Outsider Art schnell von dem der Art brut emanzipiert zu einem veritablen Umbrella Term. Er umfasst so genannte Contemporary Folk Art, skurrile Werke, die US-amerikanische Bürger in ihrer Freizeit zum Ausschmücken ihres Vorgartens herstellen, ebenso wie Kunst von ethnischen Minderheiten. In den USA ist denn auch die Zahl der auf Outsider Art spezialisierten Galerien stetig gewachsen, und seit 20 Jahren findet jeden Januar in New York eine eigene Outsider Art Fair statt. In Europa konzentrieren sich inzwischen einige Galerien ebenfalls auf diese Art von Kunst; die vor ein paar Jahren geschasste „Cologne Art Fair“ hatte sogar einen entsprechenden Schwerpunkt. Aber der Markt und damit die Preise sind deutlich andere in der Alten Welt.



Josef Forster, *ohne Titel [Mann ohne Schwerkraft]*, H 35,4 x 22,1 cm, zwischen 1916 und 1921, Mischtechnik auf Pape, Sammlung Prinzhorn, Inv. Nr. 4494.

Für Enthusiasten der Outsider Art ist die Sammlung Prinzhorn ebenso wie die Collection de l'Art brut Pilgerstätte. Das erklärt, warum das Publikum des Museums auffällig international ist und viele Besucher sogar aus Übersee vor allem wegen der Sammlung Prinzhorn nach Heidelberg kommen.

Das kleine Team des Museums wird dabei nicht nur durch die Aufgaben am Haus selbst beschäftigt, sondern auch zunehmend durch Anfragen anderer Museen, die entweder ganze Ausstellungen übernehmen wollen oder Konvolute für eigene Schauen leihen. Darüber hinaus ist die Sammlung Prinzhorn vernetzt mit anderen Museen für Outsider Art in und außerhalb Europas.

Weitere Informationen bietet die Homepage:
www.prinzhorn.uni-hd.de.

DR. PHIL. THOMAS RÖSKE

Leiter Sammlung Prinzhorn, Heidelberg

PORTRÄT DES BÄO BAYERISCHES ÄRZTEORCHESTER

VIBRATOAKZENT, BITTE!

1967 fanden sich unter der Leitung des klassikbegeisterten Reinhard Steinberg einige Münchner Medizinstudenten zusammen, um ein neues Orchester ins Leben zu rufen. Seither ist der Aufstieg des BÄO Bayerisches Ärzteorchester nicht mehr zu bremsen. Auf dem DGPPN Kongress 2013 sorgte es mit Beethovens 1. Klavierkonzert, gespielt von Rainer Rupprecht, für Begeisterung.

Autor: Reinhard Steinberg

In Schloss Craheim, Unterfranken, wo die jährlichen Arbeitsphasen des BÄO stattfinden, schließen die Musiker Wetten ab: Wie lange braucht Dirigent Reinhard Steinberg, bis er den „Vibratoakzent“ einfordert? Meist brauchen sie weniger als zweieinhalb Probenstunden darauf zu warten. Worum geht es beim Vibratoakzent? Wie immer in der Musik: um Dynamik, Agogik, Art der Tongebung, um die gemeinsame Aktion. Der Vibratoakzent erleichtert und vereinheitlicht – wo erforderlich – das Anschwingen des Tones. „Senza vibrato“ spielt das BÄO selten, da es sich mehr auf Werke von Bruckner, Brahms, Schostakowitsch etc. konzentriert. Das hat mit der Größe des romantischen Symphonieorchesters zu tun. Für die Arbeitsphasen melden sich von 180 BÄO-Mitgliedern jeweils rund 100 an – womit die Besetzung und die Stilrichtung bestimmt ist: Werke der Moderne und Romantik funktionieren sehr gut, in der Klassik lässt sich gerade noch Beethoven spielen, für Mozart und Barock ist das Orchester zu groß.

DER ANFANG: 22 KOMMILITONEN

Gegründet wurde das Orchester 1967 vom medizinischen Erstsemester Reinhard Steinberg mit 22 Kommilitonen der

Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) und der Technischen Universität (TU) als „Orchester Münchner Medizinstudenten“. Das Werbeplakat von damals spiegelt den Zeitgeist der 68er-Jahre: „Musik kotzt an – uns nicht. Wir spielen Bach bis Bartok“. Die Intention ist klar: Nicht beharren auf konservativer Gesinnung, sondern Aufbruchsstimmung, hinein in neue und wichtige Lebensaktivitäten, z. B. in die Musik. Der Wettbewerb „Jugend musiziert“ war 1964 gegründet worden, kurz danach die Landes- und Bundesjugendorchester. Die Folgen sind heute eine erhebliche Zahl an Musikschulen und Förderprogrammen für den musikalischen Nachwuchs in vielen Genres. Gut ausgebildete, zwischen Musik und „bürgerlichen“ Berufen schwankende junge Instrumentalisten stehen dadurch der Amateur-Musikszene zur Verfügung. Die erhebliche Qualitätssteigerung der professionellen Orchester wirkt sich auch auf die Laienmusik aus. Davon leben Institutionen wie das BÄO. Medizinerorchester sind mit ca. 25 Ensembles in Deutschland übrigens nicht so selten. Grund dafür ist sicher nicht eine vermeintlich höhere Musikalität der Asklepios-Jünger, eher ihre Zahl und die häufige Herkunft aus musizierenden „bürgerlichen“ Familien.



Das BÄO Bayerisches Ärzteorchester im Herkulesaal der Münchner Residenz (2013).

MOZART IN VERDICHTETER FORM

Schon das Studentenorchester trat als „romantisches“ Symphonieorchester mit bis zu 80 Personen auf, z. B. in Sonderveranstaltungen für Umrahmungen von Fakultätsfeiern. Oft war man aber auch in kleineren Formationen unterwegs. Eher unfreiwillig kam es dabei zu einer rekordverdächtigen Musikerverdichtung mit einem Mozart-Streichquintett: Alle Musiker samt Instrumenten fuhren in einem geschlossenen Fiat 500 (alt!) durchs regnerische München: Drei Musiker und vier Instrumentenkästen auf der Rückbank, die Beifahrerin mit dem Cello – Cellohals nach unten –, der Fahrer unbewaffnet. Alles ging gut. Die Fünf haben die Univeranstaltung schön umrahmt – und sind übrigens auch heute noch im BÄO aktiv.

SCHLOSS CRAHEIM – ORT DER INSPIRATION

Die der Medizin innewohnenden Lehr- und Wanderjahre beendigten 1973 zunächst die Orchesterarbeit. 1975 begann mit neuen Ideen und vielen Ehemaligen das „BÄO Bayerisches Ärzteorchester“. Der Erfolg mit Mozarts Oper „Zaide“ im Cuvillés-Theater 1976, eine Sonderveranstaltung des Physiologischen Instituts der LMU, beflügelte die weitere Entwicklung. In Schloss Craheim wurde für die jährliche Projektwoche ein geeignetes und seit 1977 nie mehr verlassenes Probendomizil gefunden. Es liegt an der wunderbaren Landschaft, dem speziellen Ambiente, der nächtlichen Kammermusik, dem Weingarten, dem Gartenfest und der Toleranz der Betreiber, dass diese nun seit 37 Jahren währende Einrichtung das Rückgrat des BÄOs bildet. Schloss Craheim liegt für alle Musiker so weit entfernt, dass sie für die Projektwoche Urlaub nehmen, ihre Praxen zusperren oder sich von Blockpraktika befreien lassen. In sechs Tagen studieren sie ein Programm ein, um es in drei Konzerten, zum Schluss im Münchner Herkulesaal, seinem Publikum zu Gehör zu bringen. Übrigens sind auf Schloss Craheim auch Familienmitglieder und Kinder erwünscht. Diese Form der musikalischen Früherziehung hat auch schon zu Kindersinfonien geführt.

GESPIELT WIRD AUF BEACHTLICHEM NIVEAU

Wer spielt im BÄO? Es sind durchwegs gute bis sehr gute, zum Teil exzellente Amateurmusiker (über 90 % Mediziner, davon 12 % aus dem Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie). Freie Plätze sind gering. Die Positionen der Konzertmeister, Stimmführer, der Solobläser sind so besetzt, dass die Realisierung der Musik auf sehr hohem Amateurniveau möglich ist. Die Verbindung zur Berufsmusik ist natürlich gegeben. Solisten des BÄO sind fast ausnahmslos namhafte Profis. Erfahrene Orchestermusiker, z. B. von den Bamberger Symphonikern oder der Würzburger Musikhochschule, werden als Tutoren der Instrumentengruppen gebeten.

FÜR DIE MEDIZIN, NICHT GEGEN DIE MUSIK

Das BÄO sucht und fördert kontinuierlich. Natürlich gibt es auch Auswahlkriterien, zielführend sind vor allem Empfehlungen von BÄO-Musikern. Probespiele finden in Kammermusikformation statt. Das Orchester ist durchschnittlich um die 42 Jahre alt. Von den ursprünglichen 22 Kommilitonen sind noch zehn aktiv dabei, auch der Dirigent Reinhard Steinberg. Er bekam seine musikalische Grundausbildung bei den Regensburger Domspatzen, samt Chordirigieren. Als Cellostudent war er mehrfach Preisträger in Bundeswettbewerben „Jugend musiziert“. Er entschied sich für die Medizin, nicht gegen die Musik. Beruflich ging Steinberg über die Neurophysiologie in die Nervenheilkunde, habilitierte sich an der LMU in Psychiatrie, beschäftigte sich wissenschaftlich im musikphysiologischen Metier. Fast 25 Jahre war er bis 2011 Ärztlicher Direktor im Pfalzkrankenhaus in Klingenstein.

EIN ORCHESTER, DAS BEGEISTERT

Die 180 Musikerinnen und Musiker des BÄO führt der Spaß an der Musik zusammen. Ansonsten funktioniert das BÄO wie fast alle Amateurorchester, auch ein wenig wie ein Berufsorchester. Es gibt Konkurrenz, Zuneigungen, Abneigungen. Der Amateurstatus bedeutet auch weniger Verpflichtung: Jeder kann auch wegbleiben. Daher muss es immer interessant sein, damit man gerne wiederkommt. Viele Musiker des BÄO suchen Erfüllung in ihrem Hobby oder zweiten Beruf, d. h. gutes und inspirierendes Musizieren. Musik ist idealtypischer Natur, es gibt eine optimale Realisierung, die natürlich bei unterschiedlichen musikalischen Vorbildern sehr unterschiedlich ausfallen kann. Die Optimierung betrifft jedoch die technische, vor allem aber die musikalische Bewältigung. Amateurorchester können manchmal sehr begeistern, weil die Musik nicht der Beruf ist. Es ist diese Begeisterungsfähigkeit des BÄO, die Publikum und Fachmedien immer betonen – manchmal mit Wagnerscher Alliterationsgewalt fast erheiternd: „Lustig lächelte die Leiche“ stand über einer sehr lobenden Kritik, mit der das Furioso der Mediziner bei Strawinskys Suite Nr. 2 in einer professionellen Reihe „Musik unserer Zeit“ akklamiert wurde.

Das BÄO ist seit bald fünf Jahrzehnten aktiv und auch die Logistik hat sich eingespielt. Gereist wird im Privatwagen, es sei denn, dass in der Umgebung des Probeortes konzertiert wird. Dann werden aber nicht mehr Mozartverdichtungen im Fiat 500 gemacht, sondern Busse verwendet. Die 2011 erfolgte Aufführung des Verdi Requiems zusammen mit dem Deutschen Ärztechor erforderte bei 240 Mitwirkenden vier ausgewachsene Reisebusse.

PROF. DR. MED. REINHARD STEINBERG

Dirigent des BÄO Bayerisches Ärzteorchester

SUIZIDPRÄVENTION

EPIDEMIOLOGIE DER SUIZIDALITÄT IN DEUTSCHLAND

Suizidprävention ist eines der Hauptthemen bei der Behandlung von psychiatrischen Patienten. Eine wichtige Grundlage der Verhinderung von Selbsttötungen ist das Wissen um die Epidemiologie suizidalen Verhaltens: Die Anzahl der Suizide in Deutschland ging seit den 80er Jahren stetig zurück, zeigte jedoch 2010 wieder einen deutlichen Anstieg mit unklarer Ursache. Suizidalität scheint zunehmend ein Problem des Alters zu sein.

Autoren: Manfred Wolfersdorf, Barbara Schneider und Armin Schmidtke

Suizidalität ist ein Thema, das die Menschheit seit jeher begleitet. Allein der Mensch ist in der Lage, über eine aktive und selbstbestimmte Selbsttötung – ob im Zustand einer psychischen Erkrankung mit veränderter Wahrnehmung der eigenen Person, Perspektive und Lebenssituation oder in einer existenziell bedrohlichen und kränkenden Krise mit Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit – nachzudenken und diese auch aktiv durchzuführen [1]. Über Jahrhunderte hinweg fiel Selbsttötung im christlichen Abendland unter ein religiöses Paradigma: Suizid sei ein Verstoß gegen das Tötungsverbot und die Überzeugung, der Mensch als Geschöpf Gottes habe ein Nutzungs- und kein Verfügungsrecht über sein Leben bzw. Selbsttötung sei ein Verstoß gegen die Selbstliebe und die Gesellschaft [2].

Ein im heutigen Sinne wissenschaftlicher Diskurs zu Suizidalität setzte dann von psychiatrischer Seite im ausgehenden 18. und beginnenden 19. Jahrhundert, von soziologischer Seite in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ein. Psychiater wie Esquirol diskutierten Suizidalität im Kontext von psychischer Erkrankung. Griesinger sprach vom Suizid im Zusammenhang mit „Raptus melancholicus“, aber auch im Kontext von Kränkung und Ehrverletzung, was einem heutigen Krisenkonzept entspricht. Soziologen wie Durkheim sahen suizidales Verhalten in Abhängigkeit von gesellschaftlichen Umbruchssituationen, welche durch den Verlust von bisherigen Werten unter

Notwendigkeit neuer Wertorientierungen (Anomie) charakterisiert sind [1]. Heute gilt bezüglich Suizid und Suizidprävention ein „medizinisch-psychosoziales Paradigma“. Das bedeutet, dass suizidales Denken und Verhalten im Kontext wahrnehmungs- und wahlfreiheitsverändernder psychischer Ausnahmesituationen – sei es nun Krankheit oder Krise – gesehen wird. Aus psychopathologischer Perspektive ist dies meist mit Hoffnungslosigkeit, Bedrohtheitserleben und fehlender Zukunftsperspektive verbunden.

ZUR AKTUELLEN EPIDEMIOLOGIE VON SUIZIDALITÄT

Die Erfassung von Suizidraten (Suizidzahlen hochgerechnet auf 100.000 Personen der jeweiligen Bezugsgruppe, meist der Allgemeinbevölkerung) in Deutschland erfolgt seit über 100 Jahren und dient der allgemeinen Beschreibung des Verlaufes von Suizidhäufigkeit, u. a. als Ausdruck der psychischen Gestimmtheit eines Volkes, einer Region oder einer spezifischen Bevölkerungsgruppe mit erhöhtem Suizidrisiko, dient aber auch der Identifikation von spezifischen Risikofaktoren (z. B. Geschlecht, Alter, Vorliegen psychischer Erkrankung).

Vor diesem Hintergrund sind die nachfolgenden Ausführungen zu verstehen. Abb. 1 zeigt den Verlauf der Suizidzahlen von 1980 bis einschließlich 2012. Demzufolge sind die Suizidzahlen nach einem langfristig stetigen Abfall seit Ende der

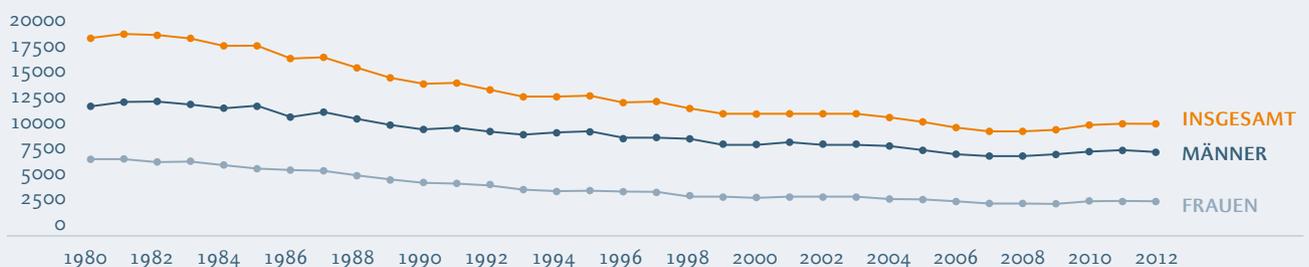


Abb. 1: Entwicklung der Suizidzahlen in Gesamtdeutschland zwischen 1980 und 2012. (Quelle: Statistisches Bundesamt 2013)

70er-Jahre erstmals 2010 wieder auf über 10.000 gestiegen, 2012 jedoch wieder abgefallen [3]. Sowohl die Gründe für den Anstieg in den Jahren davor als auch der erneute Rückgang im Jahr 2012 sind ungeklärt; diskutiert werden die Folgen der ökonomischen Krise Mitte der letzten Dekade.

2012 verstarben 9890 Personen (7287 Männer und 2603 Frauen) durch Selbsttötung; mehr als die Anzahl der Todesfälle durch Verkehrsunfälle (3794), Mord und Totschlag (403), Drogen (944) und AIDS (410) zusammen [4].

Betrachtet man die Altersverteilung, dann sind die Raten in den jüngeren Altersgruppen stabil geblieben, der Anteil der älteren Personen an allen Suiziden hat sich in den letzten Jahren jedoch überproportional erhöht. Aktuell sind 39 % aller männlichen Suizidenten über 60 Jahre alt (Anteil in der Bevölkerung 23,6 %), bei den weiblichen Suizidenten sind es 48 % (Anteil in der Bevölkerung 29 %). Das mittlere Alter der männlichen Suizidenten beträgt 56,1 Jahre, das der weiblichen 59,0 Jahre.

Hauptsuizidmethode in Deutschland ist das Erhängen mit einem Anteil von 45 %. Daraus ergibt sich ein großes Problem für die Suizidprävention in Deutschland, da Schnüre, Gürtel, Krawatten, Schuhbänder und Ähnliches nicht präventiv verboten werden können.

RISIKOFAKTOREN SUIZIDALEN VERHALTENS

Bekannterweise sind suizidales Denken und Verhalten komplexe Geschehnisse, wobei zwischen Ursachenfaktoren und Auslösebedingungen zu unterscheiden ist. Soziale Ursachenfaktoren sind z. B. soziale Instabilität und Armut vor allem im Alter, wobei eher Personen mit niedriger Schul- und Berufsbildung gefährdet sind. Hierbei spielt auch das Thema Arbeitslosigkeit eine große Rolle. Eine Studie in den EU-Ländern zeigte, dass die Erhöhung der Arbeitslosigkeit jeweils zu einer Erhöhung der Suizidraten bei den unter 65-jährigen führte [5]. Eine neuere englische Studie zeigt, dass die Anmeldezeiten für Arbeitslosigkeit mit einem Anstieg der Suizidraten korrelieren; die Zunahme der Arbeitslosigkeit bei Männern um 10 % führte zu einer Steigerung der Suizide um 1,4 % [6].

Ein besonders erhöhtes Risiko für Suizide haben Personen mit depressiven Erkrankungen. Fast alle Untersuchungen stimmen dahingehend überein [7, 8], dass die Subgruppe der affektiven Erkrankung das höchste Suizidrisiko aufweist. Die Angaben zur Häufigkeit affektiver Erkrankungen bei Suizidenten sind bei älteren Menschen am höchsten (75 bis 90 %). 25 bis 50 % behandelte depressiver Patienten haben bereits einen Suizidversuch unternommen.

Als Motive für suizidales Verhalten werden von jüngeren Personen zumeist Probleme im zwischenmenschlichen Bereich und in der Partnerschaft angeführt, im mittleren Alter werden als Gründe für Suizidversuche ebenfalls Partnerschaftsprobleme, dann aber häufiger Arbeitsplatz- und finanzielle Probleme angegeben. Im Alter sind Ursachen von Suizid und Suizidver-

suchen häufig psychische Erkrankungen, vor allem Depressionen, wobei motivational Partnerverlust, Verlust des sozialen Netzwerkes, das Wegsterben des Freundeskreises, Probleme mit Kindern und Enkeln, materielle Perspektivlosigkeit sowie Sinnverlust eine Rolle spielen. Auch die Angst vor den Folgen körperlicher Erkrankungen, die Angst vor Schmerzen und vor unwürdiger Behandlung im Alter, die Angst vor dem Verlust von Autonomie und eigenen Handlungsfreiheitsgraden sowie die Angst, Angehörigen zur Last zu fallen, werden zu häufigen Suizidmotiven.

Betrachtet man die aktuellen Suizidzahlen und einige der dahinterstehenden Informationen, so fällt auf, dass das Suizidproblem ein Problem des mittleren und zunehmend vor allem des höheren Lebensalters geworden ist. Hier spielen einerseits soziale Faktoren aus dem Bereich von Arbeit und Partnerschaft, andererseits aber auch psychische Faktoren wie depressive oder andere Erkrankungen, vor allem auch die psychische Reaktion auf körperliche Erkrankungen eine bedeutsame Rolle. Dabei zeigen alle vorliegenden Untersuchungen, dass zwischenmenschliche Zuwendung, eine adäquate Behandlung affektiver, insbesondere depressiver Störungen, palliativmedizinische Maßnahmen einschließlich adäquater Schmerzbehandlung sowie die Reduzierung der Angst vor Schmerzen und vor entwürdigendem Autonomieverlust das Verlangen nach Suizidalität und insbesondere auch nach assistiertem Suizid deutlich reduzieren können.

PROF. DR. MED. DR. H.C. MANFRED WOLFERSDORF
Leiter DGPPN-Referat Suizidologie

PROF. DR. MED. BARBARA SCHNEIDER, M.SC.
stellv. Leiterin DGPPN-Referat Suizidologie

PROF. DR. MED. ARMIN SCHMIDTKE
Seniorprofessor Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Würzburg

LITERATUR

1. Wolfersdorf, M. & Etzersdorfer, E. (2011). *Suizid und Suizidprävention*. Stuttgart: Kohlhammer.
2. Höffe, O. (1977). *Lexikon der Ethik* (S. 228-230). München: C. H. Beck.
3. Schmidtke, A. (2014). *Suizidalität. Epidemiologie von Suizidalität*. Unveröffentlichtes Manuskript.
4. Fiedler, G. (2013). *Nationales Suizidpräventionsprogramm für Deutschland. Suizide in Deutschland 2012*. Siehe www.suizidpraevention-deutschland.de (Stand: Dezember 2013).
5. Shu-Sen, C., Stuckler, D., Yip, P., & Gunell, D. (2013). *Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries*. *BMJ*, 347, 1-15.
6. Barr, B., Tayler-Robinson, D., Scott-Samuel, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2012). *Suicides associated with the 2008 – 10 economic recession in England: time trend analysis*. *BMJ*, 345: 1-7.
7. Schaller, E. & Wolfersdorf, M. (2010). *Depression and suicide*. In U. Kumar & M. K. Mandal (Hrsg.), *Suicidal behaviour*. New Delhi, India: SAGE.
8. Schneider, B. (2003). *Risikofaktoren für Suizid*. z Regensburg: Roderer.



PSYCHIATRIE UND ZEITGEIST

Der aktuelle Präsident der DGPPN Prof. Wolfgang Maier im Gespräch mit dem ehemaligen Präsidenten Prof. Hanfried Helmchen (1979-1980, DGPN)

Die Psychiatrie steht seit jeher stärker als andere medizinische Disziplinen in Wechselwirkung mit den vorherrschenden Denk- und Deutungsmustern, ihren sozialen und kulturellen Kontexten, kurz: dem Zeitgeist. Im Umgang mit Menschen mit psychischen Erkrankungen werden Psychiaterinnen und Psychiater durch die prägenden Zeitströmungen in Gesellschaft, Politik und Kultur beeinflusst. So stellt sich denn auch die Geschichte der Psychiatrie als Spiegel des jeweils dominierenden Zeitgeistes dar. Gleichzeitig hinterlässt das Wirken von Ärztinnen und Ärzten seinerseits Spuren im jeweiligen Zeitgeist. Der Präsident der DGPPN Wolfgang Maier diskutiert mit dem ehemaligen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde Hanfried Helmchen (1979-1980) über die Rolle des Zeitgeistes in der Geschichte der Psychiatrie, Selbstbestimmung als prägendes Motiv unserer Zeit und das Gewissen des Arztes als moralische Instanz.

Maier: Sie haben bei vielen Gelegenheiten darauf hingewiesen, wie eng die Entwicklung unseres Faches mit dem jeweils vorherrschenden Zeitgeist verwoben ist. Dabei sind die Stellung der Psychiatrie, ihre Aufgaben und ihr Ansehen, sicherlich u. a. auch vom medizinischen Fortschritt oder von humanitären Errungenschaften geprägt. Wie kann man den Begriff „Zeitgeist“, der durch seine inhaltliche Offenheit schwer zu greifen ist, besser fassen?

Helmchen: Ich verstehe unter Zeitgeist die in einer bestimmten Zeit und in einer bestimmten Gesellschaft vorherrschenden Denk- und Deutungsmuster, Weltanschauungen und Leitideen, welche die Einstellungen der Menschen mitbestimmen und reflektieren. Dabei gibt es zu jeder Zeit viele verschiedene Ideen, die zueinander in Konkurrenz treten. Manche dominieren die Einstellungen des Einzelnen oder von Gruppen und andere sind eher randständig. Der Zeitgeist ist stets im Fluss, seine inhaltliche Ausrichtung ändert sich so, wie sich auch die Moden ändern.

Ich verstehe unter Zeitgeist die in einer bestimmten Zeit und in einer bestimmten Gesellschaft vorherrschenden Denk- und Deutungsmuster, Weltanschauungen und Leitideen.

Maier: Der Zeitgeist beeinflusst natürlich auch die Medizin, etwa die Ausgestaltung der Arzt-Patient-Beziehung. Warum ist jedoch die Psychiatrie in besonderem Maße von den Zeitströmungen in Gesellschaft und Kultur betroffen?

Helmchen: Die Psychiatrie ist stärker als andere medizinische Disziplinen mit sozialen Phänomenen verbunden, was sich gut

im Rückgriff auf die Geschichte der Psychiatrie belegen lässt. In den Jahrhunderten vor der Aufklärung wurden Menschen mit psychischen Auffälligkeiten oft als Besessene wahrgenommen. Wenn sie hilfsbedürftig waren, wurden sie entweder in ihren Familien gepflegt, aber versteckt, oder von meist christlichen karitativen Organisationen umsorgt. Diejenigen jedoch, die ihre Umwelt störten oder als gefährlich galten, wurden von der Gesellschaft entfernt und in einem Asyl untergebracht. So zeigen mittelalterliche Holzschnitte, wie „Irre“ auf Karren geladen und vor die Stadttore gebracht wurden. Während also in den übrigen medizinischen Fächern der Einzelne den Arzt aufgrund seiner Beschwerden meist eigenmotiviert aufsucht, wies die Gesellschaft Menschen mit psychischen Erkrankungen in Einrichtungen ein, weil sie sie nicht für akzeptabel hielt. In Berlin wurde etwa das vor der Stadtmauer gelegene Pesthaus der Charité im 18. Jahrhundert in eine „Irrenabteilung“ umfunktioniert und war ein Auffangbecken für all diejenigen „Geisteskranken“, welche sozial unerwünscht waren. Dort gab es keine Pflegekräfte, sondern „Wärter“, oft ausgesiente Soldaten, und die Einrichtung wurde wegen der dort herrschenden Unruhe („Tollhaus“) gemieden.

Maier: Die ordnungspolitische Funktion der Psychiatrie hat also eine historisch gesehen ältere Herkunft als der medizinisch-ärztliche Behandlungsauftrag. Auch wenn heute natürlich die medizinische Behandlung der Patienten ganz im Vordergrund steht, so hat sich doch die Ordnungsfunktion der Psychiatrie an mancher Stelle erhalten, was sich beispielsweise an der hohen Zahl von Zwangsunterbringungen in psychiatrischen Einrichtungen ablesen lässt. Wann setzte sich der Behandlungsgedanke beim Umgang mit psychisch erkrankten Menschen durch?

Helmchen: Zu Beginn des 19. Jahrhunderts begannen Ärzte, sich systematischer um Besserung der Gesundheit von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu kümmern. Das erste Lehrbuch der Psychiatrie in deutscher Sprache wurde von Johann Christian Reil 1803 unter dem Titel „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen“ veröffentlicht. Dies führte zur Gründung von Einrichtungen, die zwar auch außerhalb der Städte – oft in säkularisierten Klöstern – lagen, in denen sich Ärzte um psychisch Kranke kümmerten, die nicht kriminell waren. Diese Entwicklung war von einer Idee der Romantik vor dem Hintergrund der beginnenden Industrialisierung beeinflusst, nach der Natur und Ruhe die Grundlagen für psychische Gesundheit bilden.

Maier: Das heißt, dass die Ergänzung der Asyle um medizinisch-psychiatrische Einrichtungen zunächst von Ideen angetrieben war, welche der empirisch-wissenschaftlichen Position fern standen. Johann Christian August Heinroth beispielsweise gründete im Jahre 1811 die „Heil- und Verpflegungsanstalt

„EIN ARZT SOLL MEINER AUFFASSUNG NACH NATÜRLICH HILFE BEIM STERBEN, ABER NICHT HILFE ZUM TODE LEISTEN.“

PROF. HANFRIED HELMCHEN

für Irre beiderlei Geschlechts“ im Schloss Sonnenstein und sah die Bedingung der Entstehung von psychischer Krankheit in der Sünde.

Helmchen: Das war die Zeit der Romantik, die Ideen entstanden aus dem Geiste der Spekulation. Die damals dominierende Deutungsrichtung der sogenannten Psychiker fasste Leidenschaften oder moralische Verfehlungen als Ursache von psychischen Erkrankungen auf, was die Kranken stark stigmatisierte. Erst Mitte des 19. Jahrhunderts ist zunehmend die Akzeptanz eines naturwissenschaftlichen Krankheitsmodells zu erkennen – vertreten durch die sogenannten Somatiker – was den psychisch Kranken fortan einen gewissen Schutz brachte. Was zu dieser Zeit als human und fortschrittlich galt, wurde in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts jedoch als reduktionistisch abgelehnt und psychosomatische Modelle gewannen wieder an Bedeutung. Wir sehen, wie der grundsätzlich gleiche Sachverhalt je nach Zeitgeist anders bewertet wird.



Hanfried Helmchen arbeitet seit seiner Emeritierung vorzugsweise zur Psychiatrie im historischen Kontext sowie zu ethischen Implikationen psychiatrischen Handelns.

Maier: Der Zeitgeist korrigiert sich sozusagen kontinuierlich selbst, indem er Gegenkräfte auf den Plan ruft, die gegen die Einseitigkeiten arbeiten.

Helmchen: Richtig. Grund dafür ist, dass immer verschiedene, auch einander widerstrebende Denkmuster den Zeitgeist in je verschiedenem Maße bestimmen. Zuvor randständige Ideen gewinnen die Oberhand und die herrschenden werden bedeutungslos. Sie verschwinden zum Einen, weil sich die Umstände, auf die sie sich bezogen, änderten, und zum anderen rufen Ideen, die durch Verabsolutierung zu Exzessen führen, starke Gegenbewegungen hervor. Das setzt allerdings eine Gesellschaft

voraus, in der sich Bewegung und Gegenbewegung frei entfalten können. So führten unter anderem die schlimmen Erfahrungen mit dem radikalen Kollektivismus des „Dritten Reichs“ nach 1945 zur Betonung des Individuums in der anthropologischen Psychiatrie in Südwestdeutschland und der zunehmenden Integration von Psychotherapie und Psychoanalyse in der deutschen Psychiatrie.

Maier: Die international sehr unterschiedliche Betonung von Psychotherapiekonzepten in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zeigt doch gut, wie sehr diese weltanschaulichen Differenzen das Fach Psychiatrie beeinflussen. Die positive Auffassung Bleulers zur Psychoanalyse, die auch in seinem Schizophreniekonzept durchscheint, ist in Deutschland auf Ablehnung der maßgeblichen Psychiater gestoßen; ob also neue Ideen auf einen fruchtbaren oder unfruchtbaren Boden fallen, hängt stark von den national prägenden Denkströmungen und -traditionen ab.

Helmchen: Die Akzeptanz von Therapiemethoden ist ganz maßgeblich durch den Zeitgeist beeinflusst. Dies gilt auch etwa für die Elektrokrampftherapie. Ihre Einführung war mit der Hoffnung verbunden, viele psychische Erkrankungen endlich wirksam behandeln zu können. Aufgrund fehlender Anästhesie kam es jedoch anfangs zu schweren Nebenwirkungen wie etwa zu Frakturen. Dies wurde von Einzelpersonen und Gruppen aus verschiedenen Gründen für anti-psychiatrische Kampagnen genutzt und danach trauten sich viele Psychiater nicht mehr, diese Heilmethode anzuwenden, obwohl sie unter den heutigen Voraussetzungen bei richtiger Anwendung eine der wirksamsten und sichersten Therapieformen darstellt. In Berlin entschied der Senat sich unter Einfluss der öffentlichen Meinung und entgegen die Expertenmeinung dazu, EKT in Berliner Kliniken nur noch nach Freigabe durch die Ethikkommission der Ärztekammer zu erlauben. Dieser von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer beschlossene Eingriff in die Therapiefreiheit der Ärzte wurde erst nach entschiedenem Einschreiten auf einer der folgenden Delegiertenversammlungen zurückgenommen.

Maier: Ein anderes Thema, das heute zunehmend an Bedeutung und Aktualität gewinnt, ist Euthanasie bzw. assistierter Suizid. Selbst in einem räumlich eingegrenzten und kulturell stark homogenen Gebiet wie Mitteleuropa gibt es sehr unterschiedliche Gesetze bezüglich Sterbehilfe, die als Ausdruck gesellschaftlicher Diskurse gesehen werden können. Insbesondere

„STEHT UNSER GEWISSEN NICHT AUCH IN ABHÄNGIGKEIT VON VORHERRSCHENDEN WELTANSCHAUUNGEN?“

PROF. WOLFGANG MAIER

re die Rolle des Arztes bei der Sterbehilfe wird etwa in den Niederlanden oder der Schweiz anders als in Deutschland diskutiert. In der deutschen ärztlichen Musterberufsordnung der Bundesärztekammer ist keine Assistenz bei einer Selbsttötung durch einen Arzt erlaubt, jedoch wird eine solche Hilfe nicht strafrechtlich sanktioniert. In den Niederlanden, in Belgien und Luxemburg ist diese Unterstützung unter verschiedenen Voraussetzungen vorgesehen.



Wolfgang Maier hat als Präsident der DGPPN die ethischen Fragen in der Psychiatrie verstärkt in den Blick genommen.

Helmchen: An diesem Beispiel lässt sich gut zeigen, wie Argumente und Prinzipien in Abhängigkeit von veränderten Realitäten aufkommen, sich wandeln und wieder verschwinden. Die Fortschritte der modernen Medizin erlauben es, Menschen am Leben zu erhalten, die ohne diese Unterstützung nicht mehr lebensfähig wären. Von außen betrachtet sind manche dieser Menschen in einem Zustand, dem man schwerlich so etwas wie Lebensqualität zusprechen kann. Und wenn diese Menschen ihren Zustand als Qual und als nicht lebenswert empfinden und sich ärztliche Hilfe beim Suizid wünschen, weil Ärzte dies schließlich am besten könnten, so halte ich das für verständlich. Im Unterschied zu unseren Nachbarstaaten ist die Diskussion in Deutschland aber auch von der Erfahrung geprägt, dass es auf Grundlage dieser Argumente während des „Dritten Reichs“ zu einem Dammbbruch in der Anwendung der ärztlichen Hilfe zum Tode kam. Auch heute gibt es keine Garantien dafür, dass entsprechende Gesetze, welche die freiwillige Euthanasie in einigen westeuropäischen Ländern erlauben, nicht wieder missbraucht werden, zumal dort Ärzte auch Menschen

ohne deren Einwilligung töten. Deshalb bin ich Vorstellungen gegenüber skeptisch, die es zum Aufgabenbereich des Arztes zählen, schwerstkranken, lebensmüden Patienten zum Tode zu verhelfen. Ein Arzt soll meiner Auffassung nach natürlich Hilfe beim Sterben, aber nicht Hilfe zum Tode leisten. Karl Jaspers beschreibt, dass er als junger Assistenzarzt einen Oberarzt dabei beobachtete, wie dieser einem schwerstkranken Patienten eine überhöhte Dosis Morphium verabreichte. Darauf angesprochen, erwiderte dieser, dass es Situationen gebe, in denen sich ein Arzt dazu verpflichtet fühlen kann, auf Bitten hin ein Leiden zu beenden. Aber dies sei eine Sache seines Gewissens und seiner Auseinandersetzung mit dem Hilfsverlangen des Kranken in einer bestimmten Situation. Es sollte eine Sache zwischen Arzt und Patient bleiben und nicht allgemeine Regel werden.

Maier: Sie führen hier das Gewissen – das Sie einmal als das moralische Skelett des Arztes beschrieben haben – als Entscheidungsinstanz in moralischen Fragen ein. Wie verhält sich das individuelle Gewissen zum kollektiven Zeitgeist? Ist es als Korrektiv des Zeitgeistes zu verstehen, wenn dieser wichtige ethische Errungenschaften bedroht? Steht unser Gewissen nicht auch in Abhängigkeit von vorherrschenden Weltanschauungen? Und was bedeutet das für die Sicherheit moralischer Entscheidungen?

Helmchen: Das Gewissen hat die moralische Leitfunktion für das Individuum. Aber das Gewissen ist nicht sonderlich stabil, es kann in bestimmten Kontexten unterdrückt werden und wandelt sich über die Zeit. Luhmann hat das Gewissen in seiner Funktion zur Identitätsbildung beschrieben. Demnach ist es evolutionsbiologisch grundiert, erhält aber seine Inhalte aus dem normativen Kontext von Familie und Gesellschaft. Daraus resultiert einerseits seine verhaltensbestimmende Kraft, andererseits wird so auch die Veränderung des Gewissens mit dem Wandel des normativen Kontextes, des Zeitgeistes, verständlich. So wurden und werden manche Taten, die in einer anderen Zeit ex post als schlimmste Verbrechen angesehen werden, mit Gewissensentscheidungen begründet – aus Rechtfertigungsdrang oder aus voller Überzeugung. Insofern habe ich berechnete Zweifel daran, dass mich mein Gewissen immer richtig leiten würde. Heute gibt es zunehmend Ärzte, die es mit Verweis auf den erklärten Willen von Betroffenen für die Aufgabe eines Arztes halten, Hilfe zum Tode zu leisten. Das Gewissen dieser Ärzte ist rein, denn diese Haltung entspricht ihren Überzeugungen, die wiederum dem Zeitgeist entsprechen. Hieran las-

sen sich die Wechselwirkungen gut ablesen.

Maier: Nun gibt es einen gewichtigen Unterschied zwischen der Begründung von Euthanasie im nationalsozialistischen Deutschland und den gesetzlichen Regelungen von ärztlicher Sterbehilfe etwa in den heutigen Niederlanden. Im ersteren Fall wurde Leben auf der Grundlage von ideologischen und politischen Zielen von außen als unwert eingestuft. In der heutigen Diskussion geht der Impuls hingegen von den Betroffenen selbst aus, die ihre eigene Existenz aufgrund körperlicher und seelischer Qualen als nicht mehr lebenswert empfinden und sich deshalb von Ärzten professionelle Hilfe bei der Beendigung ihres als unerträglich empfundenen Lebens erhoffen. Hierbei wird der selbstbestimmte Wunsch des schwerstkranken Pati-



enten zum Gradmesser dafür, ob Suizidbeihilfe geleistet werden soll oder darf. Die Selbstbestimmung des Individuums als hohes moralisches Gut scheint dem Zeitgeist unverdächtig und ein genuiner Fortschritt zu sein, der trotz einiger temporärer Rückschritte seit der Aufklärung die ethisch-rechtlichen Diskurse und die Entwicklung von Menschen- und Grundrechten in zunehmendem Maße beherrscht hat.

Die Selbstbestimmung des Individuums als hohes moralisches Gut scheint dem Zeitgeist unverdächtig und ein genuiner Fortschritt zu sein, der trotz einiger temporärer Rückschritte seit der Aufklärung die ethisch-rechtlichen Diskurse und die Entwicklung von Menschen- und Grundrechten in zunehmendem Maße beherrscht hat.

Helmchen: Die Diskussionen der letzten Jahre um die Patientenautonomie haben erwirkt, dass die Behandlungsteams insgesamt – und das sage ich als Patient, der die letzten Jahre mehrmals in ärztlicher Behandlung war – sich ungemein auf die Patienten und ihre Angehörigen zubewegt haben, ihre Be-

dürfnisse und Ängste ernstnehmen und Entscheidungen soweit möglich gemeinsam mit dem Patienten treffen. Das Prinzip des Informed Consent, Behandlungsvereinbarungen und Patientenverfügungen sind Folgen der Betonung der Patientenautonomie und heute wichtige Bestandteile des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient.

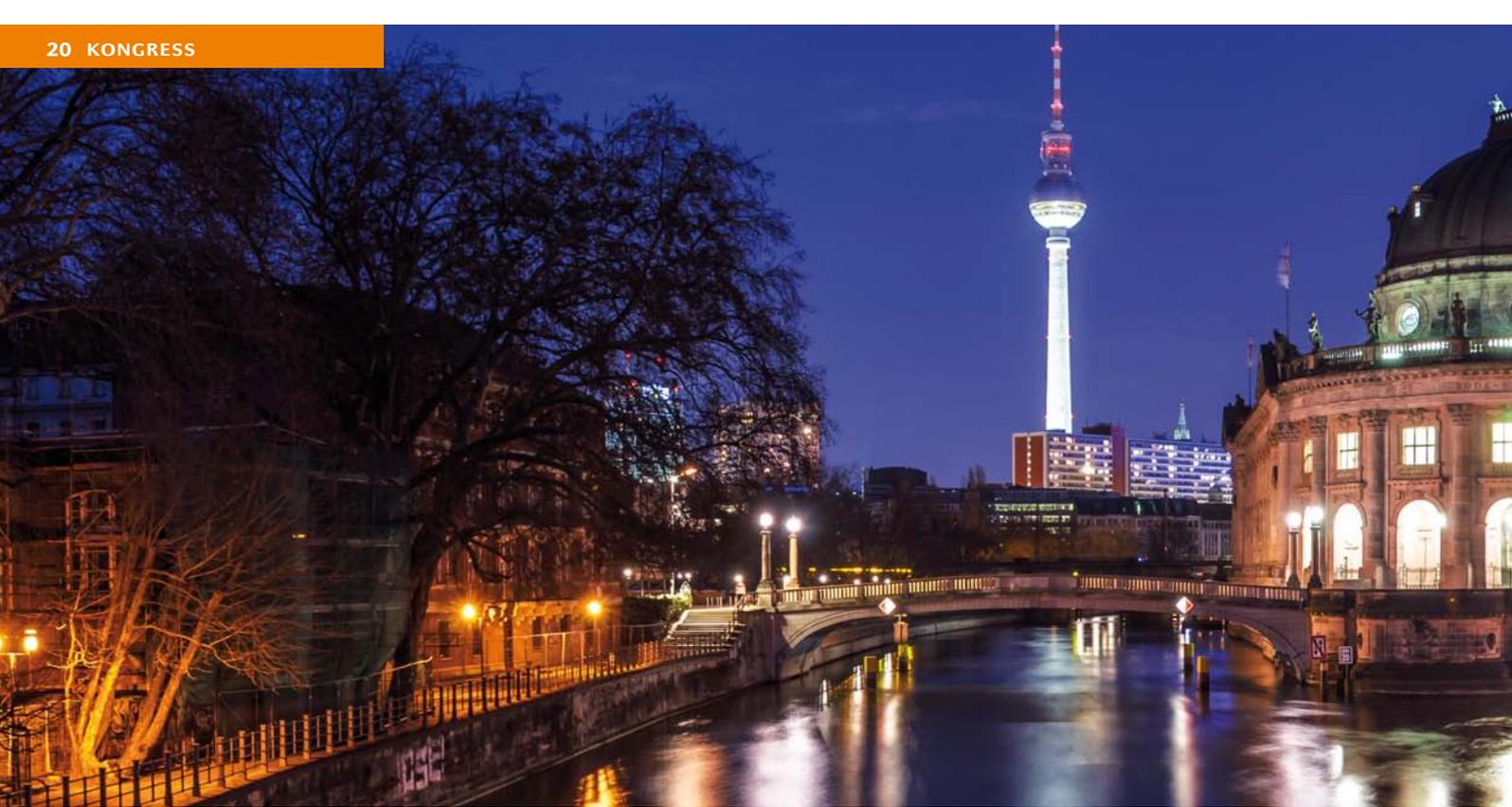
Maier: In der momentanen Betonung der Patientenautonomie als ethisch-rechtliche Leitidee scheint die ehemals ebenso hohe moralische Verpflichtung zum Fürsorgeprinzip allzu leicht dem Verdacht des Paternalismus anheim zu fallen. Wäre dabei nicht zu fragen, ob es denn ein großer Fortschritt ist, jemanden in einer schwierigen Lebenssituation seiner eigenen Entscheidung zu überlassen, was ja auch eine große Belastung darstellen kann?

Helmchen: Das kann ich nur unterstreichen. Es gibt mehrere Prinzipien, die für uns Ärzte handlungsleitend sind. Die Berücksichtigung der selbstbestimmt geäußerten Wünsche ist eines und die Selbstverpflichtung, im besten medizinischen Interesse der Patienten zu handeln, ist ein anderes. Diese Maximen sollten weder verabsolutiert noch gegeneinander ausgespielt werden. Ein Arzt muss natürlich fürsorglich für seine Patienten denken, aber er darf sie damit nicht zuschütten. Er muss auch akzeptieren, wenn ein Patient sich aus nachvollziehbaren Gründen gegen eine aus medizinischer Sicht sinnvolle oder gar notwendige Behandlung entschließt. Gleichzeitig sehe ich auch, dass es Grenzen der Autonomie gibt, die in den Rechten anderer oder in der Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten liegen. Die Berliner Irrenoffensive hat beispielsweise, nachdem sie Patienten dazu bewogen hatte aus der Klinik wegzulaufen, manche dieser Patienten aufgrund des massiv verschlechterten Gesundheitszustands wieder in die Klinik zurückgebracht. Manchmal muss der Arzt sich wohlmeinend am besten Interesse des Patienten orientieren, auch wenn dies im Widerspruch zum geäußerten Willen des Patienten steht, vor allem dann, wenn die Selbstbestimmungsfähigkeit des Patienten durch seine Krankheit beeinträchtigt ist.

PROF. DR. MED. HANFRIED HELMCHEN

Hanfried Helmchen studierte Medizin in Berlin und Heidelberg 1950-1955, habilitierte 1967, leitete die Psychiatrische Klinik der Freien Universität Berlin von 1971-1999, publizierte zur Psychiatrie der Epilepsien, zur psychiatrischen Methodologie in Diagnostik, Klassifikation und Therapiefor-
schung, zu psychischen Störungen im Alter (Berliner Altersstudie BASE) und arbeitet seitdem – als Emeritus von Sachzwängen befreit sowie als Mitglied der BBAW und der Leopoldina – vorzugsweise zur Psychiatrie im historischen Kontext sowie zu ethischen Implikationen psychiatrischen Handelns, insbesondere der psychiatrischen Forschung. Jüngste Buchpublikationen: Psychiater und Zeitgeist 2008, Ethics in Psychiatry 2010, Ethik psychiatrischer Forschung 2013.

Das Gespräch mit Prof. Hanfried Helmchen führte Prof. Wolfgang Maier, der amtierende Präsident der DGPPN.



26.–29. NOVEMBER 2014 | CITYCUBE BERLIN

DGPPN KONGRESS 2014

Der demographische Wandel wird unsere Gesellschaft in den nächsten Jahrzehnten entscheidend beschäftigen. Jeder Einzelne von uns wird davon betroffen sein. Ganz besonders gefordert ist dabei auch das Fach Psychiatrie und Psychotherapie. Denn im Zuge des gesellschaftlichen Wandels ändern sich die Erwartungen und Anforderungen an die Diagnostik, Therapie und Versorgung psychischer Erkrankungen.

Aktueller könnte das Thema des DGPPN Kongresses 2014 nicht sein: Unter dem Motto „Herausforderungen durch den demographischen Wandel – psychische Erkrankungen heute und morgen“ wird sich der Kongress in diesem Jahr einer der zentralen Schlüsselaufgaben im Bereich der Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde widmen.

Denn die steigende Lebenserwartung geht zwar mit einem Gewinn an gesunden Lebensjahren einher. Doch sie bringt auch eine Zunahme an altersassoziierten Krankheiten wie Demenzen, Altersdepressionen, Alterspsychosen oder Angststörungen mit sich. Viele ältere Menschen mit psychischen Erkrankungen leiden an komorbiden somatischen Erkrankungen und leben unter schwierigen sozialen Bedingungen. Im Fokus des Kongresses stehen daher u. a. die alterssensitiven medikamentösen, psychotherapeutischen und psychosozialen Behandlungsverfahren und niederschweligen sektorübergreifenden Versorgungsangebote, die es zu entwickeln und auszubauen gilt.

WIE ERFOLGREICH SIND NEUE BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN?

Die biomedizinische Grundlagenforschung hat gute Vorarbeit geleistet, um gezielte Präventions- und Therapiestrategien für ältere Menschen zu entwickeln. Unser Verständnis des Gehirns, seiner Alterung und seiner Resilienzreserven kann durch translationale Forschung unsere heutigen Behandlungsmöglichkeiten deutlich erweitern – gerade in Bezug auf die Alzheimerkrankheit. Nationale und internationale Experten werden auf dem DGPPN Kongress 2014 Stand und Chancen dieser Entwicklung diskutieren.

DGPPN BIBLIOTHEK

Höhepunkte des Kongresses 2013
Lassen Sie den Kongress 2013 nochmals Revue passieren. In der DGPPN Bibliothek sind über 90 Clips online abrufbar. Jetzt auf www.dgppn.de ansehen.



WAS KOMMT AUF DIE JÜNGEREN GENERATIONEN ZU?

Wenn vom demographischen Wandel die Rede ist, liegt der Fokus meist auf der wachsenden Zahl älterer Menschen. Was er für die Menschen im jüngeren und mittleren Lebensalter bedeutet, wird weniger beachtet. Doch gerade auf sie nimmt der Druck zu, da sie die steigenden Kosten im Renten- und Gesundheitssystem tragen müssen. Dies stellt ein zusätzliches Risiko für Ar-

beitsunfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit aufgrund psychischer Erkrankungen dar – ein Thema, mit dem sich der DGPPN Kongress 2014 intensiv beschäftigen wird.

MIT WÜRDE ALTERN – TROTZ ERKRANKUNGEN?

Die sich gesellschaftlich vollziehenden Entwicklungen werfen auch drängende ethische Fragen in der Medizin auf, die ebenfalls Thema auf dem Kon-

gress sind: Wie können Würde und Autonomie im Alter bei chronischer Krankheit geschützt werden? Wo sind bei knapper werdenden Ressourcen Prioritäten zu setzen, wie viel reparative und wie viel sprechende Medizin sind nötig? Wie kann die Selbstbestimmung von kognitiv beeinträchtigten Menschen unterstützt werden? Wie viel ist uns eine adäquate Versorgung von Demenz wert?

SCHWERPUNKTTHEMEN

- Psyche in Grenzsituationen des Lebens
- Psychotherapie im Alter
- Arzneimittelsicherheit in einer alternden Gesellschaft
- Demenzen und Multimorbidität
- Mind-Reading, Neuro-Imaging und Bildgebung
- Beurteilung der Schuldfähigkeit und Gefährlichkeitsprognose durch Neuro-Imaging?
- Behandlungsethik und ärztlich assistierter Suizid

Reichen Sie jetzt Ihre wissenschaftlichen Beiträge ein:

- Thematische Symposien
- Freie Vorträge
- Kurzpräsentationen/ePoster
- Poster

Details, Termine und Regularien auf www.dgppn.de

JETZT ANMELDEN!

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

Melden Sie sich jetzt auf www.dgppn.de an und sichern Sie sich die vergünstigte Kongressgebühr!

ZUSAMMENARBEIT MIT FACHGESELLSCHAFTEN

KOOPERATION MIT SCHWEIZER AKZENT

Jahr für Jahr zieht der DGPPN Kongress immer mehr Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus dem Ausland an. Die Kooperationssymposien mit den schweizerischen und österreichischen Fachgesellschaften sind fester Bestandteil des wissenschaftlichen Programms. Grund genug, die beiden Fachgesellschaften kurz vorzustellen. Den Anfang macht in dieser Ausgabe die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP).

Die SGPP ist die Berufs- und Fachgesellschaft der in der Schweiz tätigen Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie. Die Vereinigung wurde 1895 gegründet. Aktuell umfasst sie 2064 Fachärztinnen und Fachärzte aus der freien, niedergelassenen Praxis, der Lehre und Forschung, den klinischen Institutionen sowie die Assistenzärztinnen und -ärzte in psychiatrisch-psychotherapeutischer Weiterbildung. In der SGPP sind kantonale Gesellschaften und 18 Fachdisziplinen organisiert.



Vom 10. bis 12. September 2014 findet in Basel der Jahreskongress der SGPP statt.

NACHWUCHSMANGEL – EINE HERAUSFORDERUNG

Als Mitglied der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH ist die SGPP zuständig für die Weiter- und Fortbildung in der Psychiatrie und Psychotherapie. Sie zeichnet sich für das Weiterbildungsprogramm der zukünftigen Fachärztinnen und -ärzte verantwortlich, beurteilt die Weiterbildungsstätten und führt auch die Facharztprüfungen durch. Die Vertretung der Mitgliederinteressen gegenüber politischen Instanzen und Kostenträgern sowie die Information und Beratung der Mitglieder sind weitere Aufgaben der SGPP. Durch die kürzlich erfolgte Verabschiedung des Psychologieberufegesetzes im eidgenössischen Parlament steht aktuell die Zulassung der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeu-

ten in der Grundversicherung an; eine im Zeichen des Nachwuchsmangels versorgungspolitische Chance, jedoch berufspolitisch für die SGPP auch ernste Herausforderung. Die Zukunft der Psychiatrie im Spannungsfeld wachsender Versorgungsansprüche quantitativer wie qualitativer Art, einer leistungsgerechten und umfassenden Finanzierung und dem fehlenden ärztlichen Nachwuchs bestimmt die Tagesordnung der SGPP.

ENGE VERBINDUNG ZU PARTNERGESELLSCHAFTEN

Über den Dachverband der psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Ärztinnen FMPP ist die SGPP mit ihrer Partnergesellschaft, der Schweizerischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -Psychothera-

pie, der SGKJPP verbunden. Die beiden Fachgesellschaften veröffentlichen gemeinsam eine Mitgliederzeitschrift und zusammen mit der Schweizerischen Gesellschaft für Neurologie das Schweizerische Archiv für Psychiatrie und Neurologie, eine wissenschaftliche Publikation. Zum Kreis der wichtigsten Partner der SGPP gehören zudem die Schweizerische Vereinigung der Psychiatrischen Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC) sowie die Schweizerische Vereinigung psychiatrischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte (SVPA). Eine enge Zusammenarbeit pflegt die SGPP auch mit SwissMentalHealthcare (SMHC), eine Vereinigung der psychiatrischen Kliniken und Dienste der Schweiz. Alljährlich organisiert die SGPP einen wissenschaftlichen Kongress, regelmäßig auch in Kooperation mit Partnergesellschaften.



Der demographische Wandel gehört auch in der Schweiz zu den großen Zukunftsthemen.

ÜBER DIE GRENZEN HINAUS VERNETZT

Auch über den eigenen Berufsstand hinaus ist die SGPP im Gesundheitswesen und im Besonderen im Bereich Mental Health national wie international eng vernetzt. Sie ist Mitgründerin des Aktionsbündnisses Psychische Gesundheit Schweiz, das sich in den Themen Prävention, Gesundheitsförderung und Entstigmatisierung gesellschaftlich wie politisch engagiert.

Die SGPP verfügt über ein professionelles Sekretariat, um die mannigfaltigen Aufgaben zu bewältigen. Ein Großteil der inhaltlichen Arbeit wird jedoch vom Vorstand und von den in den Kommissionen und Arbeitsgruppen tätigen Mitgliedern geleistet. Als erste medizinische Fachgesellschaft in der Schweiz verfügt die SGPP über eine Zertifizierung in Management Excellence, Lohn für einen mehrjährigen kontinuierli-

chen Entwicklungsprozess. Die Mitglieder im Vorstand, in den Kommissionen, Arbeits- und Projektgruppen sowie die Mitarbeitenden der Geschäftsstelle verpflichten sich gemäß der Philosophie des Total Quality Management zu einem hohen Qualitätsstandard und zu einer stetigen Weiterentwicklung/Verbesserung ihrer Leistungen.

In erster Linie aber setzt sich die SGPP für eine qualitativ hochstehende Versorgung im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie ein und hat dabei die Gleichberechtigung der psychisch kranken Menschen und deren Integration in unsere Gesellschaft im Auge.

DEMOGRAPHISCHER WANDEL ALS ZUKUNFTSTHEMA

Psychische Erkrankungen sind heute und wohl auch in naher Zukunft auf dem Vormarsch. Der demographische Wandel spielt dabei eine bedeutende

Rolle und zwar nicht nur auf Seiten der psychisch Kranken, sondern auch was die Alterspyramide der Psychiaterinnen und Psychiater angeht, deren Durchschnittsalter innerhalb der SGPP mittlerweile auf 55 Jahre angewachsen ist. Die Verantwortlichen der SGPP bringen sich deshalb auch mit Freude und Engagement in den Kongress 2014 der DGPPN ein. Das Thema „Herausforderung durch den demographischen Wandel – psychische Erkrankungen heute und morgen“ verspricht abermals einen fruchtbaren fachlichen Austausch über Landes- und Sprachgrenzen hinaus.

KONTAKT

SGPP
Altenbergstrasse 29
Postfach 686
3000 Bern 8 | Schweiz
www.psychiatrie.ch

WANDERAUSSTELLUNG

„JA, ERINNERN, NICHT VERGESSEN, VERANTWORTUNG ÜBERNEHMEN!“

Welchen Wert hat das Leben des Einzelnen? Im Nationalsozialismus galten Menschen mit Behinderungen und Nervenkrankheiten als Belastung für die Volksgemeinschaft. Sie wurden deshalb gnadenlos verfolgt. Ihrem Schicksal – aber auch den Tätern – widmet sich die Wanderausstellung „erfasst, verfolgt, vernichtet. Kranke und behinderte Menschen im Nationalsozialismus“.

Völker werden von Erbanlagen bestimmt: Dieser Gedanke entstand im 19. Jahrhundert. Die Eugenik ging von der Vorstellung aus, Fortpflanzung könne und müsse gesteuert werden, um den erbbiologischen Niedergang aufzuhalten und die menschliche Fortentwicklung voranzutreiben. Auch die Idee, menschliches Leben habe einen Wert, der höher oder niedriger sei und bis hin zu „lebensunwertem Leben“ reichen könne, entstand in dieser Zeit. Dabei ging es bald auch um den Nutzen des Einzelnen für die Gemeinschaft. Wissenschaftler formulierten diese Ideen, Medien verbreiteten sie.



Bundespräsident Joachim Gauck (2. v. l.), der Schirmherr der Wanderausstellung, und Bundestagsvizepräsidentin Ulla Schmidt (Mitte) bei der Ausstellungseröffnung (von r. nach l. Frank Schneider, Projektleiter, Wolfgang Maier, DGPPN-Präsident, Uwe Neumärker, Direktor Stiftung Denkmal für die ermordeten Juden Europas, Petra Lutz, Kuratorin).

DER WERT DES LEBENS

Das Leben von kranken und behinderten Menschen galt während des Nationalsozialismus als weniger wert. Bis zu 400.000 Menschen wurden deshalb

ab 1934 gegen ihren Willen sterilisiert, mehr als 200.000 Menschen in Heil- und Pflegeanstalten ermordet. Mit ihnen beschäftigt sich die Wanderausstellung „erfasst, verfolgt, vernichtet. Kranke und behinderte Menschen im Na-

tionalsozialismus“, welche die DGPPN gemeinsam mit den Stiftungen Denkmal für die ermordeten Juden Europas und Topographie des Terrors entwickelt hat.

Von vielen Ermordeten sind heute nur noch Fotografien übrig, die in den Anstalten aufgenommen wurden. Die meisten richten den Blick auf Krankheitsmerkmale oder zeigen die Betroffenen in Zwangssituationen. Von Zehntausenden sind überhaupt keine Bilder mehr erhalten. Die Wanderausstellung will alle Opfer zu Wort kommen lassen: So sind Fotografien zu sehen, wie man sie normalerweise in Familienalben findet: Sie zeigen, dass die Opfer, bevor sie in Anstalten eingewiesen wurden, einen Alltag hatten, in ihren Familien lebten, sich mit Freunden trafen.

AUSSTELLUNGSKATALOG



Der Ausstellungskatalog ist im Buchhandel für 19,99 € erhältlich (Springer Medizin Verlag).

Ein Ausstellungskatalog in leicht verständlicher deutscher Sprache ist in der gedruckten Fassung für 5 € (plus Porto) bei der DGPPN-Geschäftsstelle erhältlich. Als PDF-Datei ist er kostenlos abrufbar auf: www.dgppn.de/ausstellung

DAS SCHICKSAL VON IRMGARD HEISS

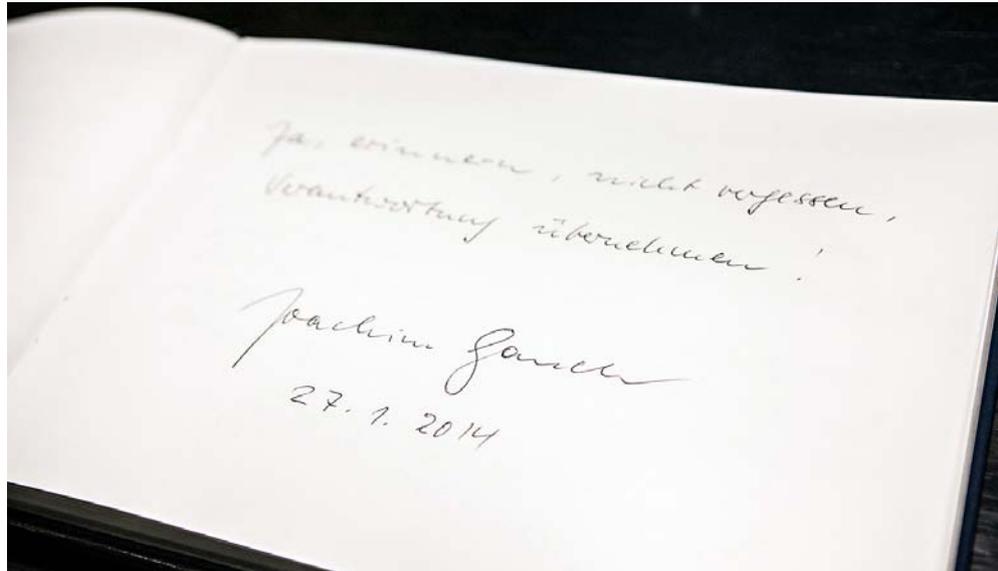
Die dokumentierten Schicksale erschüttern: Irmgard Heiss z. B., die mit fünf Geschwistern in Detmold aufwuchs. Als 1925 ihre Tochter zur Welt kam, entwickelte sie eine „große Unruhe“. Fortan wurde sie als Schizophrenie-Patientin in verschiedene psychiatrische Einrichtungen eingewiesen. 1929 erfolgte ihre Entmündigung. 1941 kam



Irmgard Heiss stirbt 1944 an den Folgen des jahrelangen Aufenthaltes in der Hungeranstalt Weilmünster.

die damals 47-Jährige in die Anstalt Weilmünster in Hessen, wo die Erkrankten dem langsamen Tod durch Verhungern ausgesetzt wurden. Erst als sie vom bedrohlichen Zustand erfuhr, holte die Familie Irmgard Heiss nach Hause. Als „Skelett, dem man einen Mantel umgehängt hat“, beschrieb ihre Schwester sie später. Wenige Monate später ließ sie sie in das Lindenhaus bei Legmo einweisen, wo sie 1945 verstarb.

„Wenn ich mir die Ausstellung ansehe, wird mir immer noch mulmig“, sagte Bundestagsvizepräsidentin Ulla Schmidt vor rund 500 Gästen, als sie



Eintrag von Bundespräsident Joachim Gauck im Gästebuch der Ausstellung.

die Ausstellung am 27. Januar 2014 im Paul-Löbe-Haus des Deutschen Bundestages eröffnete. Denn den Biographien der Opfer stellt die Ausstellung jene von Tätern und Tatbeteiligten gegenüber. Dabei wird deutlich: Die Verfolgung geschah inmitten der Gesellschaft. Ärzte, Krankenschwestern, Fahrer, „Leichenbrenner“ und Verwaltungskräfte wirkten gemeinsam am Patientenmord mit. Auch sie sind überwiegend in privaten Situationen zu sehen.

AUFARBEITUNG DER GESCHICHTE

„Ja, erinnern, nicht vergessen, Verantwortung übernehmen!“, mit seinem Eintrag im Besucherbuch hielt der Schirmherr und erste Besucher der Ausstellung, Bundespräsident Joachim Gauck, fest, worum es in der Wanderausstellung geht. An die Opfer der NS-Euthanasie wolle nach 1945 für lange Zeit kaum jemand erinnern. In vielen betrof-

fenen Familien wurde ihre Geschichte verschwiegen. Manche Täter und etliche Tatbeteiligte setzten ihre Karrieren im Nachkriegsdeutschland nahtlos fort. Auch für die psychiatrische Fachgesellschaft in Deutschland stand die Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte viele Jahrzehnte nicht auf der Agenda. Seitens der psychiatrischen Fachvertreter begann in den 80er-Jahren allmählich eine ernsthafte Aufarbeitung der Geschichte. 1992 wurde eine Resolution verabschiedet, in der die Gesellschaft »ihren Abscheu und ihre Trauer im Rückblick auf den Holocaust an Geisteskranken, Juden und anderen verfolgten Menschen« bekräftigt. Die systematische Aufarbeitung der Geschichte leitete die DGPPN 2009 mit einer Satzungsänderung ein. Im gleichen Jahr wurde eine internationale Kommission von Historikern zur Aufarbeitung der Geschichte eingerichtet.

STATIONEN DER AUSSTELLUNG

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

Ausstellungseröffnung:
25. März 2014

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

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

HAUPTSTADTSYMPOSIUM

VOM GESUNDHEITSWESEN VERGESSEN? DEMENZKRANKE IN DER MEDIZINISCHEN VERSORGUNG

09.04.2014 | 12.30–16.30 Uhr

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstraße 58/59 | 10117 Berlin

Eintritt frei, CME-zertifiziert

Inhaltliche Schwerpunkte des Symposiums

- Demographie der Demenz
- Demenzkranke im Krankenhaus
- Demenzkranke in Pflegeheimen und Zuhause
- Fortschritte in Diagnostik und Behandlung
- Behandlungsethik: Autonomie und Würde
- Sektorenübergreifende Modelle guter Praxis

Anmeldung und detailliertes Programm auf www.dgppn.de



Nach wie vor wird die Versorgung von Demenzpatienten als vorwiegend pflegerische Aufgabe betrachtet. Dabei wird übersehen, dass ein sehr großer Anteil von demenziell erkrankten Menschen unzulänglich medizinisch betreut wird.

Ein Beispiel: Pflegerischer Bedarf entsteht bei Demenzen insbesondere auch durch psychologische Probleme und Verhaltensauffälligkeiten. Deren ungenügende psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung verursacht oft erst vermeidbare Problemsituationen für die demenziell erkrankten Menschen

und die Pflegenden. Der Verbrauch von Antipsychotika in Pflegeheimen ist oft die Folge, die jedoch häufig vermieden werden könnte.

Doch vor dem Hintergrund des demographischen Wandels ist heute ein umfassender Versorgungsansatz erforderlicher denn je. Deshalb diskutiert die DGPPN auf ihrem 17. Hauptstadtsymposium die drängendsten Fragen und Herausforderungen in der Versorgung von Demenzpatienten.

Im Fokus steht dabei die qualitätsgesicherte und multiprofessionelle Versorgung demenziell Erkrankter in verschie-

denen Settings. Dabei werden auch Unterstützungsangebote, innovative Therapieansätze und Modelle guter zukunftsweisender Praxis vorgestellt.

Eine intensive, kompetente fachärztliche sowie pflegerische Betreuung ist für Demenzkranke von großer Bedeutung, jedoch häufig nicht in ausreichendem Maß gewährleistet. Die Betreuung stellt ein relevantes Element für den Verlauf dar, welches sowohl im Interesse des Patienten und auch seiner Angehörigen steht, nicht zuletzt aber auch ein gesamtgesellschaftliches Interesse ist.

HINTERGRUND

In Deutschland leben gegenwärtig rund 1,4 Millionen Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind. Jährlich werden annähernd 300.000 neue Fälle diagnostiziert. Prognosen rechnen für das

Jahr 2050 mit drei Millionen Betroffenen, von denen rund jeder Dritte älter als 90 Jahre sein wird. Bereits heute ist eine Demenzerkrankung der wichtigste Grund für den Eintritt in ein Pflegeheim

geworden, Schätzungen gehen davon aus, dass ab dem Jahr 2020 jeder fünfte Krankenhauspatient demenziell erkrankt sein wird.

REFERATE AKTUELL

PFLEGE IN DER PSYCHIATRIE

Bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen kommt der psychiatrischen Pflege eine wichtige Rolle zu. Um die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Fachärzten zu fördern, hat die DGPPN 2011 das Referat Psychiatrische Pflege ins Leben gerufen. Zentrales Ziel ist es, die Inhalte der psychiatrischen Pflege in der Wissenschaft und Praxis zu fördern.

Autoren: André Nienaber, Stephan Bögershausen

Die psychiatrische Pflege nimmt in den unterschiedlichen Behandlungssettings von ambulant bis stationär eine wichtige Rolle im therapeutischen Prozess ein. Ein Fokus der Pflege und zentrales Wirkmerkmal einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung liegt auch in der Gestaltung einer therapeutischen Beziehung. In seiner Nachlese zum Dreiländerkongress Pflege in der Psychiatrie 2012 hält der Wiener Psychiater und Psychoanalytiker Karl Purzner fest, dass kein anderer Berufsstand im multiprofessionellen Team über „eine vergleichbare ganzheitliche Perspektive auf den kranken und betreuungsbedürftigen Menschen und seine Angehörigen verfüge als die Pflege“. Keinem anderen Berufsstand stellten sich so viele Möglichkeiten, Betroffene in räumlicher, zeitlicher, sozioemotionaler und bedürfnisorientierter Hinsicht zu beobachten und Einfluss auf sie zu nehmen.

Vor diesem Hintergrund hat sich das Referat zum Ziel gesetzt, die Transdisziplinarität und Wissenschaft in der psychiatrischen Pflege zu fördern. In enger Zusammenarbeit mit den wissenschaftlichen Fachgesellschaften und den Berufsverbänden soll der Prozess der Professionalisierung der Pflege weiter unterstützt werden.

Konkret stehen für das Referat Psychiatrische Pflege folgende Schwerpunktthemen im Vordergrund:

- **Pflegepraxis und Pflegemanagement:** Hierbei geht es vor allem um die Bereitstellung praktischer Lösungen für die Gestaltung von Versorgungsprozessen und den Transfer (pflege-)wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis.
- **Prävention und Gesundheitsförderung:** Im Mittelpunkt steht die intensive thematische Kooperation mit allen Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens.
- **Professionalisierung der psychiatrischen Pflege:** Dieser Schwerpunkt widmet sich insbesondere der Identifikation von pflegerelevanten gesundheitlichen Problemen und die daraus zu generierenden pflegerischen Interventionen.
- **Förderung der Pflegewissenschaften, Erforschung des Handlungsfelds Pflege:** Der Schwerpunkt Grundlagenforschung zielt deshalb u. a. auf die Erweiterung der theoretischen Fundierung der Disziplin Pflege.
- **Mitarbeit an der Erstellung von Stellungnahmen/Leitlinien:** Durch die Mitarbeit an Leitlinien und wissenschaftlichen Stellungnahmen soll das Fach weiter professionalisiert werden.
- **Länderübergreifende Forschungsprojekte:** Im Sinne von „Networking“ stehen die Organisation und Durchführung gemeinsamer Projekte im Zentrum dieses

Schwerpunktbereiches.

- **Aus-, Fort- und Weiterbildung für Pflegekräfte:** Das Mitwirken bei Fragen der Aus-, Fort- und Weiterbildung ist ein zentrales Ziel dieses Schwerpunktbereiches.
- **Mitwirkung beim DGPPN Kongress:** Im Fokus stehen vor allem die Identifikation und Koordination pflegerelevanter Beiträge und die Entwicklung und Förderung fachspezifischer, inter- und transdisziplinärer Forschungsthemen.

In den nächsten Jahren gilt es, anstehende Veränderungen sowohl im Hinblick auf das neue Entgeltsystem in der Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) als auch im Hinblick auf die Entwicklung zukünftiger Versorgungsstrukturen aktiv zu gestalten. Diese Gestaltung wird nur gelingen, wenn sich alle Gruppen mit ihrem Beitrag an dem Aufbau eines gemeinsamen Ganzen beteiligen. Die psychiatrische Pflege ist nur ein Baustein in dem komplexen Versorgungsprozess und möchte auf diese Weise ihren Beitrag für eine gute psychiatrische Versorgung leisten.

DIPL. PFLEGEWIRT

STEPHAN BÖGERSHAUSEN

Leiter DGPPN-Referat Psychiatrische Pflege
Stellv. Pflegedirektor LWL-Klinik Lengerich

ANDRÉ NIENABER, M.SC.

Stv. Leiter DGPPN-Referat Psychiatrische Pflege
LWL-Klinikum Gütersloh

VORSTAND IM PROFIL

ENGAGEMENT AUS LEIDENSCHAFT

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



BEISITZER PUBLIKATIONEN
UND E-LEARNING,
PRÄSIDENT DER DGPPN VON
2009-2010

Prof. Dr. med. Dr. rer. soc.

Frank Schneider

Direktor der Klinik für Psychiatrie,
Psychotherapie und Psychosomatik,
Uniklinik RWTH Aachen
fschneider@ukaachen.de

Angenommen, Sie haben einen Wunsch bei der Forschungsministerin frei – wie würde dieser lauten?

Die gegenwärtige Förderung von psychiatrischen Forschungsnetzen, wie wir gerade eines an die RWTH Aachen holen konnten, ist ein guter Schritt, aber ein Deutsches Gesundheitszentrum für psychische Erkrankungen das Ziel. Wir brauchen ein solches Zentrum, bestehend aus einem Ring qualifizierter Hochschuleinrichtungen, um Grundlagenforschung und klinische Forschung auf exzellentem Niveau machen und miteinander vernetzen zu können. Dies ist die Politik den Patienten, den Angehörigen und der Gesellschaft schuldig. Und ein bisschen auch den Psychiatern.

Würden Sie Ihrem Kind empfehlen, Psychiater zu werden?

Natürlich! Die meisten Medizinstudenten sehen, dass es ein wunderbares und zukunftsorientiertes Fach ist, was den Menschen in den Mittelpunkt stellt. Dazu hat es noch ganz besondere, biologische wie psychologische Forschungsmöglichkeiten. Deswegen wird eine meiner drei Töchter auch Psychiaterin.

Sie engagieren sich ehrenamtlich im Vorstand der DGPPN. Was motiviert Sie dazu?

Nun, Identifikation mit „meinem“ Fach. Dazu kommt der Wunsch, zu besseren Strukturen und adäquatem Mittelaufkommen für unsere Arbeit zu kommen. Dies gilt für die ambulante und stationäre Arbeit wie für die Forschung: Wir haben inzwischen die Forschungsmethoden zur Verfügung, um die Grundfragen des Faches zu klären. Und in den letzten Jahren, dies begann in meiner Präsidenschaft, die Auseinandersetzung mit den Geschehnissen in der NS-Zeit und die Annahme der Verpflichtung, die Zukunft verantwortungsvoll zu gestalten.

Krimi oder Romanze? Romanze: trifft mehr das Leben.

Pünktlich oder zu spät? Struktur ist für alle gut, auch für uns selbst.

Füller oder Tastatur? Kann nicht mal jemand einen Füller fürs Pad erfinden?

Sport oder Sofa? Sport, da hält man länger.

Exotisch oder gutbürgerlich? Nicht der Durchschnitt, die Variationen bringen uns voran.

DGPPN-REFERATE

VIER NEUE SCHWERPUNKTE

Die über 30 Referate der DGPPN bilden das gesamte Spektrum der psychischen Gesundheit ab und bringen sich in die Vorstandsarbeit ein. Folgende neue Referate wurden berufen:

- Gemeindepyschiatrie
Leiter: Dr. med. Raoul Borbé
Stv. Leiter: Dr. Ulf Künstler und Dr. Oliver Biniash
- Religiosität und Spiritualität
Leiter: Prof. Dr. phil. Michael Utsch
Stv. Leiter: Dr. med. Samuel Pfeifer
- Gesundheitsfachberufe
Leiterin: Angela Döring
Stv. Leiterinnen: Prof. Dr. Ursula Walkenhorst und Beatrix Evers-Grewe
- Psychiatrie und Psychotherapie für Einsatzkräfte
Leiter: Priv.-Doz. Dr. Dr. Niels Bergemann



KASSENFÜHRER

Dr. med. Andreas Küthmann
 Ärztlicher Direktor der Klinik für
 Psychiatrie, Psychotherapie und
 Psychosomatik, Bezirkskranken-
 haus Memmingen
[andreas.kuethmann](mailto:andreas.kuethmann@bkh-memmingen.de)
[@bkh-memmingen](https://www.instagram.com/bkh-memmingen)

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

Meine erste Begegnung mit dem Fach fand im Rahmen der Hauptvorlesung von Professor Hanns Hippus an der Ludwig-Maximilians-Universität München statt. Ganz besonders beeindruckt haben mich die Patientenvorstellungen. Fasziniert von der Thematik absolvierte ich anschließend eine Famulatur. Schon damals interessierte mich vor allem die Bandbreite des Fachs Psychiatrie und Psychotherapie. Wir beschäftigen uns mit dem Menschen mit allen seinen Facetten – Seele, Geist und Körper – und begegnen ihm als Person.

Wie grenzen Sie sich von den langen Arbeitszeiten und der ständigen Erreichbarkeit ab?

Das Wichtigste für mich ist meine Familie. Gerne wandere ich auch in den Bergen. Der Blick vom Gipfel herab lässt mich den Alltag vergessen. Samstagmorgen gehe ich meist auf den Wochenmarkt und lasse den Tag mit Freunden bei gutem Essen ausklingen. In all diesen Dingen und im christlichen Glauben finde ich Halt und kann mich vom Arbeitsalltag abgrenzen.

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

Sie erlaubt es mir, die Entwicklungen in unserem Fachgebiet – das in unserer Gesellschaft immer mehr an Bedeutung gewinnt – unmittelbar mitzerleben und, vielleicht, auch ein wenig mitzugestalten. Und es reizt mich, noch mehr Mitglieder zu gewinnen und so die DGPPN zu stärken.

Krimi oder Romanze? Krimi.

Pünktlich oder zu spät? Unbedingt pünktlich.

Füller oder Tastatur? Montblanc oder Apple.

Sport oder Sofa? Gut biblisch – „Alles hat seine Zeit“.

Exotisch oder gutbürgerlich? Beides und noch viel mehr.



VERTRETER FACHKLINIKEN
 PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERA-
 PIE UND PSYCHOSOMATIK
Prof. Dr. med.
Thomas Pollmächer
 Direktor des Zentrums und
 Chefarzt der Klinik für Psychi-
 atrie und Psychotherapie, Klini-
 kum Ingolstadt
[thomas.pollmaecher](mailto:thomas.pollmaecher@klinikum-ingolstadt.de)
[@klinikum-ingolstadt.de](https://www.klinikum-ingolstadt.de)

Welches sind die größten Herausforderungen im Gesundheitswesen?

Die größte medizinisch-wissenschaftliche Herausforderung bleibt das Verständnis der Funktion des Gehirns und seiner komplexen Erkrankungen in ihrem psychosozialen Kontext. Die größte ökonomische Herausforderung ist der demographische Wandel und die größte soziale Herausforderung die Begrenzung der Technisierung der Medizin zugunsten einer Orientierung am kranken Menschen.

Warum sollen sich junge Ärzte für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie entscheiden?

Wer sich als Arzt im ureigenen Sinn dem ganzen Menschen zuwenden will, der hat hierzu als Psychiater und Psychotherapeut ausgezeichnete Möglichkeiten. Und wer dieses Fach heute wählt, der kann eine Zukunft mitgestalten, in der die psychosoziale Medizin dynamisch wachsen und stetig an Bedeutung gewinnen wird. Denn Gesundheit fängt im Kopf an – und da liegt der Schlüssel zum Verständnis von Wohlbefinden und Krankheit.

Sie sind Vorstandsvorsitzender der Bundesdirektorenkonferenz und arbeiten zusätzlich ehrenamtlich im Vorstand der DGPPN. Was möchten Sie damit erreichen?

Wissenschaftliche Fachgesellschaften werden von akademischen Themen und akademischen Lehrern dominiert. Von diesem Elfenbeinturm ist die schnöde Wirklichkeit der klinischen Versorgungsrealität immer ein gutes Stück weit entfernt. Ich möchte dabei helfen, diese Distanz aus beiden Blickwinkeln zu verkürzen.

Krimi oder Romanze? Hauptsache es knistert ...

Pünktlich oder zu spät? Oder kurz vor den anderen?

Füller oder Tastatur? Jedem Medium seine Zeit.

Sport oder Sofa? Am liebsten eine Chaiselongue.

Exotisch oder gutbürgerlich? Von beidem das Beste.

BERUFSPERSPEKTIVE

ARBEITEN IN DER EIGENEN PRAXIS

Frischen Fachärztinnen und Fachärzten der Psychiatrie und Psychotherapie bieten sich viele Möglichkeiten: Sie können sich für einen universitären Klinikalltag entscheiden, die reizvollen Aufgaben in einer Abteilung eines Fachkrankenhauses übernehmen oder die Chancen der vertragsärztlichen Tätigkeit ergreifen und sich in eigener Praxis niederlassen.

Der Bedarf an Psychiaterinnen und Psychiatern in Deutschland steigt: Immer mehr Menschen mit psychischen Erkrankungen nehmen fachärztliche Behandlung in Anspruch. Gleichzeitig sind auch immer mehr somatische Erkrankungen mit psychischen Begleiterkrankungen zu verzeichnen. Nach aktuellen Auswertungen des Zusatzmoduls „Psychische Störungen“ (DEGS1-MH; siehe Seite 2) liegt die Ein-Jahres-Prävalenz für psychische Erkrankungen in der Altersgruppe der 18- bis 65-jährigen bei 31,1 %.

Menschen mit psychischen Erkrankungen werden stationär und/oder ambulant behandelt. Insbesondere nach einem vorübergehenden stationären Aufenthalt ist eine konsequente ambulante Weiterbehandlung für Betroffene notwendig, um eine kontinuierlich gute Lebensqualität aufrechtzuerhalten. Vor allem chronisch kranke Patienten kommen in die psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis und benötigen eine langjährige Unterstützung.

DIE EIGENE PRAXIS ALS CHANCE

Viele Fachärzte träumen von der eigenen Praxis, denn die Selbstständigkeit bietet Attraktivität: Unabhängigkeit, freie Arbeitszeiteinteilung sowie intensive und kontinuierliche Patientenkontakte. Doch was braucht es, um sich niederzulassen und wer könnte bei den ersten Schritten in die Selbstständigkeit unterstützen?



Eine eigene Praxis bietet viele Chancen.

Die DGPPN, der Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) und der Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP) beraten und begleiten Fachärzte, die sich für eine eigene Praxis entscheiden. Noch während der Weiterbildungszeit können Assistenzärzte ihre berufliche Weiterentwicklung in Richtung Niederlassung lenken und den späteren Einstieg in die Selbstständigkeit vorbereiten – z. B. indem sie bis zu 24 Monate im ambulanten Bereich arbeiten. Um weitere Erfahrung zu sammeln, bieten sich etwa Praxisvertretungen oder Tätigkeiten als Co-Therapeut bei einer psychiatrischen Gruppe an. Grundsätzlich müssen folgende Voraus-

setzungen erfüllt sein, um sich als Psychiater und Psychotherapeut niederlassen zu können:

- Facharztstatus
- Eintrag ins Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung
- Vertragsarztsitz; um eine Praxis zu eröffnen, brauchen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie einen Nervenarztsitz; alternativ können sie eine Zulassung auf Vertragsarztsitz für ärztliche Psychotherapeuten beantragen, dies setzt jedoch den Verzicht auf die Ausübung des psychiatrischen Teils des Berufes voraus.

Eine eigene Praxis zu eröffnen ist auch ein unternehmerisches Vorhaben, bei dem finanzielle Aspekte eine wichtige Rolle spielen. Daher ist eine Beratung im Vorfeld durch die Berufsverbände sowie einen vertragsrechtlich versierten Juristen unabdingbar.

Folgende Niederlassungsmöglichkeiten gibt es:

Einzelpraxis:

Bei diesem über viele Jahrzehnte gängigen Modell lässt man sich in eigenen Praxisräumen nieder und arbeitet entweder mit einer Kassenzulassung oder ausschließlich privat. Großer Vorteil gegenüber anderen niedergelassenen Fachärzten sind die geringeren Praxiskosten. Man benötigt keine umfangreiche Geräteapparatur und kommt oft auch mit einer überschaubaren Anzahl an medizinischen Fachangestellten aus. Das hängt im Einzelnen mit der Praxisstruktur zusammen.

Gemeinschaftspraxis und Praxisgemeinschaft:

Neben der eigenen Praxis gibt es weitere Modelle, eine Praxis zu führen. Entweder gründet man eine Praxis zusammen mit einem zweiten Kollegen und

teilt die Kosten für Miete, Personal etc. ebenso wie die Einnahmen. Das bedeutet, dass man gemeinsam eine KV-Abrechnungs-Nummer erhält und über diese abrechnet. Oder man eröffnet eine Praxisgemeinschaft, in der die Kosten für Räumlichkeiten, Posten etc. geteilt werden, jedoch der wirtschaftliche Gewinn der Praxis separat abgerechnet wird, d. h. mit zwei oder mehreren KV-Nummern.

Das Jobsharing-Modell:

Eine interessante neue Art der Niederlassung bietet das sogenannte Jobsharing. Das Modell des Jobsharings ebnet den Weg einer vertragsärztlichen Tätigkeit in „gesperrtem“ Gebiet, also in einem Gebiet, in dem es keinen freien Nervenarztsitz gibt. Beim Jobsharing wird ein Vertragssitz geteilt. Dies ist ausschließlich bei Fachgleichheit möglich: Ein Nervenarzt und ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie können sich einen Vertragssitz teilen, nicht jedoch ein Psychiater und ein Neurologe. Das Jobsharing muss durch den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung genehmigt werden. Das Modell ist durchaus auch für angehende Ärzte attraktiv, die zunächst ein-

mal die Selbstständigkeit kennenlernen oder ausprobieren möchten. Der halbe Vertragssitz setzt dabei eine Tätigkeit von mindestens zehn Stunden pro Woche voraus. Prinzipiell bekommen Mitgesellschafter einer Praxis, die das Jobsharing praktizieren, nach zehn Jahren unabhängig von der Bedarfsplanung einen eigenen Vertragsarztsitz.

GUTE AUSSICHTEN

Aktuelle sozial- und berufspolitische Entwicklungen bringen notwendige Erleichterung für den Sektor der niedergelassenen Psychiater und Psychotherapeuten. Die Niederlassungsgrenze von 55 Jahren sowie die Altersgrenze von 68 Jahren fielen weg. Ferner lassen regionale Gremien die zusätzliche Möglichkeit der Sonderbedarfszulassung zu. Auch die finanziellen Vorteile der vertragsärztlichen Tätigkeit schaffen gute Anreize.

Psychiatrie und Psychotherapie in der Praxis bleibt spannend, erfüllend und lukrativ. Wer sich niederlassen möchte, hat heute gute Chancen, erfolgreich eine Praxis zu führen. Wichtig hierfür ist es, die notwendigen Regeln zu beachten und sich gut zu vernetzen.



DGPPN SUMMER SCHOOL

Jetzt Termin vormerken!

3. bis 5. Juli 2014 in Berlin

Die DGPPN lädt zur zweiten Summer School nach Berlin ein. Für junge Psychiaterinnen und Psychiater veranstaltet die Fachgesellschaft in diesem Jahr drei Tage lang eine fachübergreifende Fortbildung mit Nachwuchscharakter. Themenschwerpunkte sind diesmal die forensische Psychiatrie sowie die Psychosomatik.

*Mehr Infos auf www.dgppn.de
> Junge Akademie*

DIE GESELLSCHAFT DEUTSCHER NEUROLOGEN UND PSYCHIATER IM NATIONALSOZIALISMUS

PSYCHIATRIE ZWISCHEN WISSENSCHAFT UND POLITIK

Die Literatur zur Geschichte der Psychiatrie im nationalsozialistischen Deutschland füllt mittlerweile viele Regalmeter. Die Geschichte der psychiatrisch-neurologischen Fachgesellschaften zur Zeit des „Dritten Reiches“ ist dagegen bislang kaum untersucht worden. Ein von der DGPPN in Auftrag gegebenes Forschungsprojekt soll diese Lücke nun schließen.

Autor: Hans-Walter Schmuhl

War die Gründung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater im Jahre 1935 das Ergebnis einer vom Staat erzwungenen „Gleichschaltung“ von oben oder einer gleichsam in vorausgehendem Gehorsam vollzogenen „Selbstgleichschaltung“? [1] Bei genauerer Betrachtung zeigt sich, dass sich die historische Realität einer allzu einfachen Deutung entzieht. Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten kam es an der Schnittstelle von Wissenschaft und Politik zur Bildung eines Netzwerkes, das sich anschickte, die Landschaft der wissenschaftlichen Fachgesellschaften umzugestalten. Die zentrale Achse dieses Netzwerkes verlief zwischen dem Reichsministerium des Innern und der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München, genauer: zwischen Arthur Gütt, dem neuen Leiter der Abteilung Volksgesundheit im Reichsinnenministerium und starken Mann in der staatlichen „Gesundheitsführung“, und Ernst Rüdin, dem geschäftsführenden Direktor der Forschungsanstalt. In der ausgehenden Weimarer Republik war Rüdins Einfluss auf die deutsche rassenhygienische Bewegung deutlich zurückgegangen. Mit der „braunen Revolution“ kam es indes zu einer dramatischen Verschiebung der Kräfteverhältnisse. Rüdin, der bis dahin in den wissenschaftlichen Fachgesellschaften keine zentrale Position innegehabt hatte,

gelang es innerhalb von nur zwei Jahren, die Fachgesellschaften für psychische Hygiene, Psychiatrie und Neurologie unter seine Kontrolle zu bringen und unter einem Dach zu vereinen.

DER VERSCHLUNGENE WEG ZU EINER VEREINIGTEN FACHGESELLSCHAFT

Die erste Phase dieses Fusionsprozesses umfasste die kurze Zeitspanne von Ende Mai bis Ende Juli 1933. Am Anfang stand die „Gleichschaltung“ der „Deutschen Gesellschaft für Rassenhygiene und Eugenik“. Der nationalsozialistische Reichsinnenminister Wilhelm Frick stellte Rüdin als „Reichskommissar für Rassenhygiene“ an die Spitze dieser Gesellschaft und berief ihn in den wichtigen „Sachverständigenbeirat für Bevölkerungs- und Rassenpolitik“. Damit sah sich Rüdin unversehens in den Mittelpunkt wissenschaftlicher Politikberatung auf dem so wichtigen Feld der Biopolitik gestellt. Jetzt hatte er einen Hebel, um den Deutschen Verband für Psychische Hygiene unter seinen Einfluss zu bringen, sollte er doch gegenüber dem Reichsinnenministerium eine Empfehlung abgeben, ob die Deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene und der Verband für Psychische Hygiene fusionieren sollten. Mit Ausnahme des Vorsitzenden Robert Sommer suchten alle Vorstandsmitglieder des Ver-

bandes für Psychische Hygiene im Juni 1933 von sich aus die Verständigung mit Rüdin – allen voran der Geschäftsführer Hans Roemer.

Von ganz besonderem Interesse ist das streng vertrauliche Schreiben Paul Nitsches, des Direktors der Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein bei Pirna, vom 29. Juni 1933. Nitsche plädierte nachdrücklich dafür, den Verband für Psychische Hygiene im Deutschen Verein für Psychiatrie aufgehen zu lassen. Ziemlich unverhohlen plädierte er dafür, seinen akademischen Lehrer Karl Bonhoeffer aus dessen Position als Vorsitzender des Vereins für Psychiatrie zu verdrängen. Rüdin und Nitsche verabredeten ein Bündnis in diesem Sinne. So war eine völlig neue Konstellation entstanden: Ging es zunächst nur um die Frage, ob der Verband für Psychische Hygiene als eigenständige Fachgesellschaft fortbestehen sollte, so war nun der Plan herangereift, diesen Fachverband in den Deutschen Verein für Psychiatrie zu inkorporieren, gleichsam als Trojanisches Pferd, um die Sache der Rassenhygiene in der psychiatrischen Fachgesellschaft zu stärken. Hans Roemer bereitete als „Adlatus“ [2] Rüdins dessen Machtübernahme im Vorstand des Verbandes für Psychische Hygiene vor, die am 16. Juli erfolgte. Einen Tag später wandte sich Rüdin in einem ausführlichen Schreiben an Gütt und legte seinen Plan dar, den Verband für Psy-

chische Hygiene im Verein für Psychiatrie aufgehen zu lassen, damit dieser „für die neuen Ideen und Bestrebungen [...] etwas elektrifiziert“ [3] werde.

Rüdin bekam grünes Licht von Gütt, und so waren die Würfel praktisch schon gefallen, als am 29. Juli 1933 der Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Berlin mit Rüdin und Roemer zusammentraf. Die Fraktion um Bonhoeffer stand von vornherein auf verlorenem Posten. Rüdin wurde ohne Widerstand zum stellvertretenden Vorsitzenden gewählt, zugleich wurde eine Kommission eingesetzt, um einen Fusionsvertrag auszuarbeiten.

Damit begann die zweite Phase der Gründungsgeschichte, die bis zur Mitgliederversammlung des Vereins für Psychiatrie in Münster am 24./25. Mai 1934 reichte. Sie war geprägt durch eine virtuose Obstruktionspolitik des Netzwerks um Bonhoeffer, das die Vorbereitung der Fusion nach Kräften verschleppte. Wider Erwarten war Bonhoeffer im Mai 1934 noch immer Vorsitzender des Vereins für Psychiatrie. Dabei hatte sich Rüdin noch vor der Jahreshauptversammlung per Telegramm von Arthur Gütt bestätigen lassen, dass die „Übernahme des Vorsitzes“ durch Rüdin „unter Gleichschaltung des Vereins“ von Seiten der Regierung „erwünscht“ [4] sei. Rüdin verzichtete jedoch darauf, von dieser Vollmacht Gebrauch zu machen, offenbar, um einen Eklat in der außerordentlich gut besuchten Mitgliederversammlung, auch vor den ausländischen Gästen, zu vermeiden. Bonhoeffer konnte zwar nicht verhindern, dass Erblehre und Rassenhygiene in der Veranstaltung eine dominante Rolle spielten, in seiner Eröffnungsrede setzte er aber einen kritischen Akzent, indem er davor warnte, dass die zu einseitige rassenhygienische Ausrichtung eine „unerwünschte und unbeabsichtigte Rückwirkung“ auf die Psychiatrie haben und zur „Diskreditierung des Berufes“ [5] führen könnte.

ANFÄNGLICH SCHLEPPENDE "GLEICHSCHALTUNG"

Der dilatorische Kurs des Netzwerks um Bonhoeffer hatte einen Etappensieg errungen, mehr aber auch nicht. Die dritte Phase der Gründungsgeschichte, die den Zeitraum vom Juni bis zum Oktober 1934 umfasste, war von massivem politischem Druck geprägt. Das Reichsinnenministerium zeigte sich unzufrieden mit dem schleppenden Fortgang der Dinge: Die „Gleichschaltung“ des Vereins für Psychiatrie war ebenso wenig unter Dach und Fach wie die der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte

hatte Walther Jacobi zum geschäftsführenden Vorsitzenden gewählt.

Jacobi, seit 1930 Direktor der Nerven-klinik in Magdeburg, machte im „Dritten Reich“ zunächst eine steile Karriere. Als Mitglied der NSDAP, SA und SS verfügte er über politisches Kapital, zudem hatte er sich im Dezember 1933 mit einer Denkschrift für den Reichsärztführer Gerhard Wagner, in der er die Gesellschaft Deutscher Nervenärzte als „ungemein verjudet“ [6] denunziert hatte, für höhere Aufgaben empfohlen. Auf der wissenschaftlichen Bühne genoss Jacobi die Protektion Rüdens, der seine Berufung auf den Lehrstuhl



Ernst Rüdin mit Paul Nitsche auf der ersten Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater am 3. September 1935 in Dresden.

te, die seit Juli 1933 kommissarisch von Oswald Bumke geleitet wurde. Nachdem Gütt am 24. September ultimativ den Rücktritt der bisherigen Vorsitzenden der beiden Fachgesellschaften verlangt hatte, legte Bonhoeffer am 4. Oktober 1934 offiziell sein Amt nieder – damit rückte Rüdin an die Spitze des Vereins für Psychiatrie. Mittlerweile hatte auch der Vorstand der Gesellschaft Deutscher Nervenärzte getagt, die vom Reichsinnenministerium geforderten Satzungsänderungen beschlossen, war sodann zurückgetreten und

für Psychiatrie in Greifswald im Jahre 1934 durchdrückte. In einem langen Schreiben an Gütt schilderte Rüdin am 11. Oktober 1934 den Stand der Dinge und empfahl sich selbst als kommissarischen Vorsitzenden des zu schaffenden neuen Dachverbandes mit außerordentlichen Vollmachten. Rüdin bat Gütt bei dieser Gelegenheit förmlich, das in ihn gesetzte Vertrauen zu „erneuern“ und ihm die „Vollmacht“ zur Durchführung des „in großen Zügen entwickelten Programmes“ [7] zu erteilen.

Nachdem er das entsprechende Signal aus dem Reichsinnenministerium erhalten hatte, machte sich Rüdin im Verbund mit Jacobi und Nitsche daran, sein Programm praktisch umzusetzen. In dieser vierten Phase der Gründungsgeschichte, die vom Oktober 1934 bis zum März 1935 andauerte, wurden die Satzungen der neuen Dachorganisation ausgearbeitet und die Mitglieder des künftigen Beirats bestimmt.

DIE "AFFÄRE JACOBI"

Damit schien alles geklärt. Doch sorgte die „Affäre Jacobi“ noch einmal für Unruhe. Diese fünfte und letzte Phase der Gründungsgeschichte begann im April 1935, als das Reichswissenschaftsministerium ein Dienststrafverfahren gegen Jacobi in die Wege leitete, weil dieser gegenüber der Reichsstelle für Sippenforschung die teilweise jüdische Herkunft seiner zweiten Ehefrau verschwiegen hatte. Dem steilen Aufstieg Jacobis folgten nun ein jäher Sturz, die Entlassung aus dem Dienst und die Niederlegung aller Ämter. Es stellte sich jetzt die Frage, wer anstelle Jacobis zum stellvertretenden Reichsleiter der neuen Gesellschaft berufen werden sollte. Hier schaltete sich der Nestor der deutschen Neurologie, Max Nonne, ein und drückte seinen Nachfolger auf den Lehrstuhl für Neurologie in Hamburg, Heinrich Pette, durch. Widerstrebend gab Rüdin nach.

Mit der ersten Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater vom 1. bis 4. September 1935 in Dresden hatte die neue Fachgesellschaft eine – nach dem Willen Rüdins und seiner Verbündeten – vorläufige Gestalt erhalten. Nicht zu-

stande gekommen war die geplante psychotherapeutische Sektion. Bis 1941 bemühte sich Rüdin – im Bündnis mit Ernst Kretschmer – vergeblich, die ärztlichen, nicht psychoanalytisch orientierten Psychotherapeuten unter das Dach der Gesellschaft zu holen – alle Vorstöße in dieser Richtung scheiterten am hartnäckigen Widerstand von Matthias Heinrich Göring, dem Direktor des „Reichsinstituts für psychologische Forschung“ und Vorsitzenden der „Deutschen Allgemeinen Ärztlichen Gesellschaft für Psychotherapie“. Auch die

Fachgesellschaften nicht politisch diktiert, sondern in einem komplexen Interaktionsprozess zwischen Akteuren aus Wissenschaft und Politik ausgehandelt wurde. Zugegeben: Innerhalb dieses Netzwerkes lag die Macht eindeutig auf Seiten der politischen Akteure, die braunen Machthaber waren sich aber sehr wohl bewusst, dass sie die Kollaboration von Experten brauchten, um Macht in Herrschaft umzusetzen. Dies hatte zur Folge, dass die Akteure aus der Sphäre der Wissenschaft weitgehend autonom agieren konnten.

VORLÄUFERORGANISATIONEN DER DGPPN

1842 Gründung der
Gesellschaft von Deutschlands Irrenärzten

1864 Gründung des
Deutschen Vereins für Psychiatrie

1935 Gründung der
Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater

ENTWICKLUNG DER DGPPN

1954 Gründung der Deutschen Gesellschaft
für Psychiatrie und Nervenheilkunde

1992 Namensweiterung zur
Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Nervenheilkunde

2013 Namensweiterung zur
Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie
und Psychotherapie, Psychosomatik
und Nervenheilkunde

1940 von Paul Schröder, dem Direktor der Psychiatrischen und Nervenklinik Leipzig, gegründete „Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“ konnte nicht mehr eingegliedert werden. Zusammenfassend kann man sagen, dass die „Gleichschaltung“ der psychiatrisch-neurologischen

MITGLIEDSCHAFT „NICTARISCHER“ PSYCHIATER UND NEUROLOGEN

Wie weit die Spielräume waren, zeigt sich in einem – mit Blick auf die nationalsozialistische Ideologie zentralen – Punkt: der Mitgliedschaft von Menschen jüdischen Glaubens oder jüdischer Herkunft in der neuen psychiatrisch-neurologischen Fachgesellschaft. Vereinzelt Forderungen aus dem politischen Raum, „jüdische“ Mitglieder auszuschließen, empfanden sowohl Rüdin als auch Roemer als zu weitgehend, nicht aus Solidarität gegenüber den verfolgten Fachkollegen – gerade Ernst Rüdin stellt sich in seinen privaten Korrespondenzen als ein in der Wolle gefärbter Antisemit dar –, sondern aus taktischen Motiven, insbesondere mit Blick auf die internationale Fachöffentlichkeit. Man behandelte die Sache daher dilatorisch. Die Gesell-

schaft Deutscher Neurologen und Psychiater legte in ihrer Satzung von 1935 fest, dass der Reichsleiter, sein Stellvertreter, der Geschäftsführer und die Beiratsmitglieder „arisch“ sein mussten. Über die Neuaufnahme von Mitgliedern, die als „Nichtarier“ bzw. „Juden“ galten, sollte von Fall zu Fall ent-

schieden werden, wenngleich in der Praxis niemand aus diesem Personenkreis aufgenommen worden sein dürfte. Auch vermieden es Rüdin und Nitsche, „nichtarische“ Mitglieder bei den Jahrestagungen referieren zu lassen. Die bestehenden Mitgliedschaften von Menschen jüdischen Glaubens oder jüdischer Herkunft in der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater wurden hingegen bis 1939 nicht aufgehoben. Nach Angaben Rüdins gab es im August 1937 noch immer 49 Mitglieder, die als „jüdisch“ galten. Diese Praxis wurde von der Reichsärztführung und vom Reichsgesundheitsamt gedeckt. Erst im März 1939 – also nach dem Novemberpogrom – verfügte das Reichsgesundheitsamt angesichts des Erlöschens der Bestattung „jüdischer“ Ärzte eine einheitliche Regelung für alle medizinischen Fachgesellschaften, die „jüdische“ Mitglieder ausschloss.

MITTEL UND MÖGLICHKEITEN

Welche Wirksamkeit entfaltete die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater? Schließlich stellt sie sich als ein fragiles Gebilde dar. Ihre institutionelle Struktur blieb nur etwa vier Jahre intakt. Mit Beginn des Zweiten Weltkriegs kam die Geschäftsführung nahezu zum Erliegen, trotz erheblicher Anstrengungen gelang es nicht mehr, eine weitere Jahresversammlung abzuhalten, die Verbandsorgane tagten nicht mehr. Das informelle Netzwerk, das die institutionelle Struktur überformte, blieb freilich bis in die Endphase des Zweiten Weltkriegs hinein aktiv, wenngleich die Kommunikation immer schwieriger wurde.

Welche Mittel und Möglichkeiten standen der Gesellschaft zu Gebote, um an der Schnittstelle von Politik und Wissenschaft zu wirken, und zwar in beide Sphären hinein? Hier sind im Wesentlichen vier Instrumente zu nennen:

Erstens lag die Programmgestaltung der Jahrestagungen bei Rüdin und seinem inneren Kreis. Sie legten die Gene-

ralthemen der Sektionen fest, bestimmten die Themen der Haupt- und Kurzvorträge und die Referenten, übten über die seit 1936 bei der Anmeldung der Referate einzureichenden Inhaltsangaben eine Vorzensur aus und führten bis in die Diskussion hinein Regie. Zweitens kontrollierte der innere Zirkel die Redaktionen der einschlägigen Fachzeitschriften. Drittens hatten Rüdin und seine Verbündeten erheblichen Einfluss auf die Zusammensetzung der deutschen Delegationen auf internationalen Kongressen. Viertens schließlich konnte die Fachgesellschaft offizielle und inoffizielle Kanäle wissenschaftlicher Politikberatung nutzen, etwa durch vertrauliche Eingaben an das Reichsinnenministerium oder das Reichsgesundheitsamt oder aber durch Resolutionen und Denkschriften.

Umgekehrt konnte die Gesellschaft ihre Organe – insbesondere den Ausschuss für Praktische Psychiatrie – nutzen, um ihren Mitgliedern in Anwesenheit von Vertretern der Reichs- und Länderbehörden, des Deutschen Gemeindetages und des Reichsgesundheitsamtes die Leitlinien nationalsozialistischer Gesundheits- und Sozialpolitik zu vermitteln.

Das Hauptanliegen des Netzwerks um Ernst Rüdin war es, über die Fachgesellschaft die Rassenhygiene in Wissenschaft und Praxis der Psychiatrie und Neurologie hineinzutragen. In dieser Hinsicht war man durchaus erfolgreich. Dass die Umsetzung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in den Heil- und Pflegeanstalten ab dem 1. Januar 1934 in rasantem Tempo einsetzte und sehr rasch in eine in der Geschichte der Eugenik bis dahin beispiellose Dimension vorstieß, verdankte sich ganz wesentlich der Schulungsarbeit, die parallel zur Umgestaltung der Fachgesellschaften in die Wege geleitet wurde. Im Mittelpunkt stand dabei ein rassenhygienischer Schulungskurs, der im Januar 1934 an der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München stattfand und an dem etwa

120 Psychiater, überwiegend Direktoren und Oberärzte der Heil- und Pflegeanstalten, teilnahmen. In den Diskussionen nach den Vorträgen kamen viele offene Fragen, Bedenken und Anregungen zur Sprache. Für die Feinjustierung des Sterilisierungsprogramms war eine solche vertrauliche Aussprache – zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Gesetzes – von eminenter Bedeutung. Die Kritikpunkte der Praktiker fanden ihren Niederschlag etwa in dem von Rüdin mit verfassten amtlichen Kommentar zum „Gesetz zur Verhütung erbkran-



Die Geschichte der psychiatrisch-neurologischen Fachgesellschaften zur Zeit des „Dritten Reiches“ war bislang kaum untersucht worden.

ken Nachwuchses“. Auch in den folgenden Jahren blieb Rüdin die zentrale Anlaufstelle für die Monita sowohl der Ärzte in den Heil- und Pflegeanstalten als auch der als Gutachter und Beisitzer der Erbgesundheitsgerichte tätigen Fachkollegen.

Intensiv wirkte die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater an der Weiterentwicklung der Erbgesundheitspolitik mit und befasste sich mit Themen wie der „erbbiologischen Bestandsaufnahme“, dem Ausbau der psychiatrischen Außenfürsorge, der eugenischen Eheberatung und Ehegesetzgebung, der „Irrenstatistik“, der Ausdehnung des Sterilisierungsprogramms auf sogenannte „asoziale Psychopathen“, der Abtreibung aus eugenischer Indikation oder der Kastration von Triebtä-

tern nach dem „Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher“, der Einführung einer Sektionspflicht im Hinblick auf psychiatrische Patienten usw. In den Jahresversammlungen und in ihren Zeitschriften setzte die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater starke Akzente im Hinblick auf die Differentialdiagnostik etwa der Psychosen, der Epilepsien und des sogenannten „angeborenen Schwachsinn“.

Die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater setzte aber auch Probleme auf die politische Agenda, vor die sich die Psychiatrie infolge der NS-Erbgesundheitspolitik gestellt sah. Ein besonders heißes Eisen war die Unterbringung von strafrechtlich verurteilten Menschen in der Psychiatrie als zurechnungsunfähig oder vermindert zurechnungsfähig nach § 51 StGB in der Neufassung, die dieser durch das „Gewohnheitsverbrechergesetz“ erhalten hatte.

HINTERGRUND

Der vorliegende Artikel ist eine Kurzfassung des Abschlussberichts zum Forschungsprojekt "Geschichte des Deutschen Vereins für Psychiatrie, bzw. der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater in der Zeit des Nationalsozialismus", in dessen Rahmen geklärt werden soll, inwieweit die Vorläuferorganisationen der DGPPN und derer Repräsentanten bei dem sogenannten Euthanasieprogramm, der Zwangssterilisierung psychisch Kranker, der Vertreibung jüdischer und politisch missliebiger Psychiater und anderen Verbrechen in der Zeit zwischen 1933 und 1945 beteiligt waren.

2010 hatte der Vorstand der DGPPN eine internationale unabhängige Kommission zur Aufarbeitung der Geschichte der DGPPN eingerichtet. Diese Kommission besteht aus vier renommierten Medizinhistorikern. Diese sind in ihren Handlungen frei und unabhängig, also gegenüber der DGPPN nicht weisungsgebunden:

Eine Umfrage der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater unter den deutschen Heil- und Pflegeanstalten ergab, dass es infolge der Gesetzesänderung – aus der Sicht der Psychiater – in vielen Fällen zu „Fehlbelegungen“ gekommen war, die den Krankenhauscharakter der Heil- und Pflegeanstalten gefährdeten. Von Seiten der Behörden wurde es nicht gerne gesehen, dass die Fachgesellschaft dieses Thema öffentlich verhandelte – ein entsprechender Hinweis aus dem bayerischen Innenministerium aus dem Jahre 1936 gehört zu den wenigen Belegen für eine Einflussnahme staatlicher Stellen in inhaltlichen Fragen. Es war der rheinische Anstaltsdezernent Walter Creutz, also ein beamteter Arzt, der schließlich die Ergebnisse der Umfrage vor dem „Ausschuss für praktische Psychiatrie“ im Rahmen der IV. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Neurologen

- Volker Roelcke (Vorsitz), Professor und Leiter des Instituts der Geschichte der Medizin an der Justus-Liebig-Universität Giessen
- Carola Sachse, Professorin am Institut für Zeitgeschichte der Universität Wien
- Heinz-Peter Schmiedebach, Professor und Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Paul Weindling, Professor in the History of Medicine, School of Arts and Humanities, Oxford Brookes University

Die „Kommission zur Aufarbeitung der Geschichte der DGPPN“ vergab den Forschungsauftrag an Prof. Hans-Walter Schmuhl (Bielefeld) und Prof. Rakefet Zalashik (Israel). In absehbarer Zeit wird der Abschlussbericht als wissenschaftliche Monografie erscheinen.

und Psychiater in Köln am 24. September 1938 referierte und im Jahr darauf in der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie“ publizierte. Wenig später wurde Creutz als Nachfolger Nitsches zum Geschäftsführer der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater berufen [8].

Die Gesellschaft befasste sich jedoch keineswegs nur mit Fragen rund um den Themenkreis der Erbgesundheitspolitik. Seit 1936 legte sie, nach anfänglichem Zögern, besonderes Gewicht auf die Förderung der neu entwickelten somatischen Therapieformen, der Insulinkoma-, der Cardiazol- und Elektrokampftherapie [9]. Hinter den Kulissen warb Rüdin bei den Reichsbehörden für die neuen Verfahren. Für Rüdin und seinen inneren Kreis bestand kein Widerspruch zwischen den neuartigen Therapieformen und einer rassenhygienisch angeleiteten Erbgesundheitspolitik. Betrachtet man die Schwerpunkte ihrer Interessenpolitik in der Zusammenschau, so kommt man zu dem Schluss, dass für sie die anatomische, histologische, serologische und pathophysiologische Grundlagenforschung, die „aktiverer Krankenbehandlung“ und offene Fürsorge, Schock- und Krampftherapien, Neurochirurgie, Psychotherapie, psychische Hygiene, empirische Erbprognose und negative Eugenik allesamt Elemente eines Kontinuums psychiatrisch-neurologischer Wissenschaft und Praxis bildeten.

Die Hoffnung auf ein „goldenes Zeitalter“ der Psychiatrie erfüllte sich jedoch nicht. Indem die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater ihren Teil dazu beitrug, Psychiatrie und Neurologie der Erbgesundheitspolitik des Regimes nutzbar zu machen, half sie, die Psychiatrie in eine tiefe Legitimationskrise zu manövrieren.

Gegen Ende der 30er Jahre kehrte Ernüchterung ein. In der Fachgesellschaft erkannte man die Gefahren sehr deutlich und versuchte gegenzusteuern. Auf der V. Jahresversammlung, die vom 27. bis zum 30. März 1939 in Wiesbaden

stattfand, warnte Rüdin in seiner Eröffnungsansprache, dass der Psychiatrie eine schwere Legitimationskrise drohe.

NS-„EUTHANASIE“

Gleichwohl wirkten führende Vertreter der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater kurze Zeit später an der „Aktion T4“, der Vergasung von mehr als 70.000 Patienten aus deutschen Heil- und Pflegeanstalten, mit, allen voran Paul Nitsche, seit 1940 ärztlicher Leiter des „Euthanasie“-Programms, aber auch der Vorsitzende Ernst Rüdin, der in die Begleitforschung zur „Euthanasie“ verstrickt war [10]. Sie taten dies in der Hoffnung, dass es gelingen würde, auf der Basis der „Euthanasie“ zu einer Modernisierung des gleichsam „gesundgeschrumpften“ Anstaltswesens zu gelangen. In einer Denkschrift legten führende Vertreter der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater im Jahre 1943 ihre Vorstellungen zur künftigen Gestaltung der Psychiatrie nieder. Doch war dies ein Versuch zu retten, was noch zu retten war. Denn „mit der Ermordung ihrer Klientel machten die Psychiater sich [...] letztlich überflüssig“ [11].

In dieser Krise der Psychiatrie agierte die Deutsche Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie immer defensiver. Im Vorfeld der – dann doch nicht zustande gekommenen – VI. Jahresversammlung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater, die 1941 in Würzburg stattfinden sollte, stellten die Verantwortlichen Überlegungen an, was zu tun sei. Paul Nitsche forderte, den „Irrtum zu bekämpfen, dass die Psychiatrie künftig als minderwertiges Fachgebiet abgestempelt sein werde.“ Vielmehr werde „künftig gerade die psychiatrische Arbeit sich auf höherer Ebene abspielen und damit der ganze Berufsstand gehoben sein“ [12]. Die höhere Ebene – das meinte die Heilung des „Volkkörpers“ unter Preisgabe der chronisch psychisch kranken und schwer geistig behinderten Menschen.

Um dem Imageverlust der Psychiatrie entgegenzuarbeiten, plädierte Nitsche dafür, auf der nächsten Jahrestagung der versammelten Fachöffentlichkeit die Grundlagen und Ziele der laufenden Mordaktion zu erläutern. Die „Kanzlei des Führers“ ließ sich von dieser Argumentation überzeugen: Sie förderte die anstehende Jahresversammlung mit einem Zuschuss von 10.000 Reichsmark.

In diesem Sinne schritten die Vorbereitungen zur Würzburger Tagung voran – nur der Kriegsverlauf verhinderte, dass sich die Fachgesellschaft gleichsam offiziell zur NS-„Euthanasie“ bekannte. Hinter den Kulissen freilich unterstützte das Netzwerk um Ernst Rüdin auch weiterhin die „Euthanasie“. In einer vom Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti angeforderten Stellungnahme, welche Forschungsfragen im Krieg vorrangig behandelt werden sollten, empfahl Rüdin – wohlgermerkt: in seiner Eigenschaft als Vorsitzender der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater – im Oktober 1942 u. a.: „Rassenhygienisch von hervorragender Wichtigkeit, weil bedeutsam als Grundlage zu einer humanen und sicheren Gegenwirkung gegen kontraselektorische Vorgänge jeder Art in unserem deutschen Volkkörper wäre die Erforschung der Frage, welche Kinder [...] können, als Kinder schon, klinisch und erbbiologisch [...] so einwandfrei als minderwertig eliminationswürdig charakterisiert werden, dass sie mit voller Überzeugung und Beweiskraft den Eltern [...] zur Euthanasie empfohlen werden können?“ [13]



APL. PROF. DR. PHIL.

HANS-WALTER SCHMUHL

Außerplanmäßiger Professor für Neuere Geschichte an der Fakultät für Geschichtswissenschaft, Philosophie und Theologie der Universität Bielefeld

Im Auftrag der DGPPN erforscht er die Geschichte ihrer Vorgängerorganisationen im Nationalsozialismus.

LITERATUR

1. Ehrhardt, H. E. (1972). *130 Jahre Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde*, Wiesbaden: Franz Steiner; Weber, M. M. (1993). *Ernst Rüdin. Eine kritische Biographie*, Berlin Heidelberg New York: Springer, 223-236; Gerrens, U. (1996). *Medizinisches Ethos und theologische Ethik. Karl und Dietrich Bonhoeffer in der Auseinandersetzung um Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Nationalsozialismus*, München: Oldenbourg, 67-73; Fellmann, S. (2000). *Die Tätigkeit der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften und Vereine im Bereich der Neurologie und Psychiatrie in Deutschland zwischen 1933 und 1945*, med. Diss. Leipzig.
2. Georg Ilberg an Karl Bonhoeffer, 8.9.1933, *Archiv der Humboldt-Universität Berlin*, NL Karl Bonhoeffer 10.
3. Ernst Rüdin an Arthur Gütt, 17.7.1933, *Archiv des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie München (MPIP-HA)*: GDA 127.
4. Telegramm Gütt an Rüdin, 18.5.1934, MPIP-HA: GDA 127.
5. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 102 (1934), 389.
6. Walter Jacobi an Gerhard Wagner, 27.12.1933, MPIP-HA, GDA 129.
7. Ernst Rüdin an Arthur Gütt, 11.10.1934, MPIP-HA, GDA 129.
8. Schmuhl, H.-W. (2013). *Walter Creutz und die NS-„Euthanasie“*. Kritik und kritische Antikritik. In: *Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen „Euthanasie“ und Zwangssterilisation (Hrsg.)*, Schatten und Schattierungen – Perspektiven der Psychiatriegeschichte im Rheinland, Münster: Klemm & Oelschläger, 23-56.
9. Schmuhl, H.-W., & Roelcke, V. (Hrsg.) (2013). *„Heroische Therapien“*. Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich, 1918-1945, Göttingen: Wallstein.
10. Zuletzt: Roelcke, V. (2012). *Ernst Rüdin. Renommierter Wissenschaftler, radikaler Rassenhygieniker*, *Der Nervenarzt* 83, 303-310.
11. Sandner, P. (2006). *Auf der Suche nach dem Zukunftprojekt. Die NS-Leitwissenschaft Psychiatrie und ihre Legitimationskrise*. In Fangerau, H., & Nolte, K. (Hrsg.), *„Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. Jahrhundert. Legitimation und Kritik*, Stuttgart: Steiner, 117-142, 126.
12. *Aktennotiz Paul Nitsche v. 9.4.1941*, *Bundesarchiv Koblenz*, All. Proz. 7, Roll 12, Frame 220.
13. *Ernst Rüdin an Reichsgesundheitsführer*, z. Hd. Doz. Dr. Schütz, 23.10.1942, MPIP-HA, GDA 129.

MEDIKALISIERUNG SOZIALER PROBLEME

IRVING ZOLA UND DIE KULTURALISIERUNG DER MEDIZIN

In den Sozialwissenschaften ist spätestens seit den 70er-Jahren die Medikalisierungskritik etabliert. Sie besagt, dass die moderne Medizin sich durch einen epistemischen Imperialismus auszeichne, indem zunehmend soziale und kulturelle Phänomene und schließlich die ganze Gesellschaft unter die Herrschaft des medizinischen Diskurses subsumiert würden [1].

Autor: Stefan Beck

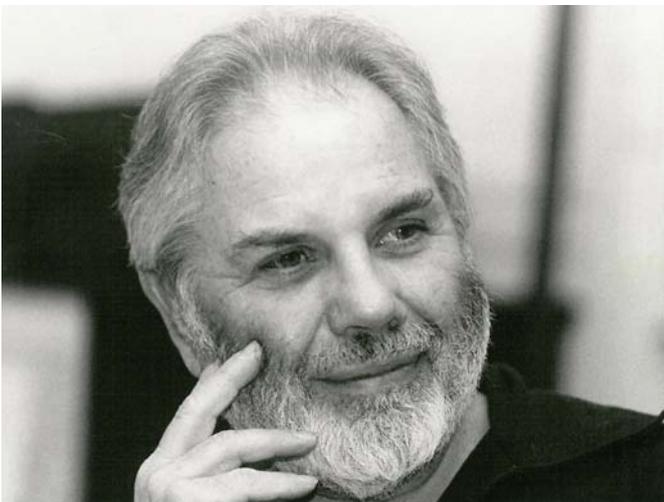
Als Begründer der einflussreichen Kritik an „Medikalisierungsprozessen“ gilt der amerikanische Soziologe Irving Kenneth Zola, der in den 60er-Jahren durch seine umfangreichen empirischen Studien bekannt wurde, in denen er offensichtliche soziale und kulturelle Unterschiede in der Krankheitswahrnehmung etwa bei italienischen und irischen Migranten der zweiten Generation oder zwischen Töchtern von Arbeitern und Kleinbürgern belegt hatte. Bahnbrechend war dabei sein methodischer Ansatz: Er ging epidemiologisch gut belegten Befunden differenter Krankheitsinzidenzen durch ethnographisch-qualitative Erhebungen in den entsprechenden Populationen nach, um mögliche soziale und kulturelle Faktoren zu finden, die zu diesen unterschiedlichen Erkrankungsraten beitragen. Für Zola war aufgrund seiner Studien evident, dass soziokulturelle Faktoren regelmäßig zu unterschiedlichen Wahrnehmungen, Interpretationen und Ausdrucksformen physiologisch gleichartiger körperlicher Zustände führten. Beispiele sind etwa die wahrgenommene Schwere von Erkältungskrank-

heiten bei Patienten irischer oder italienischer Abstammung oder aber seine Analyse über die Akzeptanz beziehungsweise die Beunruhigung, die halluzinatorische Zustände in unterschiedlichen Kulturen auslösen können.

MEDIKALISIERUNG ALS ELEMENT DES HUMANITÄREN FORTSCHRITTS

Obwohl seine Studien im Schnittfeld zwischen Epidemiologie, Medizinsoziologie und Medizinethnologie immer noch sehr lesenswert sind, ist Irving Zola vor allem durch seine sozialhistorisch fundierte Kritik der Medizin bekannt geworden, deren Kernthese wie folgt lautet: „Medizin wird [in der Moderne] zu einer der wichtigsten Institutionen sozialer Kontrolle, sie marginalisiert [...] sogar traditionellere Institutionen wie Religion und Recht. Sie wird zu einem neuen Repositorium der Wahrheit, zu einem Ort, an dem absolute und oft endgültige Urteile getroffen werden durch angeblich moralisch neutrale und objektive Experten. Und diese Urteile werden gefällt nicht im Namen einer besonderen Tugend oder Legitimität, sondern im Namen der Gesundheit.“ Dabei besäßen Mediziner keine besondere politische Macht, sondern diese spezifische Herrschaftsform komme durch eine völlig undramatisch scheinende Entwicklung in die Welt: indem die Kategorien „gesund“ und „krank“ für einen immer größeren Teil der menschlichen Existenz relevant gemacht würden – hierdurch würde ein wachsender Anteil des Alltagslebens „medikalisiert“ [2].

Zola bemühte sich dabei vor allem im Falle der Psychiatrie nachdrücklich darum, diese Medikalisierung nicht als Resultat eines kollektiven „imperialen Willens“ der medizinischen Profession oder der Machtausübung in asymmetrischen Arzt-Patienten-Beziehungen darzustellen. Im Gegenteil, die Medikalisierung sei die konsequente Folge eines in die Moderne eingeschriebenen humanitären, oft auch philanthropischen Impulses, gesundheitliche und soziale Probleme zu beseitigen. Dieser humanistische Impuls habe sich mit der Medizin als



Dr. Irving Kenneth Zola (1935-1994), Aktivist und Autor im Bereich Medizinsoziologie und in der Behindertenbewegung

Wissenschaft verbündet. Wenn man so will, liegt die besondere Durchschlagskraft dieser Entwicklung darin begründet, dass sich hier Moral und Rationalität in spezifischer Weise verbünden und die Medikalisierung der gesamten Gesellschaft, ihrer Institutionen und der individuellen Erwartungen vorantreiben. Zola bringt damit ein zutiefst anthropologisches Argument vor: Für den Menschen in der westlichen Moderne erscheint es demnach weder erträglich noch rational, anderen tatenlos beim Leiden zuzusehen; es muss nach Abhilfe gesucht werden und Wissenschaft, Verwaltung und andere in der Moderne „erfundene“ Institutionen haben diesem Ziel zu dienen.

Aber auch noch aus einem anderen Grund sieht Zola in der Medikalisierung keine finsternen Mächte am Werk, sondern streicht ihre positiven Aspekte heraus, wobei er u. a. auf historische Analysen der britischen Soziologin und Kriminologin Barbara Wootton zurückgreift. Wootton analysierte die Rolle der Psychiatrie bei der Bekämpfung „sozialer Devianz“ und „antisozialen Verhalten“ im 19. und 20. Jahrhundert. Gerade die Psychiatrie habe eine wichtige Rolle bei der Entkriminalisierung psychisch Kranker gespielt und sie – mit wissenschaftlich fundierten Argumenten – aus den Klauen eines grausamen, religiös verbrämten Strafsystems befreit [3]. Auch dieser Hinweis Zolas ist immer noch wichtig: Mit der Medikalisierung entstand vor allem im 19. Jahrhundert ein machtvolleres Instrument – das aber stets im Kontext anderer machtvoller gesellschaftlicher Institutionen operiert, die durchaus gegenläufige Dynamiken entfalten können.

Dieser Zusammenhang war auch Zeitgenossen dieser Entwicklung durchaus bewusst. So formulierte etwa bereits im Kontext der deutschen Revolution 1848 der Berliner Mediziner und Anthropologe Rudolf Virchow, dass die Medizin zu allererst der an wissenschaftlich-rationalen Kriterien orientierten Transformation der sozialen Lebensumstände zu dienen habe. Und auch die Politik habe sich dieser wissenschaftlichen Rationalität zu unterwerfen, womit er sogar das konventionelle Verständnis des Verhältnisses von Medizin und Politik umkehrte: „Politik“ – so Virchow – sei „weiter nichts, als Medizin im Grossen.“ [4] Nach diesem Verständnis hatte die Medizin durchaus sozialrevolutionäres Potenzial zu entfalten.

UMVERTEILUNG VON VERANTWORTUNG

Ein offensichtlicher Erfolg der Medikalisierung ist vor allem die Entstigmatisierung von Krankheit und der von ihr Betroffenen. Krankheit ist unter dem Regime der Medikalisierung

nicht mehr das Ergebnis eines „Fluches“ oder eines unausweichlichen Schicksals, sondern hat reale, rational verständliche Ursachen, die bekämpft werden können. Krankheit wird nicht durch moralisches oder soziales Versagen der Betroffenen ausgelöst, kann also nicht als Strafe höherer Mächte verstanden werden. Beide Bewegungen führen damit konsequent zu einer sehr grundlegenden Umverteilung von Verantwortung: Der Kranke wird gleichsam „entschuldet“, da die Gründe seines Zustandes im Biologisch-Physiologischen liegen, für das er nicht verantwortlich gemacht werden kann. Eine immer noch gültige Folge dieser Entwicklung ist die differenzierte Zumessung von „Schuldfähigkeit“ im Rechtssystem moderner Gesellschaften, bei der klar zwischen „pathologischen“ und „normalen“ Zuständen des Beschuldigten unterschieden wird.

Andererseits wird der Gesellschaft die Verantwortung für eine angemessene Versorgung der Kranken zugewiesen und

wichtiger: die Verantwortung für die Veränderung krankmachender Zustände, die außerhalb der Kontrolle der Einzelnen liegen. Dies ist die Geburt des „präventiven Denkens“, das vor allem für europäische Verständnisse des Sozialstaates konstitutiv wurde [5]. Aber noch eine weitere Umverteilung von Verantwortung findet statt, sie betrifft das Verhältnis von Arzt und Patient, das zu einer paternalistischen Figuraton entwickelt wird: Dem medizinischen Experten obliegt die Verantwortung für Interventionen in Krankheit, während die Patienten ihre Verantwortungsbereitschaft durch „compliance“ unter Beweis stellen müssen. Der amerikanische Soziologe Talcott Parsons hatte auf der Basis qualitativer Studien im Medizin-

system erstmals auf diese klare Rollenverteilung hingewiesen und auf dieser Grundlage seine „Rollentheorie“ sozialen Handelns entwickelt, die für die Soziologie generell große Bedeutung erlangte [6].

Aus diesen Studien wird ersichtlich, dass Medikalisierung nicht durch eine Verdrängung der Moral durch Rationalität charakterisiert ist, sondern durch eine Neuverteilung von moralischen Rechten und Pflichten, die durch einen durchgreifenden Rationalitätsanspruch charakterisiert ist. Um es nochmals zu pointieren: Medikalisierung steht für einen kulturhistorisch einzigartigen, machtvollen Prozess, in dem viele Institutionen moderner Gesellschaften – Recht, Verwaltung, Kirche, Medizin – in einen anderen Aggregatzustand überführt werden. Ihre Aktivität ist nun nicht mehr wie im vormodernen Staat vorwiegend auf Überwachen und Strafen gerichtet (wie dies von Michel Foucault so brillant herausgearbeitet wurde), sondern zunehmend auf Diagnostizieren und Behandeln.



In der Medikalisierung wird Krankheit tendenziell „entsozialisiert“.

BLINDE FLECKEN DER MEDIKALISIERUNG

Dieser Mechanismus ist immer noch ebenso machtvoll wie er aus aufklärerischen Gründen unverzichtbar erscheint, doch entfaltet das durch die Medikalisation in die Welt gekommene Präventionsregime bisweilen ethisch inakzeptable Dynamiken. So etwa, wenn Nobelpreisträger wie Linus Pauling oder führende Molekularbiologen wie Sir Peter Medawar nur wenige Jahre nach dem Untergang der Nazi-Eugenik in den 60er-Jahren für ein Programm der negativen molekularen Eugenik plädierten, um die weitere Verbreitung der Sichelzellanämie zu verhindern [7]. Dass sie hierfür vorschlugen, Gen-Träger sichtbar für andere zu „markieren“, um vor allem Jugendlichen eine „transparente“ Entscheidung zu ermöglichen, in wen sie sich verlieben sollten, war dabei nicht nur ironisch-zuspitzend gemeint. Solche Vorschläge mögen berechnete medizinethische Empörung hervorrufen, doch sind sie nur die konsequente Fortführung der im 19. Jahrhundert entstandenen engen Verbindung von Moral und Rationalität durch die Verwissenschaftlichung der Prävention. Mit der Medikalisation werden ganz spezifische Aufmerksamkeiten und Kompetenzen aber eben auch blinde Flecken und Borniertheiten erzeugt. Zwei möchte ich abschließend in zwei Thesen benennen, über die es sich aus meiner Sicht zu diskutieren lohnt – beide betreffen die Neu-Verteilung von Moral und Verantwortung.

1. Der durchschlagende Erfolg der Medikalisation besteht darin, dass es ihr gelang, einen Teil sozialer Devianz zu entstigmatisieren, sie aus der Sphäre moralischer oder rechtlicher Bestrafungsregimes herauszulösen, indem sie sie als pathologische Phänomene erklärte. Wird die Entstigmatisierungslogik konsequent zu Ende gedacht, wird Krankheit damit tendenziell „entsozialisiert“ – sie wird biologisiert. Dies erweist sich dann als Problem, wenn soziale und kulturelle Faktoren als Krankheitsursachen ernst genommen werden sollen. Werden jedoch soziale Umstände oder kulturelle Hintergründe als pathogene Faktoren in Betracht gezogen, stellt sich auch die Frage nach Verantwortung neu: Die Anerkennung der Bedeutung etwa von „obesogenic environments“ entlässt die Einzelnen immer noch nicht aus der Verantwortung für Ernährungsstile oder der moralischen Verpflichtung, sich rationalen Argumenten der Medizin gegenüber zu öffnen. Aber die Medizin hat eben auch die Verantwortung, reformierend auf die Gestaltung sozialer Umwelten einzuwirken – oder dazu beizutragen. Will sie dies leisten, muss sie in Kooperation mit anderen Wissenschaften systematisches Wissen über jene sozialen und kulturellen Bedingungen von Erkrankungen und geeignete Interventionsoptionen erwerben.

2. Mit der Medikalisation – dem Aufbau medizinischer, wissenschaftlicher und staatlicher Institutionen, der Etablierung eines rationalen Denkstils und von Mechanismen der Verteilung moralischer Verantwortlichkeiten – wird zugleich ein spezifisches Verhältnis von Experten und Laien etabliert.

Im Medizinsystem fand dies u. a. Ausdruck in einem paternalistischen Arzt–Patienten-Verhältnis und klar verteilten, asymmetrischen Rollen. Die Einführung partizipativer Verfahren ist insofern durchaus als ein „systemfremdes Element“ der in der Moderne entstandenen sozialen Formen anzusehen, in denen Medizin praktiziert wird. Dies stellt nicht nur eine Herausforderung für die spezifische Interaktionssituation in der ärztlichen Praxis dar, sondern darüber hinaus fordert der Trend zu mehr „Partizipation“ fundamental die in der Moderne entstandenen Konzepte von Expertise, von rational begründetem Wissen und der – auch rechtlichen – Verantwortung von Experten heraus. Erforderlich ist mithin eine gründliche Analyse der epistemologischen Vorannahmen, der sozialen Figuration des Arzt-Patienten-Verhältnisses und insgesamt der institutionellen Voraussetzungen der Medizin. Die Medizin – verstanden als machtvolle Sozialtechnologie und zentraler Denkstil der Moderne – wird jedenfalls nicht allein durch den Ruf nach mehr „Partizipation“ verändert werden können, wenn nicht an den anderen Voraussetzungen medizinischer Praxis zugleich Modifikationen vorgenommen werden.

KULTURALISIERUNG DER MEDIZIN

Notwendig erscheint eine doppelte Relativierung der Voraussetzungen der Medikalisation, nämlich die Annahme einer universellen Moral und einer universellen Rationalität, wie sie in der Moderne etabliert wurde. Aus Sicht eines fachfremden Beobachters geschieht dies bereits – wenn auch noch nicht in der notwendigen Gründlichkeit und vor allem nicht in der notwendigen Breite – in einer gesellschaftlichen Debatte. Aus Sicht einer vergleichenden Sozialwissenschaft, wie sie die Ethnologie ist, muss es darum gehen, die kulturellen und sozialen Voraussetzungen des Denkstils der Medikalisation zu analysieren. Dieses Projekt kann als „Kulturalisierung der Medizin“ bezeichnet werden.

PROF. DR. STEFAN BECK

Professor am Institut für Europäische Ethnologie der Humboldt-Universität zu Berlin

LITERATUR

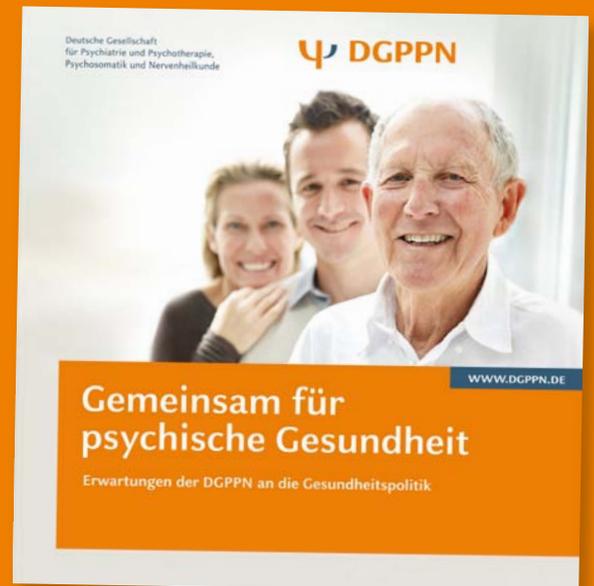
1. Conrad, P. (1992). *Medicalization and Social Control. Annual Review of Sociology*, 18, 209-232.
2. Zola, I. K. (1972). *Medicine as an Institution of Social Control. The Sociological Review*, 20/4, 487-504.
3. Wootton, B. (1959). *Social science and social pathology*. Oxford: Macmillan.
4. Goschler, C. (2002). *Rudolf Virchow. Mediziner – Anthropologe – Politiker*. Köln: Böhlau.
5. Lengwiler, M. & Beck, S. (2008). *Historizität, Materialität und Hybridität von Wissenspraktiken. Die Entwicklung europäischer Präventionsregime im 20. Jahrhundert. Geschichte und Gesellschaft*, 33/4, 489-523.
6. Parsons, Talcott (1975). *The Sick Role and the Role of the Physician. The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 53/3, 257-278.
7. Pauling, L. (1968). *Reflections on the new biology: Foreword. UCLA Law Review*, 15/2, 267-272.

DIE DGPPN - PSYCHISCHE GESUNDHEIT BRAUCHT EINE STARKE STIMME

In einer neuen Broschüre hat die DGPPN die wichtigsten Herausforderungen und notwendigen Handlungsschritte für die Erforschung, Diagnostik und Therapie von psychischen Erkrankungen formuliert.

Erwartungen der DGPPN an die Gesundheitspolitik:

- Ambulante Versorgung stärken: patientenorientiert, integriert, sektorübergreifend, flächendeckend
- Wirtschaftliche Fehlanreize in der stationären Versorgung verhindern und vorzeitige, ökonomisch motivierte Entlassung von Patientinnen und Patienten vermeiden
- Psychische Erkrankungen in der Forschungsförderung angemessen berücksichtigen und ein Deutsches Zentrum für psychische und psychosomatische Erkrankungen einrichten
- Prävention von psychischen Erkrankungen durch Förderung von Modelleinrichtungen für Früherkennung und Frühbehandlung stärken; fachärztliche Kompetenz für risikofaktorgestützte Prävention vertiefen
- Entwicklung neuer Präventions- und Versorgungskonzepte für arbeitsbedingte psychische Erkrankungen fördern
- Medizinische Versorgung bei an Demenz erkrankten Menschen optimieren, um Pflege zu entlasten
- Personelle Ausstattung der Krankenhäuser verbessern und Zwangsmaßnahmen verhindern



Broschüre als E-Paper abrufbar auf www.dgppn.de

JETZT MITGLIED WERDEN!

Setzen Sie sich gemeinsam mit uns für psychische Gesundheit ein und unterstützen Sie die Arbeit der Fachgesellschaft. Werden Sie jetzt Mitglied der DGPPN:
www.dgppn.de > Mitglieder



DGPPN

Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

DGPPN-Geschäftsstelle

Reinhardtstraße 27 B

10117 Berlin

TEL 030.2404 772-0

FAX 030.2404 772-29

sekretariat@dgppn.de

www.dgppn.de