

Kontinuität und Innovation

Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie
an der Philipps-Universität Marburg





Helmut Remschmidt

Kontinuität und Innovation

Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie
an der Philipps-Universität Marburg

Mit 57 Abbildungen

V&R unipress

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Gedruckt mit Unterstützung des wissenschaftlichen Vereins für Kinder- und Jugendpsychiatrie e.V. Berlin.

2., korrigierte und erweiterte Auflage

© 2019, 2018, V&R unipress GmbH, Robert-Bosch-Breite 6, D-37079 Göttingen

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages.

Umschlagabbildung: Das Titelbild (Entwurf Christel Müller, Universitätsklinikum Marburg) zeigt drei Entwicklungsetappen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität: die 1947 eingerichtete Kinderstation, den 1958 fertiggestellten Neubau mit den Stationen und der Schule und die 1984 in Betrieb genommene Tagesklinik. Die Uhr am Marburger Schloß symbolisiert die zeitliche Dimension.

Vandenhoeck & Ruprecht Verlage | www.vandenhoeck-ruprecht-verlage.com

ISBN 978-3-8470-1058-6

Inhalt

Vorwort	11
1. Historische Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie	19
1.1 Einleitung	20
1.2 Die deutschsprachige Kinder- und Jugendpsychiatrie	22
1.3 Die europäische Kinder- und Jugendpsychiatrie	53
1.4 Die internationale Kinder- und Jugendpsychiatrie	57
1.5 Wechselbeziehungen zwischen der deutschen (DGKJP), der europäischen (ESCAP) und der internationalen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (IACAPAP)	61
1.6 Anmerkungen zur Gründung der ersten kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen	63
1.7 Ausblick	65
1.8 Forschung	66
1.9 Organisatorische und berufspolitische Perspektiven	69
1.10 Zusammenfassung	72
2. Anfänge der Kinderpsychiatrie an der Philipps-Universität Marburg.	75
2.1 Kinder- und jugendpsychiatrische Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie (1920–1945)	76
2.2 Gründung einer eigenen Kinderstation in der Nervenklinik 1947	91
2.3 Die Gründungsväter der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marburg	96
2.4 Entwicklung der Lehre von der unmittelbaren Nachkriegszeit bis 1979	220
2.5 Zusammenfassung	232

3. Institut für ärztlich-pädagogische Jugendhilfe und Erziehungsberatungsstelle	235
3.1 Gründungsgeschichte der Erziehungsberatungsstelle (1950–1959)	236
3.2 Ausbau und Weiterentwicklung der Erziehungsberatungsstelle (1960–1979)	246
3.3. Neue Aufgaben und Herausforderungen (1980–2000)	251
3.4 Leitung der Erziehungsberatungsstelle und Wechsel in der Zusammensetzung des Vorstands	263
3.5 Zusammenfassung	270
4. Einrichtung des Lehrstuhls und Bau einer eigenständigen Klinik	273
4.1 Einrichtung eines Extraordinariates für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Philipps-Universität Marburg	273
4.2 Fertigstellung des Klinikneubaus (1958)	284
4.3 Zusammenfassung	289
5. Die Klinikschule: Von den Sonderschulklassen zur Schule für Kranke am Klinikum (Edgar Sachse)	291
5.1 Die Gründungsphase	292
5.2 Die Ausgestaltungsphase	298
5.3 Entwicklung der Schülerzahlen	305
5.4 Lehrkräfte der Schule	307
5.5 Die Schulleiter	309
5.6 Zusammenfassung	314
6. Gründung der Lebenshilfe und des Kerstin-Heims	315
6.1 Gründung der Lebenshilfe	315
6.2 Kerstin-Heim	323
6.3 Zusammenfassung	328
7. Die Marburger Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kooperationsnetzwerk mit anderen Institutionen	331
7.1 Kooperationen innerhalb der Universität	331
7.2 Kooperationen mit Einrichtungen außerhalb der Universität	335
7.3 Zusammenfassung	338

8. Etablierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigenständige Facharzt Disziplin und ihre Folgen	339
8.1 Die Einrichtung eigener Kinderabteilungen an psychiatrischen Kliniken und Kinderkliniken	340
8.2 Ablösung von der Pädagogik und Heilpädagogik und Hinwendung zur Medizin	341
8.3 Herauslösung aus der Psychiatrie und Pädiatrie	342
8.4 Der Einfluss von Lehrbüchern	346
8.5 Wie es weiterging	348
8.6 Zusammenfassung	354
9. Unruhige Jahre (1968–1980)	355
9.1 Die 1968-er Bewegung und ihre Folgen	355
9.2 Die Hochschulreformen in Hessen	358
9.3 Die Politisierung der Philipps-Universität Marburg	372
9.4 Zusammenfassung	387
10. Wechsel der Klinikleitung und neue Initiativen (1980)	389
10.1 Die Berufung von Helmut Remschmidt zum Nachfolger von Hermann Stutte	389
10.2 Veränderung und Erweiterung der Kliniksstruktur	393
10.3 Neue Initiativen	398
10.4 Zusammenfassung	410
11. Entwicklung der Krankenversorgung im Zeitraum von 1980–2006	413
11.1 Wesentliche Voraussetzungen für die Weiterentwicklung der Krankenversorgung	413
11.2 Entwicklung eines umfassenden Versorgungsmodells für psychisch kranke Kinder und Jugendliche	414
11.3 Statistische Übersichten zur Entwicklung der Krankenversorgung im Zeitraum von 1983–2006	415
11.4 Zusammenfassung	426
12. Entwicklungen in der Forschung	427
12.1 Konzeption und Struktur der Forschungseinheit	427
12.2 Forschungsschwerpunkte und Projekte	428
12.3 Mitarbeiter in der Forschung	430
12.4 Ausgewählte Forschungsergebnisse	431
12.5 Drittmittelförderung der Forschung	451
12.6 Zusammenfassung	452

13. Entwicklungen in der Lehre, der Aus-, Weiter- und Fortbildung . . .	453
13.1 Unterricht für Studierende verschiedener Fachrichtungen . . .	454
13.2 Unterricht für Angehörige von Krankenpflegeberufen und pädagogische Mitarbeiter	457
13.3 Unterricht für Logopäden	459
13.4 Facharztweiterbildung	460
13.5 Aus- und Weiterbildungseinrichtungen in der Psychotherapie .	460
13.6 Das Forensische Seminar	477
13.7 Zusammenfassung	480
14. Weiterentwicklung der Klinik im Zeitraum von 2006 bis 2017 (Michael Haberhausen / Katja Becker)	483
14.1 Änderungen im personellen und administrativen Bereich . . .	483
14.2 Entwicklung in der Forschung und Lehre	485
14.3 Zusammenfassung	487
15. Persönliche Erlebnisse und Erfahrungen	489
15.1 Empfang in der Klinik und im Zentrum für Nervenheilkunde .	490
15.2 Der eigene Arbeitskreis	491
15.3 Gremienarbeit vor Ort	494
15.4 Tätigkeiten in wissenschaftlichen Fachgesellschaften	499
15.5 Besondere Projektinitiativen	512
15.6 Querelen und Affären	519
15.7 Atmosphärisches oder die Marburger Subkultur	525
15.8 Zusammenfassung	530
16. Die Bedeutung der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie für die Entwicklung des Faches in Deutschland, Europa und im internationalen Bereich	533
16.1 Tätigkeit in wissenschaftlichen Organisationen	537
16.2 Gründungsinitiativen und Redaktionstätigkeiten	538
16.3 Initiativen in der Krankenversorgung	539
16.4 Initiativen in der Forschung	539
16.5 Ausbildung-, Weiter- und Fortbildung, national und international	540
16.6 Zusammenfassung	545
17. Persönlichkeiten	547
18. Kinder- und jugendpsychiatrische Kolloquien und Nachmittage . . .	639

19. Literatur	641
20. Genutzte Archivalien	667
21. Tabellenverzeichnis	673
22. Abbildungsverzeichnis	675
23. Abkürzungsverzeichnis	677
24. Danksagung	681
25. Anhang	685
A1. Bildanhang	685
A2. Schriftenverzeichnis von Werner Villinger	691
A3. Schriftenverzeichnis von Hermann Stutte	703
A4. Sozialpsychiatrisch orientierte Arbeiten von Hermann Stutte	724
A5. Tabellarische Übersicht über Daten und Ereignisse zur Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Philipps-Universität Marburg	734
A6. Tabellarische Übersicht zur Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie	750
A7. Interview mit Professor Detlev Cabanis am 07.08.2008	753
A8. Interview mit Professor Peter Strunk am 17.03.2017	762
A9. Bericht über die 18. wissenschaftliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie vom 9.–11. Mai 1983 in Marburg	768
A10. Bericht über den 11. Internationalen Kongreß der European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) in Hamburg, 15.–19. September 1999	772
A11. Bericht über den 16. Weltkongress der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) in Berlin, 22.–26. August 2004	777
Personenregister	783
Sachregister	795

Vorwort

Das Buch berichtet über die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Philipps-Universität Marburg und gibt zugleich auch einen kurzen Abriss der Entwicklung dieses noch immer jungen medizinischen Fachgebietes in Europa und in der Welt. Dieser Kontext ist insofern bedeutsam, als Marburg der Ausgangspunkt für die Etablierung des Faches Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland war, was nur durch enge Kontakte zu Fachkollegen im Ausland realisiert werden konnte. Darüber hinaus haben die aus Marburg hervorgegangenen Initiativen auch die Entwicklung des Fachgebietes in Europa und im internationalen Bereich maßgeblich mitbestimmt.

Die Beschreibung historischer Sachverhalte kann im Lichte unterschiedlicher Perspektiven erfolgen, von denen die drei folgenden bedenkenswert sind:

»Dreifach ist der Schritt der Zeit
zögernd kommt die Zukunft hergezogen
pfeilschnell ist das Jetzt verfliegen
ewig still steht die Vergangenheit«

Friedrich Schiller (1759–1805)

(Friedrich Schiller: Sprüche des Konfuzius (1795), gesammelte Werke, Gedichte, Bd. 3, S. 420, Bertelsmann, Gütersloh. o. J.)

»Das Vergangene ist nicht tot, es ist nicht einmal vergangen«

William Faulkner (1897–1962)

(William Faulkner (1951) Requiem für eine Nonne. 1 Akt, 3. Szene. Zugleich erster Satz des Romans von Christa Wolf (1929–2011) »Kindheitsmuster« (1976))

»Wir *verstehen* Geschichte erst, wenn wir nicht die eigenen Maßstäbe anlegen, sondern die des Zeitalters, das uns beschäftigt.« Das heißt natürlich nicht, dass man sie billig.

Christian Graf von Krockow (1927–2002)

(Zitiert nach R. Lempp (1922–2012): Vortrag zum 75. Geburtstag von Friedrich Specht (1924–2010) in Göttingen, August 2000)

Auch wenn die Vergangenheit, was die Daten betrifft, im Sinne Schillers »ewig still« steht, so ist sie im Bewusstsein nachfolgender Generationen vielfach weiterhin lebendig. Die Denk- und Handlungsweisen von Personen werden aber nur dann verständlich, wenn man sie aus der Perspektive jener Zeit betrachtet, in der sie gelebt haben. Darum habe ich mich in diesem Buch bemüht.

Mit den Begriffen Kontinuität und Innovation sind zwei wesentliche Charakteristika der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie umschrieben. *Kontinuität* steht für die Nachhaltigkeit von Entwicklungen in inhaltlicher und personeller Hinsicht. *Inhaltlich* wurde von Anfang an ein mehrdimensionaler Untersuchungs- und Behandlungsansatz gepflegt, der stets interdisziplinär ausgerichtet war und empirischen Grundsätzen folgte. Heute nennt man dies »evidenzbasierte Medizin«. Im Hinblick auf die Forschungsthemen besteht bis heute eine selten anzutreffende Kontinuität, insofern als sich zentrale Studien (auch Langzeitstudien) auf die Schwerpunkte Dissozialität und Delinquenz, Begutachtungsfragen, Schizophrenie und Autismus-Spektrum-Störungen konzentrieren. Dies korrespondiert wiederum mit langjährigen Herausgeber Tätigkeiten in führenden Publikationsorganen u. a. der Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform (Stutte von 1959 bis 1982; Remschmidt ab 1983) und der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (Stutte von 1973 bis 1982; Remschmidt als Schriftleiter und Herausgeber von 1973 bis 2003). Aber auch in *personeller Hinsicht* bestand eine bemerkenswerte Kontinuität insofern, als die Marburger Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in dem »Kernzeitraum«, über den hier berichtet wird (1946 bis 2006) nur zwei berufene Direktoren hatte¹. Dieses Faktum erleichterte die nachfolgend aufgelisteten Innovations- und Gründungsinitiativen, die Marburg auch dauerhaft zu einem führenden Zentrum der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden ließen:

- Die Gründung einer der ersten Erziehungsberatungsstellen in der Nachkriegszeit nach dem angelsächsischen Modell der Child Guidance Clinics (1952).
- Die Einrichtung des ersten Lehrstuhls für das Fach Kinder- und Jugendpsychiatrie in der BRD (1954).
- Die Gründung des Jahrbuchs für Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete (1956), fortgeführt als Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie (1973) und Gründung der Zeitschrift ECAP² (1992).
- Die Gründung der Schriftenreihe »Klinische Psychologie und Psychopathologie«, ab 2000 »Klinische Psychologie und Psychiatrie« (1984–2006).

1 Abgesehen von jeweils einem Interregnum von 1979/1980 und einem weiteren im Zeitraum 2006 bis 2008, in denen PD Dr. Matthias Martin kommissarisch die Klinik geleitet hat.

2 European Child and Adolescent Psychiatry.

- Die Errichtung der ersten speziell für die Bedürfnisse der Kinder- und Jugendpsychiatrie erbauten Universitätsklinik (1958).
- Die Mitbegründung der Lebenshilfe (1958), deren Gründungsversammlung in der neu erbauten Klinik stattfand und des Kerstinheims (1962).
- Die Etablierung des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung in der einzigen von 14 Modellregionen, in der psychisch kranke Kinder und Jugendliche Schwerpunkt waren (ab 1980).
- Der Bau der Tagesklinik (1984) und die Gründung des ersten mobilen kinder- und jugendpsychiatrischen Dienstes in der BRD in Zusammenhang mit dem »Modellprogramm«.
- Die Veranstaltung zahlreicher Kongresse, von denen nur die drei internationalen genannt seien: so der III. UEP³-Kongress in Wiesbaden (1967), der 11. ESCAP⁴-Kongress in Hamburg (1999) und der 16. IACAPAP⁵-Kongress in Berlin (2004).
- Die Institutionalisierung von Weiter- und Fortbildungsaktivitäten im nationalen und internationalen Bereich und die Initiativen zur Qualifikation junger Wissenschaftler (ab 1998). Unter ihnen nehmen die internationalen Forschungsseminare einen besonderen Stellenwert ein⁶.

Die von Marburg ausgehenden Initiativen zur Förderung junger Wissenschaftler haben dazu geführt, dass die Mehrzahl der Lehrstühle im deutschsprachigen Raum durch Kolleginnen und Kollegen besetzt werden konnte, die direkt oder indirekt mit der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie in Verbindung waren.

Entsprechend meiner Ausbildung und fachlichen Orientierung (als Kinder- und Jugendpsychiater, klinische Psychologe und Psychotherapeut) folgt das Buch der Vorgehensweise bei der Erhebung einer Anamnese, die stets die *ganze Entwicklung* in den Blick nimmt. Dies gilt sowohl für Personen als auch für Institutionen. Alles Gegenwärtige ist nur aus dem Vergangenen verständlich. Und Entwicklungsvorgänge verlaufen nicht linear, sondern weisen auch Wendepunkte (turning points) auf, die geeignet sind, der Entwicklung eine neue Richtung zu geben. Dieser Zugang zur Geschichte verbot es, eine umschriebene Etappe, z. B. die Zeit des Nationalsozialismus herauszugreifen und zum Mittelpunkt der Darstellung zu machen.⁷

3 Union of the European Paedopsychiatrists.

4 European Society for Child and Adolescent Psychiatry.

5 International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Profession.

6 Seit 2006 tragen sie den Namen Helmut Remschmidt Research Seminar (HRRS).

7 Die Bezeichnung Wendepunkte oder turning points wird sowohl in der Entwicklungspsychologie als auch in der Geschichtswissenschaft verwendet. Etwas vereinfacht ausgedrückt, sind turning points biographische oder historische Ereignisse, die in der persönlichen oder

Gleichwohl bleibt die Involvierung der beiden Gründungsväter Werner Viltinger und Hermann Stutte in der Zeit des Nationalsozialismus nicht unerwähnt. Deren NS-Aktivitäten haben sich allerdings nicht in Marburg, sondern in Tübingen ereignet, von wo beide im Jahr 1946 nach Marburg kamen. In aufwändigen Archivstudien wurde dieser Vergangenheit nachgegangen und in einem umfangreichen Kapitel dargestellt. Beide Gründungsväter waren allerdings auch diejenigen, die nach der Befreiung vom Nationalsozialismus wieder Kontakt zu ausländischen Kollegen suchten. Dabei war bemerkenswert, mit welcher großzügiger Geste die ausländischen Kinder- und Jugendpsychiater ihre deutschen Kollegen wieder in die internationale Fachgemeinschaft aufnahmen.

Als Verfasser dieses Buches bin ich zugleich Chronist und Zeitzeuge. Als *Chronist* habe ich versucht, allen wichtigen Ereignissen aufgrund der Fakten- und Datenlage nachzugehen. Hierfür waren vielfältige Archivrecherchen erforderlich. Darüber hinaus standen mir zahlreiche Quellen zur Verfügung, die noch nicht Eingang in das Universitätsarchiv Marburg gefunden hatten, nach Abschluss meiner Arbeiten aber diesem übergeben wurden. Als *Zeitzeuge* habe ich den Vorteil, die Entwicklung der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie seit Herbst 1968 bis Herbst 2008, unterbrochen durch eine fünfjährige Tätigkeit an der Freien Universität Berlin, persönlich erlebt zu haben, darunter 26 Jahre als Lehrstuhlinhaber und Direktor der Klinik. Während meiner Tätigkeit an der FU war ich fast jeden Monat wegen laufender DFG-Projekte für zwei Tage in Marburg. Insofern ist die hier vorgestellte Beschreibung auch ein Erinnerungsbuch, vor allem wenn man die vielen Personen in den Blick nimmt, mit denen ich zusammenarbeiten durfte (vgl. Kap. 17). Dies habe ich immer als ein großes Privileg empfunden. Zur Erweiterung dieser Perspektive habe ich Interviews mit zwei weiteren Zeitzeugen durchgeführt, mit Professor Detlef Cabanis (1921–2010) und mit Professor Peter Strunk (geb. 1929), die vor meiner Zeit Ereignisse und Atmosphäre in der Marburger Nervenklinik und der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie beobachten und erleben konnten. Beide Interviews sind im Anhang abgedruckt.

Zeitzeugen werden in der Zunft der Historiker meist kritisch gesehen. Dies charakterisierte kürzlich Wolfgang Wippermann⁸ in einer Podiumsdiskussion in Marburg am 22. November 1997 mit dem Satz: »Der Zeitzeuge ist der schlimmste Feind des Historikers«. In anderen Worten ausgedrückt lautet dies

auch in der geschichtlichen Entwicklung Veränderungen hervorrufen, die sich signifikant vom zuvor bestehenden Zustand unterscheiden, ja ihn manchmal sogar ins Gegenteil verkehren. In der individuellen Biografie handelt es sich meist um Begegnungen mit bestimmten Personen, um neue wissenschaftliche Einsichten, religiöse Erfahrungen oder auch um Befreiungserlebnisse aus unlösbar erscheinenden Situationen.

8 Wolfgang Wippermann (geb. 1945) war Professor für neuere Geschichte an der Freien Universität Berlin.

so: »Geschichtsschreibung ist etwas anderes als persönliches Erinnern. Geschichte ist konstruierte Erinnerung, die auf Daten und Fakten beruht. Erinnern ist subjektiv und emotional. Die Gesellschaft und vor allem die Wissenschaft brauchen beide Formen des kulturellen Gedächtnisses, um etwas über sich selbst zu erfahren«⁹.

Gegen die Orientierung an Daten und Fakten lässt sich natürlich nichts einwenden. Sie ist und bleibt der Maßstab der Wissenschaft. Andererseits ist sie aber nicht oder nur sehr unzureichend in der Lage, Befindlichkeiten und Atmosphärisches zu erfassen, was für den Zusammenhalt und oft auch für den Wirkungsgrad einer Gemeinschaft ausschlaggebend ist. So können faktenorientierte Veröffentlichungen nicht vermitteln, wie die Arzt-Patienten-Beziehung beschaffen ist, wie mit Kindern im Klinikalltag und in der Behandlung umgegangen wird, wie ein Vorgesetzter sein Personal behandelt usw.. Insofern sind stets beide Zugangswege zum jeweiligen Geschehen legitim, aber auch erforderlich.

Über die Zeitzeugeneigenschaft hinaus könnte mir als Nachfolger von Hermann Stutte eine einseitige Betrachtung oder gar mangelnde Objektivität vorgeworfen werden. Dem setze ich entgegen, das es ein legitimes Interesse eines jeden Hochschullehrers sein muss, nicht nur die Geschichte seines Faches, sondern auch die Biographien jener Personen zu erkunden, die diese Disziplin begründet, geprägt oder weiterentwickelt haben, auch wenn sie seine Vorgänger waren. In besonderem Maße trifft dies auf Personen zu, die in nationalsozialistische Aktivitäten involviert waren. Bezogen auf Werner Villinger und Hermann Stutte wollte ich diesbezüglich selbst alle erreichbaren Quellen auswerten und mich nicht mit den Äußerungen anderer zufrieden geben, die die Kinder- und Jugendpsychiatrie nur aus schriftlichen Überlieferungen kennen und die über keine Kenntnisse darüber verfügen, wie in dieser Facharztdisziplin untersucht und behandelt wird. Dass dieses Vorgehen berechtigt war, haben meine Recherchen eindeutig bestätigt.

Werner Villinger (1887–1961) habe ich persönlich nicht kennen gelernt. Ich kam erst 1968 an die Marburger Klinik. Unter Hermann Stutte (1909–1982) war ich bis zu meiner Berufung auf die o. Professur für Psychiatrie und Neurologie des Kindes- und Jugendalters an der FU Berlin im Jahr 1975 tätig und wurde 1980 sein Nachfolger. Einen Ruf an die Universität Zürich im Jahr 1985 habe ich abgelehnt. Hermann Stutte war ein überaus kenntnisreicher, großzügiger und unterstützender Chef, von dem ich viel gelernt habe.

Der Aufbau des Buches folgt einem historischen Zeitraster, das mit der Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie beginnt (Kapitel 1), dann die An-

9 A. Karrenberg 2016: Neurologie und Neurologen in der NS-Zeit. Nachwort: Nervenarzt 87, Suppl. 1, S. 53.

fänge der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marburg beschreibt, wobei auch die nationalsozialistische Vergangenheit der beiden Gründungsväter ausführlich zur Sprache kommt, anschließend die Gründung des Instituts für Ärztlich-Pädagogische Jugendhilfe und der Erziehungsberatungsstelle darstellt (Kapitel 3), die eine wichtige Schrittmacherfunktion für die Entwicklung des Faches insgesamt hatte. Es folgen Kapitel über die Einrichtung des Lehrstuhls, die Gründung der Kliniksschule, die Gründung der Lebenshilfe und des Kerstinheims sowie die Position der Klinik im Kooperationsnetzwerk mit anderen Institutionen (Kapitel 4 bis 7). Von besonderer Relevanz ist Kapitel 8, das die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu einer eigenen Facharztdisziplin beschreibt. Nicht ausgelassen wurden die unruhigen Jahre im Zuge der 1968er-Bewegung und der Hessischen Hochschulreformen (Kapitel 9). Die Kapitel 10 bis 13 beschreiben die Initiativen der Krankenversorgung, Forschung und Lehre im Zeitraum von 1980 bis 2006. Kapitel 14 ist der Weiterentwicklung der Klinik in den Jahren 2006 bis 2017 gewidmet. In Kapitel 15 beschreibe ich einige persönliche Erlebnisse und Erfahrungen, erfreuliche und auch unerfreuliche. Danach wird in einem eigenen Abschnitt (Kapitel 16) die überregionale und internationale Bedeutung der Marburger Klinik abgehandelt. Den Abschluss (Kapitel 17) bilden Kurzbiographien von Personen, die die nationale und internationale Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie maßgeblich beeinflusst haben. Unter ihnen sind viele, die der Marburger Klinik in besonderer Weise verbunden waren oder noch sind.

Der Anhang enthält die Schriftenverzeichnisse von Werner Villinger und Hermann Stutte, tabellarische Datenübersichten zur Geschichte der Marburger Klinik und zur Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie generell, Interviews mit Zeitzeugen sowie Berichte über die drei wichtigsten Kongresse, darunter zwei internationale, die im Zeitraum von 1980 bis 2004 von der Marburger Klinik organisiert wurden.

Im langen Zeitraum bis zur Fertigstellung des Buches haben mir zahlreiche Menschen geholfen, denen ich an dieser Stelle herzlich danken möchte. In diesem Vorwort seien nur einige hervorgehoben, eine ausführliche Danksagung erfolgt am Ende des Buches.

Herrn Dr. Haberhausen und Frau Professor Becker danke ich für den Beitrag über die Entwicklung der Klinik im Zeitraum von 2008 bis 2018, Herrn Professor Mattejat für die Beschreibung des IVV, Herrn Sonderschuldirektor a.D. Edgar Sachse für das Kapitel über die Klinikschule und Herrn Professor Hebebrand für die Schilderung seiner Erfahrungen in der Klinischen Forschergruppe.

An der statistischen Datenerhebung und Auswertung der Daten haben mitgeholfen: Frau Gerti Gerber, Frau Dr. Monika Heinzl-Gutenbrunner und Frau Sabine Finkenstein, die auch im Hinblick auf die Manuskriptgestaltung eine

unentbehrliche Hilfe war. Den überwiegenden Teil der Schreibarbeiten hat Frau Elisabeth Goy in bewährter Weise bewältigt. Daran beteiligt war auch Frau Friederike Bittner. Frau Dr. Katharina Schaal und Herr Dr. Carsten Lind vom Universitätsarchiv haben mich bei den aufwändigen Archivarbeiten mit Nachdruck unterstützt. Herr Professor Gerd Aumüller hat die Kapitel 2 und 3 ausführlich gelesen und mir zahlreiche Anregungen zur Verbesserung gegeben. Dies trifft auch auf Herrn Norbert Jachertz zu, der ebenfalls mit großer Sachkenntnis und mit dem unbestechlichen Blick des Fachredakteurs Kapitel 2 durchgearbeitet hat. Sehr herzlich bedanke ich mich auch bei Herrn Professor Wilfred von Bredow, der Kapitel 9 gelesen und mir wertvolle Hinweise im Hinblick auf die »unruhigen Jahre« an der Philipps-Universität Marburg gegeben hat. Meinem Fachkollegen Professor Rolf Castell danke ich für zahlreiche Hilfestellungen, insbesondere zu historischen Daten unseres Faches.

Ein besonderer Dank gilt dem Verlag V&R unipress, insbesondere Frau Marie-Carolin Vondracek und Frau Anke Moseberg für die aufgeschlossene und reibungslose Zusammenarbeit.

Marburg, im Februar 2018

Helmut Remschmidt

2. Auflage

Ich freue mich, dass der Verlag nach so kurzer Zeit bereit war, eine zweite, korrigierte und ergänzte Auflage dieses Buches herauszubringen. Es hat bislang in Fachkreisen und auch in den Printmedien eine sehr positive Resonanz gefunden. Hervorgehoben wurde u. a. das gründliche Quellenstudium, die »ausführliche Schilderung, in welcher konsequenter Weise Krankenversorgung, Forschung und -Lehre ausgebaut und Kontakte zu den benachbarten Disziplinen im In- und Ausland gepflegt wurden« Als verdienstvoll wurde ferner vermerkt, dass die NS-Vergangenheit der Gründungsväter der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie »kritisch und objektiv beleuchtet« und die »schwierigen, unruhigen Jahre von 1968–1980« nicht ausgespart blieben (Helmchen, im *Nervenarzt* vom November 2018). Eine andere Rezension vermerkt: »Für alle, die nachvollziehen wollen, wie sich eine Fachdisziplin etabliert und Bedeutung erlangt, ist das Werk eine Fundgrube« (Lenzen-Schulte, FAZ vom 05.10.2018). Diese pars pro toto-Bewertung findet sich sinngemäß auch in den anderen Rezensionen.

Ganz besonders erfreut bin ich darüber, dass die Geschichte der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihre Einbettung in den nationalen und internationalen Kontext auch bei seriösen Historikern Anerkennung gefunden hat.

Wiederum habe ich vielen Menschen zu danken: den Freunden und Kollegen, mit denen ich mich schriftlich oder mündlich über den Inhalt des Buches austauschen konnte, den Rezensenten, die sich der mühevollen Lektüre des umfangreichen Buches unterzogen haben, meiner Sekretärin Frau Goy erneut für die bewährte Zusammenarbeit bei den Korrekturen und Ergänzungen – hierfür gilt auch meinem Kollegen Michael Schäfer ein ganz besonderer Dank. Schließlich danke ich auch sehr herzlich den Mitarbeiterinnen des Verlages, Frau Marie-Carolin Vondracek und Anke Moseberg-Sikora, für die Fortsetzung unserer bewährten Zusammenarbeit.

Marburg, im August 2019

Helmut Remschmidt

Redaktionelle Anmerkung:

Im Text wird in der Regel das generische Maskulinum verwendet. Es sind aber jeweils beide Geschlechter gemeint. Dort, wo es angebracht schien, wurde davon abgewichen.

1. Historische Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie

- 1.1 Einleitung
- 1.2 Die deutschsprachige Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - 1.2.1 Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu einer medizinischen Disziplin
 - 1.2.2 Fehlentwicklungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychiatrie im Nationalsozialismus
 - 1.2.3 Gesten der Versöhnung nach dem Krieg
 - 1.2.4 Etappen in der Nachkriegsgeschichte der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - 1.2.4.1 Etappe der Orientierungssuche und Reorganisation (1945–1958)
 - 1.2.4.2 Jahrzehnt des Aufbaus und der Verunsicherungen (1958–1968/69)
 - 1.2.4.3 Jahrzehnt der Sozialpsychiatrie und antipsychiatrischer Strömungen (1968–1978)
 - 1.2.4.4 Jahrzehnt der Psychiatriereformen (1978–1988)
 - 1.2.4.5 Jahrzehnt der Rückbesinnung auf die biologische Psychiatrie (1988–1998)
 - 1.2.4.6 Epoche der Integration unterschiedlicher Denk- und Handlungsweisen (1998 bis heute)
- 1.3 Die europäische Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 1.4 Die internationale Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 1.5 Wechselbeziehungen zwischen der deutschen (DGKJP), der europäischen (ESCAP) und der internationalen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (IACAPAP)
- 1.6 Anmerkung zur Gründung der ersten kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen
 - 1.6.1 Stationäre und teilstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - 1.6.2 Ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 1.7 Ausblick
- 1.8 Forschung
- 1.9 Organisatorische und berufspolitische Perspektiven
- 1.10 Zusammenfassung

1.1 Einleitung

Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist zunächst Geschichte der Kindheit, Geschichte der Erziehung, der Philosophie und Psychologie, sie wird erst später Geschichte der Psychiatrie und Pädiatrie und erst sehr spät eigentlich Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Wie kommt dies? Gab es früher keine psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen? Es spricht alles dafür, dass dem nicht so ist. Nur spielten Kinder und Kindheit eine vergleichsweise untergeordnete Rolle – und wo dies nicht so war (zeitweise in der Antike), waren doch die Sitten rau: Man setzte kranke Kinder aus, und auch ihre Tötung war lange straffrei.

Das römische Recht drückt die Einstellung zum Kind so aus: »Das Recht der Gewalt über seine Kinder gehört zum römischen Bürger. Niemand anderes hat eine solche Gewalt über seine Kinder wie wir.«

Auch im deutschen Zivilrecht wurde die Formulierung von der »elterlichen Gewalt« noch lange aufrechterhalten, wenngleich ihre faktische Ausübung sich nicht mehr im Geringsten mit der römischen Praxis vergleichen ließ. Durch das am 4. 12. 1979 in Kraft getretene Sorgerechtsgesetz wurde das Recht der »elterlichen Gewalt« durch das Recht der »elterlichen Sorge« ersetzt.

Im römischen Recht hatte der Herr des Hauses unumschränkte Gewalt über Familie und Kinder. Er konnte die Annahme des Kindes wie eine Ware verweigern. So ist historisch belegt, dass in der Antike (in der griechischen wie in der römischen) zahlreiche Mädchen getötet wurden, weil lediglich Knaben als Krieger erwünscht waren und mehr als ein Mädchen in der Familie nicht geduldet wurde.

Eine ähnliche Entwicklung zeichnete sich im Rahmen der staatlich verordneten Ein-Kind-Familie in China ab mit der Bevorzugung von Jungen und der Abtreibung zahlreicher Mädchen, die nicht erwünscht waren.

Im 3./2. vorchristlichen Jh. nahm die Bevölkerung Griechenlands rapide ab, »weil die Menschen dem Snobismus, der Habgier und dem Leichtsinne verfallen sind, nicht mehr heiraten oder, wenn sie es tun, die Kinder, die ihnen geboren werden, nicht aufziehen wollen, sondern meist nur eins oder zwei, damit sie im Luxus aufwachsen und ungeteilt den Reichtum ihrer Eltern erben« (Polybios, † um 120 v. Chr.¹⁰). Kinder wurden ausgesetzt, geopfert, den wilden Tieren zum Fraße hingeworfen, zuweilen auch qualvoll umgebracht.

Bei Seneca (1. Jhdt. n. Chr.)¹¹ lesen wir: »Kranke Hunde schlägt man auf den Kopf, böse und wilde Ochsen schlachten wir; kränkliche Schafe nehmen wir unters Messer, damit sie die Herde nicht anstecken. Unnatürliche Nachzucht

10 Polybios XXXVI 17.

11 Seneca: De ira I, 15, 2.

zerstören wir; wir ertränken Kinder, die bei der Geburt schwächlich und abnormal sind, doch geschieht dies nicht aus Zorn, sondern aus Vernunft. Die Vernunft scheidet das Schädliche vom Gesunden.«

Erst die jüdische und christliche Tradition führt zu einer Wende. So geißelt der jüdische Religionsphilosoph Philon aus Alexandria im 1. Jh. unserer Zeitrechnung die Unsitte des Kinderaussetzens mit harten Worten und betont, dass es die eigentliche Aufgabe von Vater und Mutter sei, die Kinder zu schützen¹².

Die Thematik des Aussetzens von Kindern finden wir in zahlreichen Märchen, Sagen und Legenden: Moses wird in einem Binsenkörbchen ausgesetzt, Romulus und Remus werden ausgesetzt und von einer Wölfin gesäugt; weitere Beispiele finden sich in Märchen wie »Hänsel und Gretel« sowie in realen Beobachtungen an den indischen Wolfskindern, Kaspar Hauser, Victor von Aveyron usw.

Die christliche Tradition, die – wie die jüdische – die Einstellung zum Kind und zur Kindheit ändern sollte, wird mit dem Kindermord zu Bethlehem eingeleitet. Sie hat in der Folgezeit das Verhalten gegenüber Kindern und gegenüber der Familie tiefgreifend verändert. Im Mittelalter wird das Kind wie ein kleiner Erwachsener betrachtet. Kinder sind auch überall unter Erwachsenen. Ein adäquates Eingehen der Erwachsenen auf Kinder oder gar die Betrachtung des Kindes als eigenständige Persönlichkeit waren so gut wie unbekannt.

Die erste Biographie über die Kindheit soll durch einen französischen Abt Anfang des 12. Jhs. veröffentlicht worden sein.

Die Auffassung vom Kind als »Miniatur-Erwachsenem« zeigte sich auch in den Kinderkreuzzügen, in denen um 1212 rund 60.000 Kinder zugrunde gegangen sein sollen. Auch im christlichen Mittelalter kam es zu Kindstötungen und -verbrennungen. Der Exorzismus war weit verbreitet, geistig behinderte Kinder wurden vielfach als »Wechselbälger« getötet.

Nach Weygandt (zit. in Nissen 1974) sollen im Rahmen von Hexenverfolgungen, die von 1627 bis 1629 in Würzburg stattfanden, 157 Personen verbrannt worden sein, unter ihnen 27 Kinder.

Mit der Strömung des Humanismus änderten sich die Auffassungen zusehends. 1526 veröffentlichte Erasmus von Rotterdam seine Erziehungsregeln¹³, die bereits auf ein stärker individuelles Eingehen auf die Kinder ausgerichtet sind.

Eine wesentlich veränderte Einstellung zum Kind entsteht im 18. Jh. im Zuge gewaltiger sozialer und technischer Revolutionen. Das Kind wird allmählich als eigenständiges Wesen betrachtet mit eigenen Bedürfnissen, Rechten und auch

12 Philon: De specialibus legibus 3, 110–119.

13 Erasmus von Rotterdam (1526): Adagiorum, Froben, Basel.

Pflichten. Freilich gibt es auch hier Missbräuche wie die Kinderarbeit, die z. T. dramatische Ausmaße annahm.

In der Folgezeit setzte sich jedoch mehr und mehr die Auffassung von der Eigenständigkeit des Kindes durch, der Entwicklungsgedanke gewann den ihm gebührenden Platz, und auch in rechtlicher Hinsicht wird das Kind zunehmend als ein schutz- und förderungswürdiges Individuum mit eigener Persönlichkeit und eigenen Bedürfnissen und Rechten betrachtet.

1.2 Die deutschsprachige Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die deutschsprachige Kinder- und Jugendpsychiatrie ist stark mit der europäischen und internationalen verknüpft. Wenn sie hier zunächst in einem eigenen Abschnitt gewürdigt wird, so deshalb, weil sie einerseits ganz wesentlich zur Entwicklung der europäischen Kinderpsychiatrie beitrug, und zum anderen, weil sie eine spezifische pädagogische und heilpädagogische Vorgeschichte hat, die für den deutschen Sprachraum typisch ist.

Pädagogik, Heilpädagogik und Philosophie

Diese Disziplinen bestimmen vom Ausgang des Mittelalters bis ins 18./19. Jh. die Geschichte der deutschsprachigen Kinderpsychiatrie. Zwar beschrieb Paracelsus von Hohenheim (1493–1541)¹⁴ als erster den Zusammenhang zwischen endemischem Kropf und Schwachsinn und sein Schüler Felix Platter (1536–1614) den erblichen Schwachsinn. Derlei medizinische Beobachtungen, die eigentlichen Vorläufer der Kinder- und Jugendpsychiatrie als einer medizinischen Disziplin, sind zu dieser Zeit allerdings sehr selten. Eine gewisse Ausnahme stellt die Epilepsie dar, über die wir sehr frühe medizinische Schilderungen bereits aus der Antike und auch aus dem Mittelalter besitzen. In der Folgezeit herrschen jedoch pädagogische, heilpädagogische und philosophische Strömungen vor.

Der Begriff der Heilpädagogik wurde sinngemäß schon bei John Locke (1693) und bei Jean-Jacques Rousseau (1762) verwandt. In den deutschen Sprachraum eingeführt wurde er durch die Leipziger Heilpädagogen Georgens und Deinhardt, die 1861 eine »Heilpädagogik mit besonderer Berücksichtigung der Idioten und der Idiotenanstalten« veröffentlichten. Die Folgezeit wird geprägt durch die Werke von Johann Heinrich Pestalozzi (1746–1827), Friedrich Fröbel (1778–1852), Johann Hinrich Wichern (1808–1881), der 1833 als Gründer des

14 Cranefield, P.F., Federn, W. (1967): The Begetting of Fools: An Annotated Translation of Paracelsus »De generatione stultorum«, Bull. History of Medicine 41, p. 161 ff.

ersten »Rauhen Hauses« zur Rettung verwaarloster Kinder Erwähnung verdient, und Theodor Heller (1869–1938). Heller, der bei Wilhelm Wundt in Leipzig promoviert hatte (1895), gründete eine heilpädagogische Anstalt und ist der Erstbeschreiber der »Dementia infantilis« (1908), die seinen Namen trägt. Er verfasste ferner auch einen »Grundriss der Heilpädagogik« (1904).

1.2.1 Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu einer medizinischen Disziplin

Parallel zu den pädagogischen, heilpädagogischen und philosophischen Strömungen (zum Teil mit, zum Teil ohne wechselseitige Beeinflussung) entwickelte sich die Kinderpsychiatrie zu einer medizinischen Disziplin. Als früherer Vorläufer kann Henry Maudsley (1835–1918) gelten, der in seiner »Physiology and Pathology of Mind« (1857) ein Kapitel von 34 Seiten mit dem Thema »Insanity of Early Life« verfasste, das als Anstoßgeber späterer kinderpsychiatrischer Lehrbücher aufgefasst werden kann. Eine eigene kinderpsychiatrische Abteilung mit Ambulanz und stationärer Aufnahmemöglichkeit wurde allerdings erst 1930 eingerichtet und erst in den fünfziger Jahren wurde ein Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Maudsley-Hospital in London errichtet.

Ein wichtiger Markstein in der Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist das Jahr 1887, in dem das weltweit erste kinderpsychiatrische Lehrbuch, verfasst von Hermann Emminghaus (1845–1904), erschien mit dem Titel »Psychische Störungen im Kindesalter«. Der Psychiatriehistoriker Harms bezeichnete es als »die Wiegenstunde der Kinderpsychiatrie«.

1899 wurde erstmals die Bezeichnung »Kinderpsychiatrie« durch den Franzosen M. Manheimer verwendet, der sein Buch »Les Troubles Mentaux de l'Enfance« (1899) im Untertitel »Précis de Psychiatrie Infantile« nannte (Stutte 1980/81¹⁵). Etwa zur gleichen Zeit erscheinen Lehrbücher von Moreau (1888) und Ireland (1898), die noch nicht den Terminus »Kinderpsychiatrie«, aber verwandte Bezeichnungen im Titel führen.

Die weitere Entwicklung ist gekennzeichnet durch folgende Namen: Wilhelm Strohmeier (1910), der eine »Psychopathologie des Kindesalters« verfasste; Theodor Ziehen (1915) mit seinem Lehrbuch »Die Geisteskrankheiten im Kindesalter«; Sante de Sanctis (1925), der den Begriff »Neuropsychiatria infantile« prägte und die »Dementia praecocissima« beschrieb; ferner August Homburger (1926), der sein einflussreiches Werk »Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters« nannte; Paul Schröder: »Kindliche Charaktere und ihre Abartig-

15 Stutte, H. (1980/81): Über die Anfänge der Europäischen Kinderpsychiatrie. *Acta Paedopsychiatrica* 46, 189–192.

keit« (1931); Moritz Tramer, dessen »Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie« (1942) als erste klare Umgrenzung des Fachgebietes angesehen werden kann.

Wichtige Weiterentwicklungen dieser Ansätze waren der Handbuchartikel über das Gesamtgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie von Stutte (1960) sowie das Lehrbuch von Lutz (1961) und das deutschsprachige »Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie« von Harbauer, Lempp, Nissen und Strunk (1971). Die Weiterentwicklung der deutschsprachigen Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde aber auch durch die Gründung wissenschaftlicher Zeitschriften wesentlich gefördert.

Hier lassen sich drei Entwicklungen nachzeichnen:

1. 1898 wurde das Periodikum »Die Kinderfehler« gegründet, das dann seine Fortsetzung in der »Zeitschrift für Kinderforschung« fand, die 1944 mit dem 50. Band ihr Erscheinen einstellen musste. Werner Villinger (1887–1961) gehörte dem Herausgeberkreis von 1934 (Bd. 43) bis 1944 an. Diese Zeitschrift wurde fortgesetzt durch das von Villinger und Hermann Stutte (1909–1982) und später von Stutte herausgegebene »Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete« (seit 1956), das seinerseits 1973 von der »Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie« abgelöst wurde.
2. 1934 wurde durch Tramer die »Zeitschrift für Kinderpsychiatrie« gegründet, die bis 1984 als »Acta paedopsychiatrica« erschien.
3. Als Periodikum mit zunächst stärker psychoanalytischer Orientierung und später interdisziplinärem Ansatz wurde 1951 die »Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie« begründet (initiiert von Annemarie Dührssen (1916–1998) und Werner Schwidder (1917–1970)), die ebenfalls weite Verbreitung und einen großen Leserstamm gefunden hat.

Die Etablierung einer neuen Fachdisziplin gelingt aber nur, wenn sich auch entsprechende Organisationen bzw. Fachgesellschaften entwickeln.

Im Jahre 1939, auf dem letzten Vorkriegskongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, kam es zur Gründung einer »Kinderpsychiatrischen Arbeitsgemeinschaft«, die den Auftrag erhielt, eine wissenschaftliche Gesellschaft zu gründen. Die Kommission trat am 27. 3. 1939 zusammen. Dieser Tag kann somit als Geburtsstunde der heutigen »Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie« angesehen werden (vgl. Stutte 1980). Die offizielle Gründung dieser Fachgesellschaft erfolgte jedoch erst am 5. 9. 1940 in Wien als »Deutsche Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik«. Bereits damals auf der Gründungsversammlung war auch ein Vertreter der Deutschen Vereinigung für Jugendgerichte und Jugendgerichtshilfen anwesend, mit der die kinder- und jugendpsychiatrische Fachgesellschaft auch heute noch sehr enge Beziehungen unterhält. Vorsitzender dieser ersten deutschsprachigen kinderpsychiatrischen

Fachgesellschaft wurde Paul Schröder (1873–1941), der jedoch ein Jahr nach der Gründung starb. Sein Nachfolger wurde, nach komplizierten Beratungen zwischen Ernst Rüdin (damals Vorsitzender der Gesellschaft deutscher Neurologen und Psychiater)¹⁶, Hans Reiter (Präsident des Reichsgesundheitsamtes)¹⁷, Herbert Linden (Reichsministerium des Inneren)¹⁸ und Werner Heyde (Ordinarius für Psychiatrie in Würzburg und T4-Obergutachter)¹⁹ sowie Paul Nitsche (T4-Obergutachter)²⁰, Hans Heinze²¹, während Werner Villinger stellvertretender Vorsitzender wurde. Heinze war von 1941–1945 nicht gewählt, sondern ernannter Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik. Durch den Krieg wurden die berufspolitischen Aktivitäten behindert. Das Verbandsorgan, die »Zeitschrift für Kinderforschung«, musste sein Erscheinen mit dem 50. Band einstellen. In der Nachkriegszeit gab es 1948 auf dem Kongress der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater in Göt-

-
- 16 Ernst Rüdin (1874–1952)stammte aus der Schweiz und war ein in der Zeit des Nationalsozialismus höchst einflussreicher Psychiater und Rassenhygieniker, Mitbegründer des »Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie«. Er war zunächst Leiter der »Genealogisch-Demographischen Abteilung« der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München und wurde 1931 gf. Direktor dieser Institution. Er hat als Vorsitzender der »Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater« (GDNP) eng mit den Exponenten des nationalsozialistischen Systems zusammengearbeitet, war Beisitzer beim Erbgesundheitsobergericht in München, Mitglied der NSDAP (1937) und mehrerer anderer NS-Organisationen; er soll während der NS-Zeit auch an Menschenversuchen beteiligt gewesen sein. Im Entnazifizierungsverfahren wurde er zunächst als »Minderbelasteter« und zuletzt als »Mitläufer« eingestuft. 1945 wurde er interniert und ein Jahr später, nach Intervention von Max Planck, freigelassen (Wikipedia, Klee, 2003).
- 17 Hans Reiter (1881–1969) war Bakteriologe und Hygieniker. Mitglied der NSDAP seit 1931, der SA seit 1941 und anderer Parteiorganisationen, ab 1933 Präsident des Reichsgesundheitsamtes. Exponierter Vertreter der NS-Rassenhygiene (Wikipedia, Klee, 2003).
- 18 Herbert Linden (1899–1945) war als Arzt und ranghoher Beamter im Reichsministerium des Inneren einer der Organisatoren der Patientenmorde im Rahmen der T4-Aktion, auch als Obergutachter aktiv. NSDAP-Mitglied seit 1925. Er beging 1945 Selbstmord (Klee 2003, Wikipedia).
- 19 Werner Heyde (1902–1964) war Leiter der medizin. Abteilung der T4-Euthanasie-Zentrale. Mitglied der NSDAP seit 1933, Hauptsturmführer der SS ab 1936. Führend beteiligt an den T4-Mordaktionen. Nach dem Krieg praktizierte er unter dem Namen Dr. Sawade in Schleswig-Holstein, bis er 1959 aufflog und angeklagt wurde. Er entzog sich dem Prozess durch Suizid im Jahr 1964 (Klee, 2003, Wikipedia).
- 20 Paul Nitsche (1876–1948), Direktor der Heil- und Pflgeanstalten in Leipzig-Dösen und Pirna-Sonnenstein, Obergutachter und medizin. Leiter der T4-Aktion. Überzeugter Anhänger der Rassenhygiene und der Euthanasie. Vertrat vor Gericht die These, wonach die Tötung von unheilbar Kranken gerechtfertigt sei. Er wurde am 7. 7. 1947 zum Tode verurteilt und hingerichtet (Klee, 2003, Wikipedia).
- 21 Hans Heinze (1895–1983), T4-Gutachter und Gutachter bei der Kindereuthanasie. Er war Mitarbeiter des (Kinder-)Psychiaters Paul Schröder (1873–1941) in Leipzig und zeitweise Leiter der kinderpsychiatrischen Abteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Berlin. Mitglied der NSDAP seit 1932. Nach dem Krieg wurde er inhaftiert und zu sieben Jahren Haft verurteilt. Ab 1954 leitete er die kinder- und jugendpsychiatrische Klinik in Wunstorf.

tingen Bemühungen um die Wiedergründung einer kinderpsychiatrischen Gesellschaft. Im Jahre 1949 fand das erste Nachkriegssymposium der Kinderpsychiater in Marburg statt. 1950 kam es auf dem deutschen Psychiater-Kongress in Stuttgart zur offiziellen Wiedergründung bzw. Neugründung der Gesellschaft als »Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie«.

Mit dieser Gründung wurde die kinderpsychiatrische Fachgesellschaft als ärztliche Organisation etabliert und gleichzeitig eine Trennung von nichtärztlichen Berufsgruppen herbeigeführt, die allerdings auch weiterhin als außerordentliche Mitglieder der Gesellschaft angehören konnten. Seit ihrer Wiedergründung als eigene medizinische Fachdisziplin hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie Kontakte zu zahlreichen Nachbardisziplinen aufgenommen: zur Heilpädagogik, Pädagogik und Sonderpädagogik (ein wesentlicher Förderer dieser Beziehungen war seitens der Sonderpädagogik Helmut von Bracken (1899–1984)), zur Jurisprudenz (hier waren insbesondere Rudolf Sieverts (1903–1980) und Horst Schüler-Springorum (1928–2015) maßgebliche Partner), zur Psychologie (sehr enge Kontakte bestanden zu Adolf Busemann (1887–1967) und Karl-Hermann Wewetzer (1926–1978)), zur Psychiatrie (Paul Schröder, Werner Villinger, Hans Bürger-Prinz (1897–1976)) und zur Pädiatrie (Adalbert Czerny (1863–1941), Erwin Lazar (1877–1932), Carl-Gottlieb Bennholdt-Thomsen (1903–1971) und Hubert Harbauer (1919–1980)). Diese engen Beziehungen zu verschiedenen Nachbardisziplinen haben auch dazu geführt, dass kinder- und jugendpsychiatrisches Wissen in anderen Fachgebieten verbreitet wurde und dass auch vor anstehenden Gesetzesreformen kinder- und jugendpsychiatrischer Sachverstand stets gefragt war.

Die Entwicklung der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Nachkriegszeit anhand ihrer ersten Tagungen ist in Tab. 1.1 wiedergegeben, die auch die jeweils erörterten Themenschwerpunkte und z. T. auch Hinweise auf die Teilnehmer enthält.

Tab. 1.1: Deutsche Kinder- und Jugendpsychiatrie: Erste Tagungen in der Nachkriegszeit

Tagung	Themen/Beschlüsse	Teilnehmer
1949 ²² Göttingen: Tagung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater 22.–25.9.1949 Mitgliederversammlung ²³ am 23.9.1949	Einige wenige Vorträge zu kinderpsychiatrischen Themen: – Pubertas praecox (Stutte) – Katamnese bei Pubertäts- magersucht (Villinger) – Vereinbarung der Grün- dung oder Wiedergrün- dung im Hause von Walter Gerson – Prof. Kretschmer bis zur Genehmigung der neuen Satzung Vorsitzender der GDNP – Gliederung der DGNP in vier Sektionen – Vorbereitung der nächsten Tagung 1951 in Stuttgart und Vorschläge zu kinder- psychiatrischen Themen: »Abnorme Jugend« (Vil- linger), »Psychosen« – Referenten: Villinger, Bür- ger-Prinz, Sieverts »Psychische Hygiene« (Kleist)	Villinger und Stutte (beide Marburg) Erweiterter Vorstand der DGNP
1950 Lübeck: 50. Tagung der Dt. Ges. f. Kinderheilkunde, 1 kinderpsychiatrischer Tag 11.–13.9.1950 1950 Marburg: 1. Nachkriegssymposium d. dt. »Kinderpsychiater« 20./22.10.1950	Themen: – Psychosen i. Kindesalter (v. Stockert) – Heilpädagogik (Asperger) – Abnorme seelische Reak- tionen im Kindesalter (Villinger) – Tramer: Kinderpsychiatrie fehlt noch die Anerken- nung durch die Pädiatrie Diskussion: – Organisatorische Fragen u. Beschluss einer Gründung oder Wiedergründung d. Fachgesellschaft (Leitung: W. Villinger) nach der Erstgründung in Wien 1940	Geringe Teilnehmerzahl v. »Kinderpsychiatern«, auf einer originär pädiatrischen Tagung

22 Castell et al. (2003).

23 Nachlass Ehrhardt.

((Fortsetzung))

Tagung	Themen/Beschlüsse	Teilnehmer
	<ul style="list-style-type: none"> - Gründung der »Gesellschaft für Jugendpsychiatrie, Heilpädagogik und Jugendpsychologie«; Wahl v. Villinger z. Vorsitzenden - Vorbringen der Jahrbuch-Idee durch Villinger - Planung einer Facharztausbildung (2 J. Psychiatrie u. Neurologie, 1 J. Jugendpsychiatrie, 1 J. Pädiatrie plus ergänzende Ausbildungen z. B. in einem Jugendheim, EB, etc.) 	
<p>1951 Stuttgart: 1. Wiss. Tagung d. DVJ 26.-30.9.1951 i. Zusammenhang m.d. Tagung d. GDPN</p>	<p>Themen: Vorträge zu diversen Themen ohne spezielles Rahmenthema: z. B. endogene Psychosen, Pubertas praecox, Reifestörungen, Gehirn u. Endokrinium. Marburger Referenten: Förster, Leuner, Stutte, Villinger</p>	<p>Die Satzung unterschrieben: Carola Hannappel, Anna Leiter, Clara Schürmann, Eckart Förster, Hermann Stutte, Werner Villinger, v. Stockert</p>
<p>1952 Marburg: 2. Wiss. Tagung 18./19.4.1952 Vorsitz: Werner Villinger</p>	<p>5 Hauptthemen: (1) Wachstumsprobleme u. Reifestörungen (2) Störungen b. Sinnesdefekten (3) Gebräuchliche Testmethoden (4) Grenzfragen jugendpsychiatrischer Diagnostik (5) Prinzipien der Persönlichkeitsbeurteilung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stutte (MR): »Reifungsbiologische Untersuchungen an Fürsorgezöglingen« - Weber (MR): »Szenotest b. psychotischen Kindern u. Jugendlichen« - Förster (MR): »Grenzfragen jugendpsychiatrischer Diagnostik« - Villinger (MR): »Prinzipien d. Persönlichkeitsbeurteilung« <p>Zeitschrift f. Kinderpsychiatrie (Hg. Tramer) ist offizielles Organ der DVJ</p>	

((Fortsetzung))

Tagung	Themen/Beschlüsse	Teilnehmer
1954 Essen: 3. Wiss. Tagung d. DVJ am 6./7.9.1954, gemeinsam m.d. 54. Tagung d. Dt. Ges. f. Kinderheilkunde	Teils gemeinsame Sitzungen m.d. Pädiatern – »Der Einfluss d. Präpuber- tät auf die Entwicklung d. Kindes« – »Die Bedeutung d. Kriegs- u. der Nachkriegszeit f. d. Entwicklung d. Kindes« Marburger Referenten: Leuner, Förster, Stutte, Villinger, Theopold (Pädiater), Weber – Öffentl. Vortrag v. Hilde Mosse (New York): »Die Bedeutung der Massenme- dien f.d. Entwicklung kindlicher Neurosen«	
1955 Bad Nauheim: 4. Wiss. Tagung d. DVJ i. Anschluss a. d. Kongress d. GDNP v. 2./3.4.1955	Hauptthema: Intelligenz, Intelligenzstörungen, Intelligenzanomalien Marburger Referenten: Leuner, Busemann, Stutte, Villinger	
1958 Marburg: 5. Wiss. Tagung d. DVJ 28.–30.7.1958	Hauptthema: Autistisches Verhalten im Kindesalter – Hans Asperger: Über- sichtsreferat – Villinger: Überblick z. Ge- schichte d. Kinder- u. Ju- gendpsychiatrie: Wende in der Medizin, ganzheitliche Betrachtung, der kranke Mensch als Subjekt u. In- dividuum, stärkere Be- rücksichtigung v. Pädago- gik u. Philosophie Marburger Referenten: Leuner, Villinger – Beitritt d. DVJ zur Int. Ass. for Child Psychiatry (IACP) – Bekanntgabe d. Satzung f. d. Heinrich-Hoffmann- Medaille	Etwa 150 Teilnehmer, etliche auch aus d. Ausland Anzahl d. DVJ-Mitglieder: 188

Die tabellarische Übersicht verdeutlicht, dass im Zeitraum von 1949–1958 unter der Vielzahl von Themen reifungsbiologische Gesichtspunkte, spezifische Krankheitsbilder wie Psychosen, aber auch aktuelle sozialpsychiatrische Fra-

gestellungen wie die Bedeutung der Nachkriegszeit für die Entwicklung von Kindern und der Einfluss von Massenmedien eine besondere Rolle spielten. Bereits 1950 wurde der Plan diskutiert, eine Facharztweiterbildung zu etablieren.

Der Weg zu einer eigenen Facharzt Disziplin war aber noch weit. Historisch gesehen hat sich die Kinder- und Jugendpsychiatrie aus den »Mutterdisziplinen« Psychiatrie und Pädiatrie herausentwickelt. Als ergänzende Anrainerfächer haben die Psychologie, die Pädagogik, die Sozial- und Rechtswissenschaften eine bedeutsame Rolle gespielt.

Wie aus Tab. 1.1 hervorgeht, wurde bereits auf dem ersten Nachkriegssymposium der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie 1950 in Marburg die Einführung eines eigenen Facharztes diskutiert und auch ein entsprechendes Weiterbildungsprogramm. Dass dies auch ein europäisches Anliegen war, zeigte sich auf dem 1. Magglinger Symposium, das am 30. und 31. Oktober 1954 stattfand und das im Übrigen auch der Zusammenarbeit zwischen Kinderpsychiatern und Jugendrichtern gewidmet war. Was die »kinderpsychiatrische Ausbildung« betrifft, gaben neun Teilnehmer einen Überblick über die Situation in ihrem Land und die künftigen Pläne. Die einzelnen Statements sind in Tab. 1.2 gerafft wiedergegeben. Aus ihr geht hervor, dass im Jahr 1953 nur in der Schweiz und in Finnland ein Facharzt für Kinderpsychiatrie existierte und lediglich in Paris und Marburg eigene Lehrstühle. Es herrschte aber Einigkeit darüber, dass es ein Gebot der Zeit sei, einen eigenen Facharzt für Kinderpsychiatrie in Europa einzuführen.

Tab. 1.2: Status der Kinder- und Jugendpsychiatrie in verschiedenen europäischen Ländern im Jahre 1954²⁴

<p><u>Deutschland</u>: Berichterstatter Villingen, Stutte, v. Stockert</p> <ul style="list-style-type: none"> – Grundausbildung in Psychiatrie, Neurologie und Pädiatrie erforderlich, möglichst an Universitätsabteilungen. – Praktische und theoretische Kenntnisse in Psychiatrie, Sozialpädagogik, Jugendrecht. – Seit kurzem Lehrstuhl in Marburg (Stutte). – Noch kein Facharzt.
<p><u>Italien</u>: Berichterstatter de Sanctis</p> <ul style="list-style-type: none"> – Schaffung eines FA geplant, Ausbildung vier Jahre: ein Jahr Pädiatrie, ein Jahr Psychiatrie, ein Jahr Kinderpsychiatrie und ein Jahr einschlägige praktische Betätigung.

24 Nach dem Bericht über das erste Treffen europäischer Kinderpsychiatern am 30./31. 10. 1954 in Magglingen ob Biel/Schweiz, Nachlass Hermann Stutte UAMR 309/54 Akte UEP.

((Fortsetzung))

<p><u>Portugal</u>: Berichterstatter Fontes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seit 12 Jahren Existenz einer Organisation für psychische Hygiene des Kindesalters. - Einzige kinderpsychiatrische Klinik in Lissabon. - Noch kein FA.
<p><u>Niederlande</u>: Berichterstatter van Krevelen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lehrstuhl in Groningen vorgesehen. - Widerstände gegen das Fach in der Psychiatrie. - FA für Psychiatrie ist obligat für kinderpsychiatrische Tätigkeit. - Noch kein FA.
<p><u>Schweiz</u>: Berichterstatter Tramer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Noch kein offizieller Lehrstuhl. - Ausbildungsstätten in Zürich, Bern, Basel, Genf und Biel. - FA mit vierjähriger Ausbildungszeit seit 1953.
<p><u>Finnland</u>: Berichterstatter Donner</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kinderpsychiatrische Spezialeinrichtungen seit ca. 1920–1925. - Kein Lehrstuhl, aber Ausbildungsmöglichkeiten mit FA-Anerkennung.
<p><u>Österreich</u>: Berichterstatter Spiel</p> <ul style="list-style-type: none"> - FA mit sechsjähriger Ausbildungszeit geplant. - Seit 1924 existieren in Wien 21 von A. Adler gegründete Erziehungsberatungsstellen (besetzt mit Ärzten und Pädagogen).
<p><u>Frankreich</u>: Berichterstatter Michaux, Heuyer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordinariat für Kinderpsychiatrie seit 1949 (Heuyer). - Spezialvorlesungen in Paris seit 1920. - Ein Diplom »Neuropsychiatrie im Kindesalter« sei kürzlich eingeführt worden. - Vorlesungen über Kinderpsychiatrie an verschiedenen Universitäten. - Aktuelle Tendenzen der Psychoanalyse nach Selbständigkeit.
<p><u>Spanien</u>: Berichterstatter Fontes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Offensichtlich besteht noch kein FA. Es existiert aber eine Gesellschaft für Kinderpsychiatrie.

In Deutschland dauerte es noch 14 Jahre, bis auf dem 71. Deutschen Ärztetag in Wiesbaden am 22. Mai 1968 die Kinder- und Jugendpsychiatrie mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde und der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde in den Facharztweiterbildungskatalog als eigenes Gebiet aufgenommen wurde. Der Antrag wurde von den Delegierten der Landesärztekammern in Hamburg, Hessen und Berlin gestellt, die die Argumente der drei kinder- und jugendpsychiatrischen Fachvertreter²⁵ Heinrich Albrecht (1921–1967), Hubert Harbauer (1919–1980) und Gerhardt Nissen (1923–2014) sich zu eigen machten. Sie wurden unterstützt durch den Internisten Gotthard Schettler (1917–1996), der bereits einige Jahre zuvor im Deutschen Ärzteblatt die Einführung eines »Jugendpsychiaters« gefordert

²⁵ Heinrich Albrecht und Gerhardt Nissen kamen mit psychiatrischem Hintergrund in die Kinder- und Jugendpsychiatrie, während Hubert Harbauer aus der Kinderheilkunde kam.

hatte²⁶. »Mit der Facharztanerkennung fand eine Entwicklung ihren vorläufigen Abschluss, die vor 150 Jahren in der Psychiatrie und in der Pädiatrie begonnen hatte« (Nissen, 2005).

Vorausgegangen waren allerdings Kompetenzstreitigkeiten zwischen der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie (DVJ). Immerhin wurden diese auf zwei gemeinsamen Kongressen 1950 in Lübeck und 1954 in Essen erörtert und schließlich beigelegt²⁷.

Die Diskussion um den Stellenwert der Pädiatrie innerhalb des angestrebten Facharztes für Kinderpsychiatrie wurde auch auf europäischer Ebene geführt. So monierte der Pädiater Bennholdt-Thomsen im Hinblick auf die Themenplanung für das 2. Magglinger Symposium am 8.12.1956 (am 1. Symposium nahm er noch nicht teil) in einem Schreiben an den Generalsekretär Friedemann²⁸,

- dass die Pädiatrie bei der geplanten Diskussion bezüglich der Kindertherapie zwischen Kinderpsychiatern, Heilpädagogen und Psychologen nicht berücksichtigt sei. Schließlich kämen überall die Mütter mit ihren an psychogenen und psychosomatischen Krankheiten leidenden Kindern zuallererst zum Kinderarzt, dessen Hilfe bei der Klärung mancher »Neurosen« im Kindesalter unumgänglich sei;
- dass der Pädiatrie auch bei dem zweiten vorgesehenen Thema für das Symposium »Psychophysische Einheit in der Kinderpsychiatrie« eine wichtige Rolle zukomme, z. B. bei Ernährungsfragen oder beim Hospitalismus und
- dass im Hinblick auf die Schaffung eines Facharztes für Kinderpsychiatrie 1 ½ Jahre Pädiatrie an einer Universitätsklinik oder einer gleichgestellten Klinik wünschenswert wären.

Zur vorgesehenen Diskussion, die Facharztfrage betreffend, äußern sich Stutte und Villingen in einem Schreiben vom 2.11.1955 an Friedemann zurückhaltend²⁹ unter Hinweis darauf, dass man sich erst »auf gemeinsame Ausbildungsrichtlinien der in der UEP vereinigten Länder« verständigen müsste, was eine »viel größere Stoßkraft« hätte. Offenbar befürchteten die beiden Herren, zum damaligen Zeitpunkt mit einer Facharztinitiative in Deutschland noch nicht durchzukommen.

Im Hinblick auf die Facharztfrage bzw. einen Zusatztitel »Kinderpsychiatrie« war die X. Tagung der DVJ 1966 in Berlin bedeutsam, die im Anschluss an die 64. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde stattfand. Diesbe-

26 Er hat, so Nissen (2009), einen Analogieschluss zur Pädiatrie gezogen, die sich vor Jahrzehnten aus der Inneren Medizin herausentwickelt hat. Nissen, G (2009): Psychisch gestörte Kinder und Jugendliche gestern und heute, S. 151, Psychosozial Verlag, Gießen.

27 vgl. Topp, Schepker, Fangerau (2016), a. a. O.

28 Nachlass Hermann Stutte UAMR 309/54, Akte UEP.

29 Nachlass Hermann Stutte UAMR 309/54, Akte UEP.

züglich hatte die DVJ bereits zuvor zwei Ausschüsse gegründet, die zwei zukunftsweisende Denkschriften erarbeitet hatten, welche sich als wichtige Wegbereiter für die Verselbständigung des Fachgebietes erweisen sollten: eine »Denkschrift zur Stellung der Kinderpsychiatrie im Rahmen der Universitätsreform« und eine weitere »Denkschrift zur Berücksichtigung kinder- und jugendpsychiatrischer Kenntnisse im Medizinstudium« (Harbauer, 1966)³⁰.

Die Herauslösung der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus ihren Mutterfächern Psychiatrie, Neurologie und Kinderheilkunde kann nicht nur unter verbandspolitischen Gesichtspunkten betrachtet werden, sondern ergab sich aus einer inneren Notwendigkeit. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie hat mit der Pädiatrie die Altersgruppen (Kinder und Jugendliche) gemeinsam, mit der Psychiatrie und Neurologie die Krankheitsbilder und mit allen drei Disziplinen gemeinsame fachliche Schwerpunkte. Dies ist in Abb. 1 dargestellt. Die dort exemplarisch angeführten gemeinsamen Schwerpunkte sind von *einer* Facharztdisziplin nicht kompetent zu vertreten, sondern schreien gleichsam nach einer Kooperation. Diese betrifft natürlich auch die Klinische Psychologie und ihre Varianten, die Sozialwissenschaften und Teile der Rechtswissenschaft. Letztlich haben diese Notwendigkeiten weltweit zur Herausbildung des Fachgebietes Kinder- und Jugendpsychiatrie geführt. Dass sich dieser Prozess nicht ohne Auseinandersetzungen und persönliche Interessen der jeweiligen Akteure vollzieht, ist nicht verwunderlich und zeigt sich in der Medizin (aber auch sonst) bei nahezu allen Verselbständigungsbestrebungen neuer Fachgebiete. Die Etablierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigene Facharztdisziplin wird in Kap. 8 ausführlich beschrieben.

Im Zeitraum zwischen 1950 und 2003 kam es im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des Fachgebietes zu mehreren Veränderungen des Namens der Gesellschaft, die im Jahr 1973 die Bezeichnung »Deutsche Vereinigung für Kinder- und Jugendpsychiatrie« führte, ab 1976 die Bezeichnung »Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie« (DGKJ), ab 1994 »Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie« (DGKJP) und die seit 2003 vorübergehend »Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie« (DGKJPP) hieß und jetzt wieder DGKJP heißt.

Ein Überblick über die Kongresse der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und ihrer Vorläufer-Organisationen ist in Tab. 1.3 wiedergegeben.

30 Harbauer H (1966). Bericht über die X. Wissenschaftliche Tagung der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie. Acta Paedopsychiat. 33, 366–367.

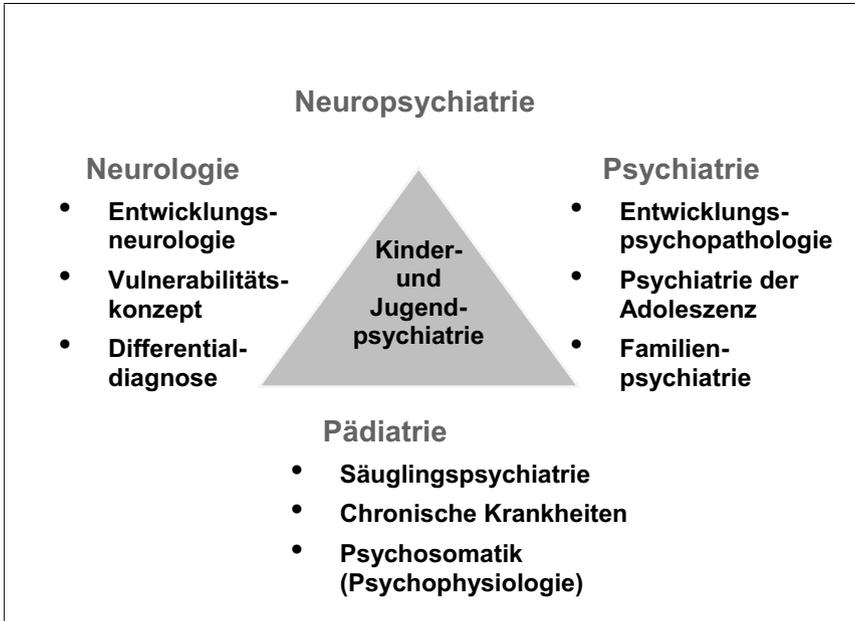


Abb. 1.1: Mutter- und Nachbarfächer der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Tab. 1.3: Kongresse der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihrer Vorläufer-Organisationen

Kongress	Ort	Kongresspräsident	Themen	Zeit
	Wiesbaden	Paul Schröder	Vorbereitungskomitee zur Gründung / Gründung einer kinderpsychiatrischen Arbeitsgemeinschaft auf Veranlassung von Prof. Dr. P. Schröder	27.03.1939
I. Tagung	Wien	Vorsitzender: Paul Schröder, Schriftführer: Werner Villinger	Gründung der »Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik« in Wien am 05.09.1940.	05.09.1940
I.	Marburg	Werner Villinger	Erstes Nachkriegssymposium einiger Kinderpsychiater in Marburg.	21./22.10.1950
II.	Marburg	Werner Villinger	Wachstumsprobleme u. Reifungsstörungen/ ...	18.04.–19.04.1952

((Fortsetzung))

Kongress	Ort	Kongresspräsident	Themen	Zeit
III.	Essen	Otto Bossert und Werner Villinger	Der Einfluss der präpuberalen Phase auf die Entwicklung des Kindes / Die Bedeutung des Kriegsgeschehens für die Entwicklung des Kindes	06.09.–07.09. 1954
IV.	Bad Nauheim	Werner Villinger	Emotionale Probleme der frühen Kindheit	02.04.–03.04. 1955
V.	Marburg	Werner Villinger	Autistisches Verhalten im Kindesalter	28.07.–30.07. 1958
VI.	Berlin	Werner Villinger	Psychopathologie endokriner Erkrankungen im Kindes- u. Jugendalter / Begutachtung der Glaubwürdigkeit kindlicher u. jugendlicher Zeugen	19.10.–21.10. 1959
VII.	Innsbruck	(Werner Villinger gest. 8. 8. 1961) und Franz Günther von Stockert	Die entzündlichen Erkrankungen des Gehirns im Kindesalter / Die Mitarbeiter des Kinderpsychiaters, ihre Aus- und Fortbildung. Beschluss der Mitgliederversammlung, der UEP beizutreten (10. 8. 1961)	10.08.–12.08. 1961
VIII.	Wiesbaden	Franz Günther von Stockert	Intelligenz und Intelligenzstörungen	05.09.–08.09. 1963
IX.	Hamburg	Vorsitz: Franz Günther von Stockert /Tagesvorsitz: Jakob Lutz	Prognose neuro-psychiatrischer Erkrankungen im Kindesalter	06.05.–08.05. 1965
X.	Berlin	Heinrich Albrecht	Pädiatrie u. Kinderpsychiatrie	08.09.–10.09. 1966
XI.	Regensburg	Reinhart Lempp	Zwangsphänomene im Kindes- und Jugendalter	05.06.–07.06. 1969

((Fortsetzung))

Kongress	Ort	Kongresspräsident	Themen	Zeit
XII.	Würzburg	Hubert Harbauer	Die »Dummheit« und ihre psychosozialen Aspekte / Das Kind in der geschiedenen Ehe	30.09.–02. 10. 1971
XIII.	Freiburg	Peter Strunk	Seelische Fehlentwicklung und Gesellschaftsstruktur / Störungen der Sprachentwicklung	16.05.–19.05. 1973
XIV.	Göttingen	Friedrich Specht	Biologische Bedingungen psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter / Psychische Gesundheit und Schule	04.06.–07.06. 1975
XV.	Salzburg	Friedrich Specht und Max Hermann Friedrich	Recht, Behörde, Kind. – Probleme und Konflikte der Kinder- und Jugendpsychiatrie / Dokumentation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	22.06.–25.06. 1977
XVI.	Münster	Hedwig Wallis	Das Kind als Außenseiter / Das Kind in Ausnahmesituationen	26.09.–29.09. 1979
XVII.	München	Eckart Förster	Suizid bei Kindern und Jugendlichen / Ambulante und teilstationäre Versorgung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher	25.05.–27.05. 1981
XVIII.	Marburg	Helmut Remschmidt	Psychotherapie mit Kindern, Jugendlichen und Familien / Kinderpsychiatrie und Familienrecht	09.05.–11.05. 1983
XIX.	Mannheim	Martin Heinrich Schmidt	Langzeittherapie und Verlauf psychiatrischer Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters / Die Rolle des Vaters in der Entwicklung des Kindes	06.05.–08.05. 1985

((Fortsetzung))

Kongress	Ort	Kongresspräsident	Themen	Zeit
XX.	Feldkirch-Vorarlberg	Peter Strunk (D) und Franz Wurst (A)	Dissozialität / Psychosomatische Erkrankungen / Anorexia nervosa / Fremdplazierung	18.05.–20.05. 1987
XXI.	München	Joest Martinius	Befund, Klassifikation, Diagnose, Therapieplanung/ Kindesmißhandlung, -vernachlässigung, sex. Mißbrauch/ Pharmakologie, Pharmakotherapie	08.05.–10.05. 1989
XXII.	Bad Homburg	Fritz Poustka	Störungen der kindlichen Entwicklung	01.05.–04.05. 1991
XXIII.	Köln	Gerd Lehmkuhl	Scheidung, Trennung, Kindeswohl/ Chronisch kranke Kinder u. ihre Familien/ Therapeutische Methoden u. Standards	28.04.–01.05. 1993
XXIV.	Würzburg	Andreas Warnke	Entwicklungsstörungen und psychische Störungen im frühen Kindesalter / Psychische Störungen und Schule / Begutachtung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie	26.04.–29.04. 1995
XXV.	Dresden	Michael Scholz	Tradition u. Entwicklung in der Kinder- u. Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie/ Agressivität u. Dissozialität, Störungsspezifische Behandlungsformen	20.05.–22.05. 1997
XXVI.	Jena	Bernhard Blanz	Chancen für das seelisch kranke Kind	05.04.–08.04. 2000
XXVII.	Berlin	Ulrike Lehmkuhl	Seelische Krankheit im Kindes- u. Jugendalter – Wege zur Heilung	03.03.–06.04. 2002

((Fortsetzung))

Kongress	Ort	Kongresspräsident	Themen	Zeit
XXVIII.	Wien	Ulrike Lehmkuhl / Max Hermann Friedrich	Therapie in der Kinder- u. Jugendpsychiatrie: Von den Therapieschulen zu störungsspezifischen Behandlungen	02.04.–05.04. 2003
XXIX.	Heidelberg	Franz Resch	Die Sprache in der Kinder- u. Jugendpsychiatrie	16.03.–19.03. 2005
XXX.	Aachen	Beate Herpertz- Dahlmann	Versorgung im Notstand: Wer versorgt künftig psychisch kranke Kinder und Jugendliche?	14.03.–16.03. 2007
XXXI.	Hamburg	Michael Schulte- Markwort	Psychosomatik – Kinder- und Jugendpsychiatrie als interdisziplinäres Fach	04.03.–07.03. 2009
XXXII:	Essen	Johannes Hebebrand	Spannungsfelder Schule, Wissenschaft und klinische Praxis	02.03.–05.03. 2011
XXXIII.	Rostock	Frank Häßler	Transition – gelingende Übergänge für psychisch und neurologisch kranke Kinder und Jugendliche	06.03.–09.03. 2013
XXXIV.	München	Gerd Schulte- Körne	Veränderte Gesellschaft- veränderte Familien	04.03.–07.03. 2015
XXXV.	Ulm	Jörg Fegert	Dazu gehören! – Bessere Teilhabe für traumatisierte und psychisch belastete Kinder und Jugendliche	22.03.–25.03. 2017

Im Hinblick auf die fachliche Orientierung hat sich die deutschsprachige Kinder- und Jugendpsychiatrie in eine Richtung entwickelt, die aus verschiedenen Quellen gespeist wird und die sowohl im diagnostischen als auch im therapeutischen Bereich als im guten Sinne eklektisch angesehen werden kann. Dennoch existierten und existieren in der klinischen Ausrichtung gewisse theoretische Schwerpunkte, die sich unter vier Gesichtspunkten kennzeichnen lassen:

1. Die neuropsychiatrische Tradition.

Sie geht auf den Einfluss der Psychiatrie und Neurologie zurück, aus der die Kinder- und Jugendpsychiatrie wesentliche Impulse erhalten hat. Viele Abteilungen haben sich aus der Erwachsenenpsychiatrie heraus entwickelt. Diese Tradition findet sich nicht nur im deutschsprachigen Raum, sondern auch in Frankreich und z. T. sehr ausgeprägt in den ehemals sozialistischen

Ländern einschließlich der DDR, wo eine Subspezialisierung »Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters« 1974 eingeführt wurde, die von Neuropsychiatern und Pädiatern erworben werden konnte^{31, 32}. Sie hat neuerdings wieder Auftrieb erhalten durch die Neuropsychologie, die die Beziehungen zwischen Erleben und Verhalten einerseits und Hirnfunktionen andererseits untersucht und die man auch als »Fortsetzung der Neurologie mit psychologischen Methoden« bezeichnen könnte.

2. Die heilpädagogisch-klinische Tradition.

Sie war insbesondere in der Bundesrepublik Deutschland, in Österreich und der Schweiz an verschiedenen Kliniken, vorwiegend an Kinderkliniken, verbreitet. Wesentliche Promotoren dieser Entwicklung waren in Österreich Hans Asperger (1906–1980), in der Schweiz Paul Moor (1899–1977) und in der Bundesrepublik Deutschland Heinrich Koch (1916–1999). Die heilpädagogischen Stationen und Abteilungen wurden zunehmend durch psychosomatische Einrichtungen abgelöst.

3. Die psychodynamische und psychoanalytische Tradition.

Sie hat sich zunächst ausschließlich in Westeuropa und in der westlichen Welt verbreitet, nicht in den früheren Ostblockstaaten. Begründet wurde sie durch Sigmund Freud. Wesentliche Impulse erhielt sie durch Anna Freud (1895–1982), Melanie Klein (1882–1960), Alfred Adler (1870–1937), August Aichhorn (1887–1949), René Spitz (1887–1974) und in der Bundesrepublik Deutschland besonders durch Annemarie Dührssen (1916–1998). Seit 1948 existierte eine Ausbildung zum Psychagogen, seit 1970 konnten Psychagogen zu den Krankenkassen zugelassen werden. Durch das Psychotherapeutengesetz vom 19.6.1998 wurde, neben anderen psychotherapeutischen Heilberufen, der Beruf des analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten als neuer Heilberuf geschaffen, der, nach Approbation, zu den Krankenkassen zugelassen ist. Verschiedene Kliniken im deutschsprachigen Raum sehen das psychodynamisch-psychoanalytische Konzept als Basis an, integrieren jedoch auch andere Ansätze, da sich gezeigt hat, dass nur ein kleiner Teil der kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten mit Hilfe der analytischen Psychotherapie behandelt werden kann. Andererseits ist das psychodynamische Denkmodell eine sehr wichtige Grundlage zum Verständnis einer Vielzahl psychischer Störungen und auch familiärer Aspekte.

4. Die empirisch-epidemiologisch-statistische Tradition.

Sie wird insbesondere in den angelsächsischen Ländern, vor allem in England und den USA, vertreten und ist in ihrer Ausrichtung nicht einer speziellen

31 Schumann,U (2013). Forum für Kinder- und Jugendpsychiatrie 3, S. 16.

32 Übersicht bei Häßler F (2016). Meilensteine der Kinderneuropsychiatrie. Fortschr. Neurol. Psychiatr 84, S1-S3; vgl. auch Kap. 8.

theoretischen Richtung verpflichtet. Sie geht von der Objektivierung empirischer Sachverhalte aus, ist darum bemüht, umfassende Versorgungsmodelle zu entwickeln und diagnostische wie therapeutische Methoden einer kritischen Evaluation zu unterziehen. In das diagnostische und therapeutische Konzept dieser Richtung sind alle Ansätze integrierbar, die sich um die Objektivierung ihres klinischen Handelns bemühen. Auch diese Richtung hat eine lange Tradition und ist derzeit vorherrschend in der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie ist weitgehend identisch mit der evidenzbasierten Medizin, die sich heute in allen medizinischen Fachgebieten durchgesetzt hat. Exponenten dieser Tradition sind in Europa Michael Rutter und Philip Graham. In den USA waren Leo Kanner (1894–1981), vor allem aber Leon Eisenberg (1922–2009) maßgebliche Protagonisten.

1.2.2 Fehlentwicklungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychiatrie im Nationalsozialismus

In Abb. 1.2 ist ein Gemälde von Günther Blau³³ (1922–2007) wiedergegeben, das in kompakter Form höchst eindringlich und biografisch unterlegt, die Verbrechen während der Zeit des Nationalsozialismus verdeutlicht³⁴. Im Mittelpunkt steht die alles dominierende Figur Adolf Hitlers als »Kopf der Bewegung«. Rechts neben seiner Unterschrift auf der Staffelei befindet sich ein Jugendbildnis Hitlers, der in jungen Jahren einmal den Plan hatte, Kunstmaler zu werden. Links ist er als Säugling gezeigt. Die unter dem Kopf liegende Leiche symbolisiert die unzähligen Morde der Nationalsozialisten, die im Hintergrund rechts durch weitere am Galgen baumelnde Hingerichtete akzentuiert werden. Der Mann in SS-Uniform rechts im Bild, der ein Huhn hinter sich herzieht, ist Heinrich Himmler (1900–1945). Dies ist eine Anspielung darauf, dass der studierte Landwirt im Nebenerwerb zeitweise auch Hühner züchtete. Links im Bild sehen wir einen Schwan und eine Säule mit Rauchwolken als Attribute der Wagnerverehrung Hitlers und einen Mann in Zivil neben einem Volksempfänger. Dies ist der Reichspropagandaminister Joseph Goebbels (1897–1945).

Die nationalsozialistische Weltanschauung ist nicht plötzlich entstanden, sondern hat viele Vorläufer. Zahlreiche politische, wissenschaftliche, weltanschauliche und ökonomische Strömungen konvergierten, um schließlich in einen Überwachungsstaat mit radikalem Ordnungsdenken einzumünden. Die

33 Günther Blau (1922–2007) war ein in Marburg lebender und international anerkannter Künstler, der sich aufgrund eigener Kriegserlebnisse intensiv mit dem Nationalsozialismus beschäftigte. Das 1965 entstandene Bild ist ein Resultat dieser Auseinandersetzung.

34 Der Verfasser dankt Frau Ruthild Blau sehr herzlich für die Genehmigung zum Abdruck dieses Bildes.



Abb. 1.2: Nationalsozialismus: Gemälde von Günther Blau, WVZ Nr. 326
Mit freundlicher Genehmigung von Frau Ruthild Blau

Nationalsozialisten haben zahlreiche, lange zuvor bestehende Entwicklungen und Bewegungen aufgenommen und sie in kurzer Zeit radikal und perfektionistisch umgesetzt. In Abb. 1.2 soll die Zeit des Nationalsozialismus durch den dunklen Schatten veranschaulicht werden. Zwischen 1933 und 1945 wurden auf der Grundlage nationalsozialistischer Gesetze und Führerbefehle zahlreiche Menschen zwangssterilisiert und getötet. Die hellere Schattierung in der Abbildung reicht bis in das Jahr 1958 – damit soll gezeigt werden, dass bestimmte Vorstellungen und Konzepte und auch teilweise eine während der Zeit des Nationalsozialismus gebrauchte Terminologie weiter Bestand hatten, bis Anfang der 1960er Jahre eine Umorientierung stattfand, die auf neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen, aber auch auf demokratischen und freiheitlichen gesellschaftlichen Veränderungen aufbauen konnte.

In der Abbildung sind fünf Zeitströmungen wiedergegeben, die ihren Ursprung lange vor der Zeit des Nationalsozialismus haben, während des Nationalsozialismus in pervertierter Weise angewandt wurden, von denen einige auch bis heute fortwirken.

Die Basis aller Maßnahmen, die die meisten, wenn nicht alle, Aktionen des Nationalsozialismus durchzieht, ist der *Minderwertigkeitsgedanke*. Dieser geht

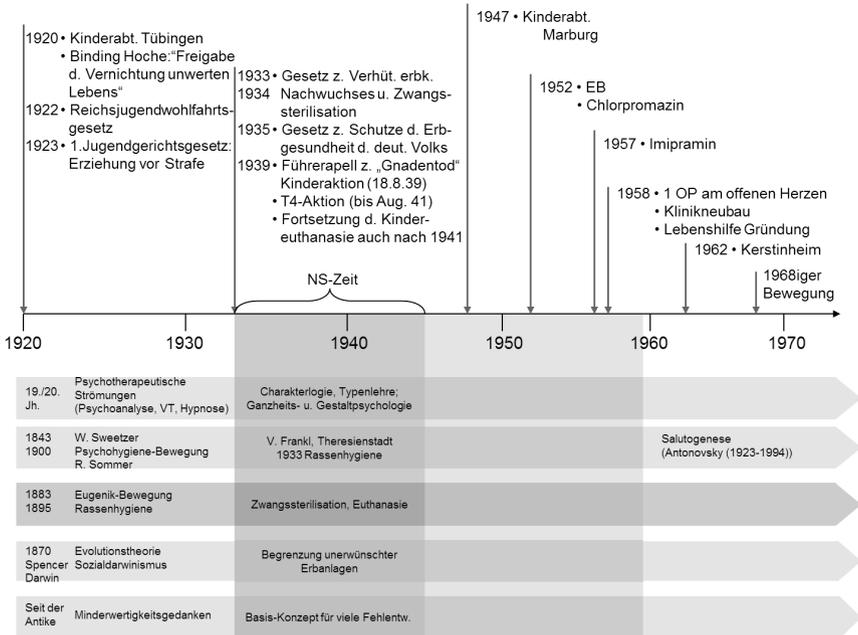


Abb. 1.3: Theoretische Konzepte und ihre Pervertierung in der Zeit des Nationalsozialismus, einschließlich gewisser Nachwirkungen in der Nachkriegszeit

davon aus, dass die Menschen nicht gleichwertig sind, sondern dass es wertvollere oder weniger wertvolle und auch minderwertige Menschen gibt. Er lässt sich bis in die Antike verfolgen. So lesen wir bei Seneca (1. Jhdt. n. Chr.): »Unnatürliche Nachzucht zerstören wir; wir ertränken Kinder, die bei der Geburt schwächlich und abnormal sind, doch geschieht dies nicht aus Zorn, sondern aus Vernunft. Die Vernunft scheidet das Schädliche vom Gesunden«³⁵.

Erst in der jüdischen und christlichen Tradition wurde diese Sicht überwunden (vgl. Kap. 1). Der Minderwertigkeitsgedanke ist aber heute noch virulent. Man denke daran, dass durch die pränatale Diagnostik missgebildete Feten häufig abgetrieben werden und dass z. B. in China unter dem Aspekt der Einkind-Familie lange Zeit weibliche Feten abgetrieben wurden, weil nur Jungen erwünscht waren.

Die zweite Bewegung ist die *Evolutionstheorie bzw. der Sozialdarwinismus*. Die Evolutionstheorie geht davon aus, dass sich das jeweils Stärkere durchsetzt; der Sozialdarwinismus stellt ein biologisches Modell der menschlichen Entwicklung dar, das auf dem Prinzip der Auslese beruht, wobei erwünschte Erbanlagen gefördert und unerwünschte ausgelöscht werden sollen.

35 Seneca: De ira I, 15, 2 (vgl. auch Kap. 1.1).

Dieser Gedanke fand in der *Eugenik-Bewegung* und in der *Rassenhygiene* seine praktische Anwendung und hat in zahlreichen Ländern zu Zwangssterilisationen geführt, die während der Zeit des Nationalsozialismus perfektioniert und gleichsam »am Fließband« durchgeführt wurden.

Die *Psychohygiene-Bewegung* verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz zur Förderung aller Maßnahmen, die dem Schutz der seelischen Gesundheit dienen und präventiv psychische Abweichungen und Erkrankungen zu verhindern suchen. In Deutschland wurde sie vor allem durch den Psychiater Robert Sommer (1864–1937), der in Gießen tätig war, begründet. Auch die Psychohygiene-Bewegung wurde von den Nationalsozialisten instrumentalisiert. In der Abbildung ist Viktor Frankl erwähnt, der während seiner Internierung im KZ Theresienstadt versucht hat, psychohygienische Maßnahmen i. S. der Prävention bei den Mitgefangenen einzusetzen.

Schließlich sind auch die *psychotherapeutischen Strömungen* zu bedenken, deren Akzent im Nationalsozialismus auf der Charakterologie und der Typenlehre lag, sich mit dem Minderwertigkeitsgedanken und der Rassenhygiene verband, um auch »charakterlich minderwertige Menschen« auszusondern.

Im oberen Teil der Abbildung sind einige gesetzliche Bestimmungen sowie für die Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marburg wichtige Gründungsdaten angegeben, so die Gründung einer Kinderabteilung im Jahr 1947, die Gründung der Erziehungsberatungsstelle 1952, die Gründung der Lebenshilfe in der Marburger Klinik 1958 und die Gründung des Kerstinheims im Jahr 1962. Auf diese für die Entwicklung der Marburger Kinder- und Jugendpsychiatrie wichtigen Daten wird an späterer Stelle ausführlich eingegangen.

Gleichzeitig verweist die Abbildung durch den Hinweis auf die Entdeckung des Chlorpromazins und des Imipramins auch auf revolutionäre Entwicklungen in der Psychiatrie. Das Jahr 1958 war auch noch in anderer Hinsicht im Hinblick auf die Weiterentwicklung der Medizin bemerkenswert: In diesem Jahr führte Rudolf Zenker (1903–1984) in Marburg die erste Operation am offenen Herzen durch.

Schließlich enthält die Abbildung noch einen Hinweis auf die 1968er Bewegung, die die Philipps-Universität Marburg wie wenige andere Universitäten ergriffen hatte. Auch auf diesen Aspekt wird an späterer Stelle ausführlich eingegangen.

Sowohl die Psychiatrie als auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die es damals als eigene Fachdisziplin noch gar nicht gab (es gab aber sogenannte Kinderabteilungen, in denen psychisch kranke Kinder und Jugendliche behandelt wurden), haben im Nationalsozialismus eine verhängnisvolle Entwicklung genommen. Diese begann mit dem 1933 beschlossenen und am 1. Januar 1934 in Kraft getretenen »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses«, das die Zwangssterilisation von Personen mit einer Reihe psychia-

trischer Diagnosen zur Folge hatte. Auch das Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes (1935) und insbesondere der Führerbefehl zum »Gnadentod« haben den Tod einer großen Zahl von kranken und behinderten Kindern verursacht. Allein durch die sogenannte Kinderaktion in den »Kinderfachabteilungen« wurden mindestens 5000 behinderte und psychisch kranke Kinder systematisch getötet, z. B. durch die Verabreichung von tödlichen Injektionen oder durch Nahrungsentzug. Der T4-Aktion (benannt nach dem Hauptquartier in der Tiergartenstrasse 4 in Berlin) fielen etwa 80.000 psychisch kranke und behinderte Menschen zum Opfer.

In geradezu zynischer Weise wurden zahlreiche dieser Entwicklungen (u. a. Versuche mit infektiösen Erregern an psychisch Kranken) mit dem Etikett wissenschaftlicher Untersuchungen verbrämt. Viele dieser sogenannten Wissenschaftler fanden in der Nachkriegszeit wieder führende Positionen in der deutschen Medizin und erst sehr spät wurde mit einer Aufarbeitung dieses Teils der nationalsozialistischen Vergangenheit begonnen. Stellvertretend für die inzwischen in großer Zahl vorliegenden Einzelarbeiten sei auf die umfassenden Monographien von Castell et al. (2003)³⁶ und von Fangerau, Topp und Schepker (2017) hingewiesen³⁷.

Diese »Wissenschaft auf Irrwegen«, wie ein Band zu dieser Thematik überschrieben ist, erfuhr in der Darstellung des Bonner Medizinhistorikers Heinz Schott (1992) Unterstützung aus drei Argumentationszusammenhängen:

- Aus der *ökonomischen Begründung*, die für die »Vernichtung lebensunwerten Lebens« eintrat, um die Gesellschaft von »Ballastexistenzen« zu befreien, die sie ökonomisch ruinierten;
- aus der *biologischen Begründung*, die sich auf Rassenideologie und Rassenbiologie erstreckte und die erbkranken und Angehörige sogenannter »minderwertiger Rassen« beschuldigte, das gesunde Erbgut zu verderben und eine biologische Degeneration der Gesellschaft herbeizuführen und
- aus der *psychologischen Begründung*, die zwar von den beiden anderen Begründungen überlagert wurde, die jedoch einen verhängnisvollen Zusammenhang zwischen erblicher Belastung, körperlichen Eigenschaften und dem Seelenleben jener Menschen herausstellte, deren Existenz als schädlich für die Gemeinschaft angesehen wurde.

36 Castell R et al (2003). Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

37 Fangerau HJ, Schepker K, Topp S (Hrsg) (2017). Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit, Springer, Heidelberg.

1.2.3 Gesten der Versöhnung nach dem Krieg

Die deutsche Kinder- und Jugendpsychiatrie, die vor dem Zweiten Weltkrieg gute Kontakte zu den Vertretern und Organisationen der europäischen und internationalen Kinder- und Jugendpsychiatrie hatte, lag nach dem Kriege buchstäblich am Boden. Dabei hatte es vor dem 2. Weltkrieg gut begonnen. Bereits 1935 hatten sich führende europäische Kinderpsychiatern (unter Einschluss der deutschen) zu einer Gruppe zusammengeschlossen, aus deren Initiative die »International Association for Child and Adolescent Psychiatry« hervorging (Caplan et al. 1994). Zusammen mit der Mental Hygiene Conference, die 1937 in Paris stattfand, organisierte Georges Heuyer (1884–1977) als Präsident die erste »International Conference on Child Psychiatry«, die sich zum Ziel gesetzt hatte, weitere internationale Tagungen durchzuführen. Paul Schröder (Leipzig, 1873–1941) wurde Präsident des neugegründeten »International Committee for Child Psychiatry«. Es war geplant, die zweite Tagung 1941 in Leipzig durchzuführen, doch Paul Schröder starb und der Zweite Weltkrieg unterbrach jede Kommunikation deutscher Kinder- und Jugendpsychiatern mit ihren ausländischen Kollegen.

Nach dem Zweiten Weltkrieg standen die im Dritten Reich begangenen Untaten, die sowohl Patienten gegenüber begangen wurden als auch gegenüber Fachkollegen und insbesondere jüdischen Wissenschaftlern, die ins Ausland geflohen waren, als tiefer Graben zwischen der deutschen und der internationalen Ärzteschaft. Dieser Graben konnte auch nicht so schnell überwunden werden.

Einen ersten Versuch, mit der europäischen und internationalen Kinderpsychiatrie wieder in Kontakt zu kommen, unternahm Heinrich Többen³⁸, der als einer der zwölf deutschen Delegierten am I. Internationalen Kongress der Kinderpsychiatern 1937 in Paris teilgenommen hatte, im Jahr 1946 in einem Brief an Heuyer. Dieser wies damals seine Anfrage allerdings zurück.

Als die Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie im Jahr 1953 Heuyer zum korrespondierenden Mitglied vorschlug, nahm dieser die Ehrung an und schrieb am 3. August unter Bezugnahme auf Többens Schreiben nachfolgenden Brief an den Vorsitzenden der DVJ, Werner Villinger, der hier wegen seiner grundsätzlichen Bedeutung (nur leicht gekürzt und ins Deutsche übersetzt) wiedergegeben wird³⁹:

38 Heinrich Többen (1880–1951) war Rechtsmediziner (Lehrstuhlinhaber in Münster seit 1924) und forensischer Psychiater. Nach Wikipedia war er nicht NSDAP-Mitglied, aber Mitglied des NS-Dozentenbundes und der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt (NSV) und förderndes Mitglied der SS.

39 Nachlass Hermann Stutte UAMR 309/54, Akte UEP.

»Ich habe das Bedürfnis, Ihnen zu sagen, dass ich über diese Ernennung, die ich als Ehrung empfinde, tief gerührt bin. Aber ich muss Ihnen, dessen Gefühle ich kenne⁴⁰, auch sagen, dass Ihr Brief für mich eine ernste Gewissensfrage aufgeworfen hat.

1946 habe ich von Herrn Prof. Többen aus Münster, den ich 1937 auf dem internationalen Kinderpsychiater-Kongress in Paris kennengelernt hatte, einen Brief erhalten, in dem er mich um Wiederaufnahme der wissenschaftlichen Beziehungen bat. Damals habe ich abgelehnt.

Ich habe meine zwei ältesten Söhne während des Krieges unter der Besetzung Frankreichs durch die Deutschen verloren. Sie waren beide junge Mediziner, meine Freude und meine Hoffnung. Der eine ist im Krieg gefallen, der andere acht Tage vorher an Tuberkulose gestorben, geschwächt durch schlechte Ernährungslage. Ich wusste um ihre Empfindungen. Ich glaubte, einen Verrat an ihrem Andenken zu begehen, wenn ich die Beziehungen zum Gegner von gestern wieder aufnahm.

Seitdem habe ich nachgedacht, und ich habe mich bemüht, meine Bedenken zu überwinden. Das medizinische Fachgebiet, dem ich mich verschrieben habe, verpflichtet mich, alle meine Kräfte für die Erhaltung des Friedens und das Gedeihen der Jugend einzusetzen.

In der Ungewissheit, die heute auf der Welt lastet, ist die einzige Hoffnung auf Frieden und Freiheit in der Organisation Europas durch eine Entente zwischen Deutschland und Frankreich. Selbstverständlich sollte man die Opfer jener, die ihr Leben gelassen haben, weder vergessen, noch Verrat an ihnen begehen. Man sollte sich den Despotismus stets vor Augen halten, um seinem verheerenden Einfluss zu begegnen und die Kraft zur Errichtung eines freien, demokratischen und befriedeten Europas finden zu können. Aus dieser Gesinnung heraus danke ich Ihrer Gesellschaft für meine Ernennung zum korrespondierenden Mitglied und nehme die mir zuteil gewordene Ehrung an. Empfangen Sie im besten Gedenken den Ausdruck meiner vorzüglichen Hochachtung.«

Noch 1967 schrieb der schweizerische Kinderpsychiater Adolf Friedemann im Rückblick auf Begegnungen im Jahre 1954 über die Einbeziehung deutscher Psychiater in die »Union Europäischer Pädopsychiater (UEP)«:

»Ein ergreifendes und beispielhaftes Zeugnis menschlicher Größe bot uns der hochverehrte Georges Heuyer, an dessen Sohn sich die Feindesmacht im Geiselmord versündigt hatte. Auch für Herrn Tramer war es nicht leicht, die Empfindungen hintan zu stellen, die noch immer nach der Ausmerzungen nahe verwandter Familien in ihm kochten, die als Kollektivopfer des Rassenwahns gestorben waren« (S. 17)⁴¹.

40 Dies dürfte eine Anspielung darauf sein, dass auch Villingers ältester Sohn im Krieg gefallen war. Christian Villinger berichtet, dass Heuyer und sein Vater sich über dieses gemeinsame Schicksal ausgesprochen und dabei geweint hätten. Mündlicher Bericht am 16. 12. 2014.

41 Nach Mitteilung von Rolf Castell vom 2. 2. 2013 sind die Angaben Friedemanns im Jahrbuch für Jugendpsychiatrie bezüglich der Zeitangabe unrichtig. Die Begegnungen fanden nicht 1952, sondern 1954 statt.

In der Biographie von Jean-Louis Lang über Georges Heuyer⁴² findet sich folgende Darstellung zum Tod der beiden Söhne von Heuyer:

»Pierre musste 1945 im Krankenhaus behandelt werden wegen eines Pleuro-Pneumothorax, der sich infiziert hatte. Seine Frau Benoîte Groult hatte ihren Schwiegervater alarmiert, der Penicillin besorgte, das zu der Zeit äußerst rar war, aber es war bereits zu spät und Pierre starb zwei Tage später in ihrem Beisein.

Inzwischen hatte Philippe sich im Widerstand (Armée de la Libération) engagiert und befand sich in Châlons-sur-Marne. Als er vom Zustand seines Bruders erfuhr, lieh er sich von einem Kameraden dessen Motorrad, kam aber ebenfalls nicht mehr rechtzeitig bei seinem Bruder an. In diesen Zeiten, in denen sich jeglicher Transport extrem schwierig gestaltete, begleitete er seine Schwägerin und seinen toten Bruder nach Saint-Gervais, wo Pierre provisorisch beigesetzt wurde in einem Kellergewölbe, das entfernten Verwandten gehörte, und folgte seiner Familie dann nach Paris. Einige Tage später, während er die Überführung des Leichnams nach Châlons mit dem Motorrad vorbereitete, wurde er auf dem Boulevard Saint-Germain von einem Polizeiauto überfahren. Innerhalb einer Woche hatte Georges Heuyer seine beiden älteren Söhne verloren.«

Die des Öfteren zitierte Version von Friedemann, auch wenn sie im Tenor zutreffend ist, muss gemäß der Darstellung von Lang korrigiert werden⁴³.

Unter diesen schwierigen menschlichen Bedingungen muss man den Zusammenschluss europäischer Kinder- und Jugendpsychiater und die Einbeziehung deutscher Kollegen sehen, auf den an späterer Stelle noch ausführlich eingegangen wird.

1.2.4 Etappen in der Nachkriegsgeschichte der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die im Folgenden voneinander unterschiedenen Etappen, die nach jeweils prototypischen Zeitströmungen und Ereignissen benannt sind, sollen der Orientierung dienen. Sie überlappen sich teilweise und erheben nicht den Anspruch, die Ereignisse des jeweiligen Zeitraums vollständig zu beschreiben⁴⁴.

42 Lang, J.-L. (1997). Georges Heuyer, fondateur de la pédopsychiatrie, Expansion Scientifique publications, Paris, 122–123.

43 Den Hinweis auf die Darstellung von Lang verdankt der Verfasser einer Mitteilung von Rolf Castell vom 2. 2. 2013.

44 Vgl. Remschmidt H in Helmchen H (2008). Psychiater und Zeitgeist, Pabst, Lengerich.

1.2.4.1 Etappe der Orientierungssuche und Reorganisation (1945–1958)

Die Suche nach einer Neuorientierung der Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigte sich darin, dass ihre führenden Vertreter, von denen manche auch in die Machenschaften des Nationalsozialismus involviert waren, Entwicklungen aus dem Ausland aufzunehmen versuchten. Ob sie es immer aus Überzeugung taten oder aus karriereorientierten Intentionen, kann rückblickend schwer entschieden werden. Jedenfalls traf dies auch auf Werner Villinger (1887–1961) zu, der 1946 von Tübingen nach Marburg kam und hier in der damaligen Universitätsnervenklinik, deren Direktor er wurde, eine kinder- und jugendpsychiatrische Station einrichtete. Er wurde im besagten Jahr auf den Lehrstuhl von Ernst Kretschmer berufen, der von 1926–1946 in Marburg wirkte und gewissermaßen im Austausch mit Werner Villinger nach Tübingen berufen wurde. Villinger hatte in Tübingen unter dem bekannten Psychiater Gaupp (1870–1953) die »verstehende Psychologie« in der Psychiatrie kennen gelernt und wirkte vor seiner Tätigkeit als Chefarzt der Anstalt in Bethel (1924) und seiner Berufung nach Breslau und Tübingen 8 Jahre als »staatlicher Kinder- und Jugendpsychiater der Hansestadt Hamburg«. Während des Krieges war er als beratender Psychiater und Neurologe tätig. Sein Name findet sich auch in der Liste der T4-Gutachter, die im Nationalsozialismus die Aufgabe hatten, jene Patienten auszuwählen, die der Euthanasie anheimfallen sollten (zur Biographie vgl. Holtkamp, 2002)⁴⁵.

Villinger bemühte sich in den ersten Nachkriegsjahren, fortschrittliche Entwicklungen im Ausland kennen zu lernen, um sie im Marburger Raum zu realisieren. Hierzu dienten u. a. Konferenzen, die von den Alliierten mit dem Ziel veranstaltet wurden, eine Umorientierung, um nicht zu sagen »Umerziehung«, deutscher Fachleute zu erreichen.

Von besonderer Bedeutung für die unmittelbare Nachkriegsentwicklung der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie war die internationale Tagung »Gesundheit und mitmenschliche Beziehungen«, die vom 2.–7.8.1951 in Hiddesen bei Detmold stattfand. Sie wurde u. a. von der Josiah Macy, Jr. Foundation (New York), der World Federation for Mental Health (London) und der World Health Organization (WHO) (Genf) unterstützt und führte nicht nur zu einem Informationsaustausch zwischen überwiegend amerikanischen und deutschen Praktikern und Wissenschaftlern, die sich mit der seelischen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Familien beschäftigen, sondern hat nachhaltig zur Etablierung einer humanitären Haltung der im Aufbau befindlichen deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie beigetragen. Der Bericht über diese Tagung

45 Er hat aber vor Gericht mehrfach ausgesagt, keine Gutachten im Rahmen der T4-Aktion angefertigt zu haben. Das Verfahren diesbezüglich wurde 1961 eingestellt. Zu den Einzelheiten vgl. Kap. 2.3.1.

verdeutlicht in eindrucksvoller Weise, vor welchen Schwierigkeiten und Problemen die deutsche Kinder- und Jugendpsychiatrie damals stand (Eckardt und Villinger, 1953).

Im März 1951 erhielt Werner Villinger aus dem McCloy Fund eine Spende für den Neubau einer modernen Erziehungsberatungsstelle, die am 27. 11. 1952 als »Institut für ärztlich-pädagogische Jugendhilfe der Philipps-Universität« eröffnet werden konnte und in dieser engen Verbindung zur Universität bis zum 1. 10. 2006 verblieb. Das Jahr 1952 ist für die gesamte Psychiatrie aber aus einem ganz anderen Grund bedeutsam: In diesem Jahr wurde durch Delay und Deniker das erste Psychopharmakon (Chlorpromazin) eingeführt. Diese Entdeckung und ihre Weiterentwicklung haben das Bild psychiatrischer Kliniken von Grund auf verändert.

1.2.4.2 Jahrzehnt des Aufbaus und der Verunsicherungen (1958–1968/69)

Der Beginn dieses Jahrzehnts war gekennzeichnet durch bemerkenswerte Aufbauleistungen in der Bundesrepublik und das beginnende Wirtschaftswunder. Davon haben auch klinische und wissenschaftliche Institutionen profitiert.

Parallel zu den vielfältigen Aufbauleistungen und unter Intensivierung gegen Ende des Jahrzehnts ergaben sich allerdings auch zahlreiche Verunsicherungen. Die Studentenbewegung (verkörpert durch Außerparlamentarische Opposition und den Sozialistischen Studentenbund) trat mit dem Ziel auf, die Gesellschaft zu verändern (1960–1968), protestierte gegen die Notstandsgesetze der Großen Koalition, mahnte die bislang ausgebliebene Auseinandersetzung mit dem Nationalsozialismus an und forderte eine Demokratisierung der Universität mit dem Slogan »Unter den Talaren Muff von 1000 Jahren«. Parallel hierzu entwickelte sich die »Heim-Kampagne« (1969), die Heimbewohner als revolutionäres Potential ansah, eine Erziehungsrevolution forderte und die antiautoritäre Erziehung propagierte, die bei vielen jungen Eltern zu einer starken Verunsicherung führte, deren Ergebnisse später nicht selten einer Erziehungsberatung oder gar klinischer Intervention bedurften. Die Heimkampagne begann übrigens 1969 im Jugendheim Staffelberg in Biedenkopf bei Marburg und hat letztlich dazu geführt, dass bis heute keine geschlossenen Heimplätze in Hessen existieren. In die Heimkampagne involviert waren auch RAF-Terroristen, u. a. Andreas Baader und Astrid Proll (Winkler 2007).

1.2.4.3 Jahrzehnt der Sozialpsychiatrie und antipsychiatrischer Strömungen (1968–1978)

Die Sozialpsychiatrie entwickelte sich als berechtigte Antwort auf die unhaltbaren Zustände in den psychiatrischen Anstalten und Kliniken. Weitgehend

parallel hierzu entstanden antipsychiatrische Bewegungen (der Terminus wurde 1967 von David Cooper⁴⁶ geprägt), die psychiatrische Diagnosen und Erkrankungen als Produkt sozialer, politischer und juristischer Etikettierungsprozesse ansahen. Stichworte sind hier der »labelling approach«, die Stigmatisierungs-These und der Etikettierungsansatz. Diese Bewegung ist mit den Namen Szasz⁴⁷, Laing⁴⁸, Basaglia⁴⁹ und Goffman⁵⁰ verbunden und führte 1970 in Heidelberg zur Gründung des »Sozialistischen Patientenkollektivs« (seit 1973 als »Patientenfront« bezeichnet). Diese Gruppierung verstand sich zunächst als Therapiegemeinschaft, wollte dann aber aus der Krankheit eine Waffe machen und strebte die klassenlose Gesellschaft an, wobei der Erzfeind die »Ärztelasse« war. Krankheit wurde als »politischer Sachverhalt« begriffen, der in sogenannten Agitationen aufgearbeitet wurde. In der *Einzelagitation* mit dem Patienten wurde herausgearbeitet, »dass seine individuelle Problematik die realitätsadäquate Widerspiegelung gesellschaftlicher Verhältnisse« darstellt, und als der Zusammenhang zwischen persönlichem Leid und Gesellschaft zu verstehen ist. In der *Gruppenagitation* brachte der Patient dann seine Schwierigkeiten in die

46 David Cooper (1931–1986) war ein südafrikanischer Psychiater und Psychiatrie-Theoretiker, der gemeinsam mit Laing, Szasz und Foucault die Anti-Psychiatrie-Bewegung initiierte. Der existentialistische Marxist (so bezeichnete er sich selbst) führte wahnbildende psychiatrische und auch andere psychiatrische Erkrankungen auf gesellschaftliche Ereignisse zurück (Wikipedia, 17.07.2017).

47 Thomas Szasz (1920–2012) war ein ungarisch-amerikanischer Psychiater und Mitbegründer der Anti-Psychiatrie-Bewegung. Er war zuletzt bis zu seiner Emeritierung im Jahr 1990 Professor für Psychiatrie an der State University New York. Viel Kritik brachte ihm seine Liaison mit der Scientology-Sekte ein (Wikipedia, 17.07.2017).

48 Ronald David Laing (1927–1989) gehört ebenfalls zu den Mitbegründern der antipsychiatrischen Bewegung. Der britische Psychiater und Psychoanalytiker war u. a. an der Tavistock-Klinik in London tätig. Seine bekannteste Schrift ist das Buch »The divided self« (1960), das auch in deutscher Sprache erschienen ist.

49 Franco Basaglia (1924–1980) war ein italienischer Psychiater. Er studierte an der Universität Padua und übernahm nach seiner psychiatrischen Weiterbildung 1961 die Leitung des Psychiatrischen Krankenhauses Gorizia, wo er über die Zustände dort so entsetzt war, dass er grundlegende Reformen einführte, letztlich aber zu der Überzeugung kam, dass die psychiatrischen Anstalten aufgelöst werden müssten. Nach zahlreichen Interventionen mit Gleichgesinnten beschloss das italienische Parlament am 13. Mai 1978 tatsächlich ein Reformgesetz, das zur Schließung der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser in Italien führte (Wikipedia, 21.7.2017). So begrüßenswert dieser Schritt war, weil er unhaltbare Zustände beendete, so problematisch war er für die Patienten, für die keine adäquaten Ersatzlösungen eingeleitet wurden, so dass in Norditalien viele Patienten in Österreich Hilfe suchen mussten.

50 Erving Goffman (1922–1982) bearbeitete als Soziologe psychiatrische Themen und wurde zu einem der schärfsten Kritiker der traditionellen Psychiatrie, insbesondere der stationären Einrichtungen. Sein bekanntestes Werk »Asyle« (deutsche Ausgabe 1972) beschäftigt sich mit der »totalen Institution« und enthält ein Plädoyer für eine vollständige »Entinstitutionalisierung« von psychiatrischen Krankenhäusern, Altenheimen, Kinderheimen und Gefängnissen. Goffman war zuletzt Professor für Anthropologie und Soziologie an der Universität von Pennsylvania.

Gruppe ein, wo er seine individuelle Situation als allgemeine Situation begreifen lernte« (Roth, J. Kursbuch 28, S.117, 1972). Einige Mitglieder des Sozialistischen Patientenkollektivs schlossen sich später der Roten Armee Fraktion (RAF) an.

In diesen Entwicklungen zeigt sich sehr deutlich, dass die Psychiatrie politisch instrumentalisiert wurde – freilich kein neues Phänomen und tragisch nicht nur für die Betroffenen. Auch totalitäre Regimes haben sich stets dieser Instrumentalisierung in jeweils unterschiedlicher Weise bedient (Missbrauch der Psychiatrie im Nationalsozialismus, in der UdSSR oder auch in der DDR). Der Missbrauch der Psychiatrie wird erst beendet sein, wenn eines Tages die Ursachen psychischer Erkrankungen zweifelsfrei aufgedeckt sind.

Im Gefolge der antipsychiatrischen Bewegungen kam es zur Schließung von Kliniken und zur Verelendung von Patienten, die keine Hilfe mehr erhielten. Eine Parallele zur Heim-Kampagne drängt sich hier auf. Aus den sozialpsychiatrischen Initiativen und z. T. auch aus der Antipsychiatrie ergaben sich aber auch positive Folgen wie z. B. die Reform psychiatrischer Einrichtungen, der Aufbau neuer Institutionen und der Kampf gegen Ausgrenzung und Stigmatisierung psychisch Kranker.

1.2.4.4 Jahrzehnt der Psychiatriereformen (1978–1988)

Die in diesem Jahrzehnt stattgehabten Psychiatriereformen sind als geradezu revolutionärer Fortschritt zu betrachten und nicht unabhängig von den vorangegangenen Bewegungen der Sozialpsychiatrie und auch der Antipsychiatrie. Nachdem die Mitglieder der Psychiatrie-Enquête bereits 1975 einen gediegenen Bericht über die Lage der Psychiatrie abgeliefert und dieser 5 Jahre in den Schubladen der Bundesregierung geruht hatte, entschloss sich diese, das Modellprogramm Psychiatrie zu etablieren (1980–1985), das mit erheblichem finanziellen Aufwand eine grundlegende Veränderung der deutschen Psychiatrie ermöglichte. Bundesweit sollten in 14 sogenannten »Modellregionen« neue Versorgungskonzepte erprobt, neue Institutionen gegründet und alte reformiert werden, wobei vier Leitprinzipien verfolgt wurden: (1) Gleichstellung psychiatrischer Patienten mit anderen Patienten, (2) Integration der Psychiatrie in die Medizin, (3) Gemeindenähe und (4) Angemessenheit der Versorgung. Marburg und die umliegenden Landkreise bildeten die einzige Modellregion mit dem Versorgungsschwerpunkt psychisch kranker Kinder und Jugendlicher. Hier konnte eine nahezu lückenlose versorgungsepidemiologische Untersuchung in drei hessischen Landkreisen durchgeführt werden (Remschmidt und Walter 1989), es wurde eine Tagesklinik gegründet und es wurden Versorgungsbedarf und Versorgungsrealität von einer eigenen Evaluationsgruppe untersucht und miteinander verglichen. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen trugen in den

Folgejahren zur Verbesserung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik bei.

Das Jahrzehnt der Psychiatriereform hatte bedeutsame Auswirkungen auch auf die folgenden Jahrzehnte: So wurde im Zeitraum zwischen 1991–1995 die Psychiatrie-Personalverordnung etabliert, die erstmals die Personalbemessung nicht mehr an der Relation Patient:Betreuer orientierte, sondern die Intensität und den Aufwand der Betreuung und Versorgung zum Maßstab machte. Weitere Folgewirkungen waren die Einbeziehung der Psychotherapie in das Weiterbildungs-Curriculum zum Kinder- und Jugendpsychiater (1992) und das Gesetz über den psychologischen Psychotherapeuten (1999), das Psychologen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gesetzlich festgelegte Ausbildungs- und Behandlungsmöglichkeiten eröffnete.

Nicht zufällig ist vielleicht, dass im Jahrzehnt der Psychiatriereformen auch die Anti-Gewaltkommission der Bundesregierung (1987) gegründet wurde, der es gelang, das Züchtigungsverbot von Eltern gegenüber ihren Kindern gesetzlich zu verankern (Schwind, Baumann et al. 1990).

1.2.4.5 Jahrzehnt der Rückbesinnung auf die biologische Psychiatrie (1988–1998)

Dieser Abschnitt wurde deswegen mit »Rückbesinnung« überschrieben, weil eine wichtige Entwicklungslinie in der Psychiatrie schon immer (seit der Antike) der biologischen Verursachung psychischer Erkrankungen verhaftet war. Nur wurde diese Linie in mehr oder weniger großen Zeiträumen überdeckt, z. T. auch verachtet und verurteilt, durch Zeitströmungen, die die Ursachen seelischen Krankseins vorwiegend oder gar ausschließlich in den sozialen oder wirtschaftlichen Verhältnissen sahen oder gar als Erfindung der Psychiater. Davon ist auch die Psychoanalyse nicht ausgenommen, obwohl ihr Begründer Sigmund Freud davon überzeugt war, dass man eines Tages psychische Störungen auf biologische Ursachen würde zurückführen können. Wichtiger Vorläufer der biologischen Betrachtungsweise im 19. Jahrhundert war Griesinger, dessen Ausspruch »Psychische Krankheiten sind Krankheiten des Gehirns« (1845) Leitmotiv für die Erforschung und Behandlung psychischer Krankheiten wurde.

Eine weitere Strömung der biologischen Psychiatrie leitet sich aus dem Aufkommen des Entwicklungsgedankens und der Evolutionstheorie ab, die mit den Namen Charles Darwin (1859), Herbert Spencer (1880) und John Hughlings-Jackson (1835–1911) verbunden ist, deren Gedanken Detlev Ploog (1920–2005) aufgriff und als an der Evolution orientierte Verhaltensforschung in die Psychiatrie einführte. Von dieser Betrachtungsweise hat die Kinder- und Jugendpsychiatrie in besonderer Weise profitiert, beispielsweise bei der Interpretation autistischer Verhaltensweisen.

Die noch anhaltende neueste Phase der biologischen Psychiatrie wurde akzentuiert durch die Proklamation der »Dekade des Gehirns« (1990–2000) durch den amerikanischen Kongress und inhaltlich ausgestaltet durch die bedeutsamen methodischen Fortschritte auf dem Gebiet der Genetik (PCR, Genome Scan, humanes Genomprojekt), durch die Entwicklung bildgebender Verfahren, die es erlaubten, das Gehirn gewissermaßen »bei seiner Arbeit« zu beobachten sowie durch die Erweiterung des elektrophysiologischen und biochemischen Methodenspektrums.

1.2.4.6 Epoche der Integration unterschiedlicher Denk- und Handlungsweisen (1998 bis heute)

Das Jahrzehnt, in dem wir jetzt leben, ist durch eine derartige Vielfalt von methodischen Ansätzen und Erkenntnismöglichkeiten gekennzeichnet, dass jede Charakterisierung vielleicht zu kurz greifen muss. Es ist aber dennoch das Gebot der Stunde, die unterschiedlichen Denk- und Handlungsweisen zu integrieren und die Bestrebungen hierzu sind allenthalben zu beobachten. Die Vereinheitlichung der Diagnostik erleichtert die Verständigung und die Zusammenarbeit, wobei wir uns der Vorläufigkeit aller diagnostischen Systeme stets bewusst sein müssen. Gegensätze zwischen theoretischen Positionen und praktischem Handeln werden zunehmend durch empirische Evidenz aufgehoben. Multizentrische Studien an großen Patientenkollektiven sind erforderlich und fördern die globale Zusammenarbeit und spekulative sowie ideologische Auffassungen wurden und werden durch empirische Evidenz widerlegt. Zu ihnen gehört z. B. die sogenannte »Eisschrank-Mutter« als Verursacherin autistischen Verhaltens bei ihrem Kind, die Betrachtung der Schizophrenie als Produkt gesellschaftlicher Etikettierungen, die »schizophrenogene Mutter« als Ursache einer schizophrenen Erkrankung ihres Kindes, die Legasthenie als »Unterschichtphänomen« oder das hyperkinetische Syndrom als Resultat eines primären Eltern-Kind-Konflikts.

1.3 Die europäische Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die deutschsprachige Kinder- und Jugendpsychiatrie ist natürlich Teil der europäischen. Wie die deutsche, so hat auch die europäische Kinderpsychiatrie zahlreiche Vorläufer. Ihr organisatorischer Zusammenschluss erfolgte jedoch erst relativ spät, später als die Gründung der internationalen Fachgesellschaft und unterbrochen durch den Krieg, dessen Auswirkungen auch aufgrund persönlicher Verluste und tragischer Erfahrungen die Kontaktaufnahme der Ausländer zu uns Deutschen sehr erschwerten (vgl. Stutte 1980/81). Besondere

Verdienste um die Gründung der europäischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und den Zusammenschluss europäischer Kinder- und Jugendpsychiater haben sich im deutschsprachigen Bereich Adolf Friedemann (1902–1981) und Werner Villinger erworben. Auf die Schwierigkeiten der Wiederaufnahme von Beziehungen zwischen deutschen Kinderpsychiatern und ihren europäischen Kollegen wurde bereits zuvor hingewiesen.

Das *erste* Symposium europäischer Pädopsychiater fand am 30. und 31. 10. 1954 in Magglingen (Schweiz) statt. Damals klagte Georges Heuyer (1884–1977) über unseriöse Methoden und mangelhafte wissenschaftliche Fundierung sogenannter neuerer Erkenntnisse. Seine Ausführungen haben bis heute ihre Gültigkeit nicht verloren: »Wir sind voller Angst vor der steigenden Flut von Nichtskönnern und Schwätzern, die das Kind nur mit Worten oberflächlich behandeln wollen« (zit. nach Friedemann 1967).

Am 31. 10. 1954 erfolgte die Gründung der Union Europäischer Pädopsychiater. Moritz Tramer (1882–1963) wurde zum Präsidenten gewählt, Jakob Lutz (1903–1998) zum geschäftsführenden Präsidenten. Als Vizepräsidenten fungierten Léon Michaux (1899–1978), Camillo Sante de Sanctis (1862–1935) und Werner Villinger. Zum Schriftführer (Generalsekretär) wurde Adolf Friedemann gewählt. Laut Satzung sollte sich der Sitz der Gesellschaft am Wohnort des Generalsekretärs befinden, also zum Zeitpunkt der Gründung in Biel/Bienne, wo Adolf Friedemann das Institut für Psychohygiene leitete. Am ersten Symposium, dem Gründungssymposium der UEP, nahmen folgende 26 Personen aus neun europäischen Ländern teil⁵¹:

Franziska Baumgarten-Tramer (Bern), Bergier (Lausanne), H. Bersot (Le Landeron), Giovanni Bollea (Rom), Walter Deuchler (Zürich), S.E. Donner (Helsinki), Vitor Fontes (Lissabon), Jürgen Freund (Köln), Adolf Friedemann (Biel), Häberli (Biel), Georges Heuyer (Paris), B. Kistler (Bern), Heinrich Koch (Tübingen), Dick Arnold van Krevelen (Den Haag), Jakob Lutz (Zürich), Léon Michaux (Paris), Camillo Sante de Sanctis (Rom), Hans Aloys Schmitz (Bonn), Rudolf Sieverts (Hamburg), Walter Spiel (Wien), Franz Günther von Stockert (Rostock), Hermann Stutte (Marburg), Sunier (Amsterdam), Moritz Tramer (Bern), Werner Villinger (Marburg) und R. Wyss (Munsingen).

Über die Gründungsversammlung und die Beschlüsse finden sich detaillierte Ausführungen im Jahrbuch für Jugendpsychiatrie, Bd. VI (1967).

U. a. wurde beschlossen, die »Sonderausbildung« der Kinder- und Jugendpsychiater zu fördern und für die Einrichtung von Lehrstühlen für Pädopsychiatrie an den Universitäten einzutreten. Solange die Ausbildung an den Universitäten nicht gesichert sei, sollten Sonderkurse für Kinderärzte und Psychiater von mindestens vierjähriger Dauer eingerichtet werden. Ferner sollte

51 Castell et al. (2003), S. 161/162; Nachlass Hermann Stutte UAMR 309/54, Akte UEP.

die Zusammenarbeit zwischen Jugendrichter und Kinderpsychiater ausgebaut werden. Eine Satzung wurde damals bewusst nicht verabschiedet. Dies geschah erst am 15. September 1960 in Paris auf dem I. Europäischen Kongress der Kinderpsychiater.

Die offizielle Gründung der Union Europäischer Pädopsychiater, verbunden mit dem ersten Kongress der UEP, erfolgte jedoch erst 1960 in Paris. Der Kongress war zugleich das 6. Symposium Europaeicum Paedopsychiatricum. Er stand unter der Leitung von Léon Michaux. Weitere Kongresse fanden 1963 in Rom, 1967 in Wiesbaden, 1971 in Stockholm, 1975 in Wien, 1979 in Madrid, 1983 in Lausanne, 1987 in Varna/Bulgarien, 1991 in London, 1995 in Utrecht, 1999 in Hamburg, 2003 in Paris, 2007 in Florenz, 2009 in Budapest und 2011 in Helsinki, 2013 in Dublin, 2015 in Madrid und 2017 in Genf statt. Eine vollständige Liste der ESCAP-Kongresse mit den jeweiligen Themen und Präsidenten ist in Tab. 1.4 wiedergegeben.

Tab. 1.4: Kongresse der European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) und ihrer Vorläuferorganisationen

Kongress	Zeit	Ort	Kongresspräsident	Themen
I.	1960	Paris/ France	Leon Michaux	The Problem of maturation
II.	1963	Rome/ Italy	Giovanni Bollea	Character disorders in childhood and adolescence
III.	1967	Wiesbaden/ Germany	Hermann Stutte	The time factor and predisposition / Pedagogical therapy and psychotherapy / Somatic therapy Psychoses in oligophrenic subjects
IV.	1971	Stockholm/ Sweden	Sven Ahnsjö	Depressive states in children and adolescents
V.	1975	Vienna/ Austria	Walter Spiel	Therapies in child and youth psychiatry
VI.	1979	Madrid/ Spain	A. Torrente Serrate	Early diagnosis and prevention of neuropsychiatric disorders in children in the first six years of life
VII.	1983	Lausanne/ Switzerland	Walter Bettschart	Aggression and the family
VIII.	1987	Varna/ Bulgaria	Christo Christosov	The vulnerable child
IX.	1991	London/ United Kingdom	Philip Graham	Coping with Adversity

((Fortsetzung))

Kongress	Zeit	Ort	Kongresspräsident	Themen
X.	1995	Utrecht/ The Netherlands	Herman van Engeland	Changing views
XI.	1999	Hamburg/ Germany	Helmut Remschmidt	New challenges, new solutions
XII.	2003	Paris/ France	Philippe Jeammet	Developmental psychopathologie – Transmission and change
XIII.	2007	Florence/ Italy	Ernesto Caffo	Bridging the gaps – Integrating perspectives in child and adolescent mental health
XIV.	22–26 August 2009	Budapest	Tuula Tamminen	Quality of Life in Child and Adolescent Mental Health
XIV:	11–15 June 2011	Helsinki/ Finland	Tuula Tamminen	Hope for bright futures
XV.	2013	Dublin	Sue Bailey	»Children don't know what we can do for them«
XVI.	2015	Madrid/ Spain	Ruud Minderaa	From research to clinical practice: linking the expertise
XVII.	1–5 July 2017	Geneva	Stephan Eliez	Transition: Evolving environment or break of balance?

Eine zusammenfassende Übersicht über die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Europa gibt eine Monographie, die aus Anlass des XI. ESCAP-Kongresses in Hamburg erarbeitet wurde. In ihr sind die Geschichte, die damalige Situation und die künftigen Perspektiven der Kinder- und Jugendpsychiatrie in 31 europäischen Ländern nach einer identischen Gliederung dargestellt (Remschmidt und van Engeland, 1999).

Seit 1992 existiert eine eigene europäische Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ECAP), die sich zu einem gediegenen Publikationsorgan entwickelt hat⁵²

In der Amtsperiode 1979–1983 erfolgte eine Umbenennung der Union Europäischer Pädopsychiater in »European Society for Child and Adolescent Psychiatry« (ESCAP).

52 Zur Gründungsgeschichte vgl. Remschmidt H, Graham Ph (2017). 25th anniversary of ECAP: The origin of the journal. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 137–138.

Eine besondere Bedeutung für die Vereinheitlichung der Facharztweiterbildung in Europa hat die Sektion für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie innerhalb der »Union Européenne des Médecins Spécialistes« (U.E.M.S.) erlangt. Die Sektion hat ein europäisches Curriculum für die Facharztweiterbildung (Training Log-Book) erarbeitet, das in verschiedenen europäischen Ländern angewandt wird, aber noch nicht allgemeine Anerkennung gefunden hat.

1.4 Die internationale Kinder- und Jugendpsychiatrie

Einige Pioniere der europäischen Kinderpsychiatrie schlossen sich 1935 zu einer Gruppe zusammen, aus deren Initiative die heute bestehende »International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions« (IACAPAP) hervorging. (Caplan und Mitarb. 1985). Zusammen mit der Mental Hygiene Conference, die 1937 in Paris stattfand, organisierte Georges Heuyer als Präsident die erste »International Conference on Child Psychiatry«, die sich die Organisation weiterer internationaler Tagungen zum Ziel setzte. Paul Schröder (Leipzig) wurde Präsident des neugegründeten »International Committee for Child Psychiatry«. Es war geplant, die zweite Tagung 1941 in Leipzig durchzuführen, doch Paul Schröder starb in diesem Jahr und der Zweite Weltkrieg machte die Durchführung internationaler Kongresse unmöglich.

1945 trafen sich die Geschäftsführer des International Committee for Child Psychiatry in Zürich und beschlossen, die zweite Tagung in London mit J.R. Rees (1890–1969) als Präsidenten durchzuführen. Sie fand vom 11.–14. August 1948 statt.

Weitere internationale Tagungen wurden abgehalten 1954 in Toronto (Kanada), 1958 in Lissabon (Portugal), 1962 in Scheveningen (Holland), 1966 in Edinburgh (Schottland), 1970 in Jerusalem (Israel), 1974 in Philadelphia (USA), 1978 in Melbourne (Australien), 1982 in Dublin (Irland), 1986 in Paris, 1990 in Kyoto, 1994 in San Francisco, 1998 in Stockholm, 2004 in Berlin, 2006 in Melbourne, 2008 in Istanbul, 2010 in Peking, 2012 in Paris, 2014 in Durban und 2016 in Calgary.

Die Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie beantragte unter Beifügung der Satzung durch den Vorsitzenden Prof. Villinger mit Schreiben vom 30.7.1958 die Aufnahme in die Internationale Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und verwandte Berufe⁵³. Sie hatte damals 190 Mitglieder. Eine vollständige Liste der Weltkongresse der internationalen Gesellschaft mit den Themen und jeweiligen Präsidenten ist in Tab. 1.5 wiedergegeben.

53 Akte DVJ-UEP, Nachlass Hermann Stutte UAMR 309/54.

Tab. 1.5: Weltkongresse der International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP)

Nr.	Year	Venue	Congress President	Theme
I	1937	Paris	Georges Heuyer (1884–1977) (Frankreich)	Conditioned reflexes – Pedagogics and Child Psychiatry – Juvenile Criminality (Foundation of THE INTERNATIONAL COMMITTEE OF CHILD PSYCHIATRY)
II	1948*	London	John Rawlings Rees (1890–1969) (Großbritannien)	Personality Development and its Individual and Social Aspects with Special Reference to Aggression (Foundation of IACP)
III	1954	Toronto	Frederick H. Allen (1890–1964) (USA)	Emotional Problems of Early Childhood
IV	1958	Lisbon	Vítor H. M. Fontes (1884–1979) (Portugal)	The Emotional Life of the Child 6–12 years (Foundation of IACP&AP)
V	1962	Scheveningen	Arn van Krevelen (1909–1979) (Niederlande)	Primary Prevention of Mental Disorders in Children
VI	1966	Edinburgh	John Bowlby (1907–1990) (Großbritannien)	Puberty and Adolescence
VII	1970	Jerusalem	Serge Lebovici (1915–2000) (Frankreich)	The Child and His Family
VIII	1974	Philadelphia	E. James Anthony (1914–2014) (USA)	Children at Risk
IX	1978	Melbourne	Albert J. Solnit (1919–2002) (USA)	Children and Parents in a Changing World (Foundation of IACAPAP)
X	1982	Dublin	Lionel Hersov (UK)	Children in Turmoil – Tomorrow's Parents
XI	1986	Paris	Colette Chiland (1928–2016) (Frankreich)	New Approaches to Infant, Child, Adolescent and Family Mental Health
XII	1990	Kyoto	Reimer Jensen (Dänemark)	Child Rearing, Education and Psychopathology

((Fortsetzung))

Nr.	Year	Venue	Congress President	Theme
XIII	1994	San Francisco	Donald J. Cohen** (1940–2001) (USA)	Violence and the Vulnerable Child
XIV	1998	Stockholm	Donald J. Cohen**	Trauma and Recovery
XV	2002	New Delhi	***	Cancelled as World Congress!
XVI	2004	Berlin	Helmut Renschmidt (Deutschland)	Facilitating Pathways – Care, Treatment and Prevention in Child and Adolescent Mental Health
XVII	2006****	Melbourne	Myron L. Belfer (USA)	Nurturing Diversity
XVIII	2008	Istanbul	Per-Anders Rydellius (Schweden)	Improving Child Mental Health: Increasing Awareness and New Pathways for Care
XX	2012	Paris	Olayinka Omigbodun (Nigeria)	Brain, Mind and Development
XXI	2014	Durban	Olayinka Omigbodun (Nigeria)	Promoting the Mental Health of Children and Adolescents through Policy, Practice, and Research
XXII	2016	Calgary	Bruno Falissard (Frankreich)	Fighting Stigma: Promoting Resiliency and Positive Mental Health

* Ein 1941 in Leipzig geplanter 2. internationaler Kongress unter der Leitung von Paul Schröder fand wegen des II. Weltkrieges nicht statt.

** Donald Cohen ersetzte den in seiner Amtszeit vor dem Kongress verstorbenen Präsidenten Irving Philips.

*** Der 15th World Congress war in New Delhi geplant gewesen, konnte aber wegen äußerer Umstände nicht als IACAPAP-Kongress stattfinden. Daher wurde der Kongress unter der Leitung der indischen Kollegen als regionale Tagung mit internationaler Beteiligung durchgeführt. Es wurde beschlossen, in den IACAPAP-Annalen festzuhalten, dass der 15. Kongress nicht wie geplant unter IACAPAP-Ägide stattfinden konnte und dass der Berliner Kongress als 16th World Congress gezählt werden sollte.

**** Bis 2004 fanden die Weltkongresse alle 4 Jahre statt, danach alle 2 Jahre.

Internationale Arbeitsgruppen, die sich zwischen den Kongressterminen trafen und mit Stipendien und von Stiftungen gefördert wurden, bereiteten die Kongresse vor. Name und Ziel der Gesellschaft wurden auf den Kongressen mehrfach erweitert. Der ursprüngliche Name »International Association for Child Psychiatry« (IACP) (1948) wurde geändert in »International Association for

Child Psychiatry and Allied Professions« (IACAP) und 1978 in Melbourne erneut erweitert in »International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP)«.

Hinter dem Beschluss zur Namensänderung standen lange Diskussionen über die Zielsetzung der Fachgesellschaft. 1970 in Jerusalem wurde das Ziel der Gesellschaft von der Generalversammlung in folgender Form verabschiedet: »Die Förderung von Forschung, Therapie, Pflege und Prävention geistiger und emotionaler Störungen und des Schwachsinn von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien«. Die Mitgliedschaft in der Gesellschaft ist weitgehend durch die Mitgliedschaft in nationalen Organisationen geregelt, die in der internationalen Gesellschaft vertreten sind (vgl. Caplan und Mitarbeiter, 1985).

Die IACAPAP führt in wechselnden Abständen (seit 1954) Study Groups durch, die aus mehreren Vorstandsmitgliedern bestehen und in der Regel in das Land des bevorstehenden Weltkongresses führen, mit dem Ziel, einen authentischen Eindruck von der Situation der Kinder und Familien und insbesondere von der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung zu erhalten. Seit Beginn dieser Initiativen haben über 30 Study Groups stattgefunden. Das offizielle Organ von IACAPAP ist die Zeitschrift Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health (CAPMH), ein open access online journal.

Darüber hinaus gibt IACAPAP regelmäßig ein Bulletin heraus, das über die laufenden Aktivitäten der Organisation informiert und aus dem Internet abrufbar ist. Zu erwähnen sind ferner die intensiven Aus- und Fortbildungsaktivitäten:

- (1) Die Veröffentlichung eines elektronischen Lehrbuches (IACAPAP-eText-book) im Internet, das in mehrere Sprachen übersetzt wurde;
- (2) das Donald Cohen-Fellowship-Program (DCFP), innerhalb dessen junge Wissenschaftler während der Weltkongresse von erfahrenen Mentoren instruiert werden;
- (3) die einwöchigen Helmut Remschmidt- Research-Seminars (HRRS), die etwa ein Jahr vor dem jeweiligen Kongress stattfinden;
- (4) drei Buchserien zu den Themen: »The Child and His Family« (11 Bände), »The Leadership-Series« (3 Bände) und die »Working With Children-Series« (5 Bände).

Die IACAPAP hat als Dachorganisation der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaften die jeweiligen nationalen Gesellschaften als Mitglieder. Individuelle Mitgliedschaften werden nur akzeptiert aus Ländern, in denen keine nationale Fachgesellschaft existiert. Neben den nationalen Fachgesellschaften gehören zu der IACAPAP auch regionale Fachverbände, die jeweils einen Erdteil oder auch eine Gruppe von geografisch benachbarten Ländern repräsentieren. Derzeitige regionale Mitglieder der IACAPAP sind:

- die European Society for Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP),
- die Eastern Mediterranean Association for Child and Adolescent Psychiatry (EMACAPAP),
- die Asian Society for Child and Adolescent Psychiatry (ASCAPAP) und
- die Federación Latinoamericana de Psiquiatría de la Infancia, Adolescencia y Familia y Profesionales Afines (FLAPIA).

Darüber hinaus sind aus der IACAPAP auch zwei fachspezifische Organisationen hervorgegangen:

- die International Society for Adolescent Psychiatry (ISAP) und
- die World Association for Infant Mental Health (WAIMH).

Eine weitere Organisation mit »Brückenfunktion« zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie ist die »Section of Child and Adolescent Psychiatry« der World Psychiatric Association (WPA), die auf jedem Weltkongress der WPA präsent ist und eine eigene Zeitschrift herausgibt.

Alle Informationen über IACAPAP können über die Homepage der Organisation abgerufen werden: iacapap.org.

Ausführliche Informationen über die Geschichte und die Aktivitäten der IACAPAP finden sich bei Caplan et al. (1985), Remschmidt (1988), Remschmidt et al. (2018), Castell et al. (2003) und Schleimer (2012).

1.5 Wechselbeziehungen zwischen der deutschen (DGKJP), der europäischen (ESCAP) und der internationalen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (IACAPAP)

Tab. 1.6 zeigt eine Synopse der Entwicklungslinien der deutschen, der europäischen und der internationalen Fachgesellschaft. Was die *zeitliche Perspektive* betrifft, so ergaben sich lange vor dem Zusammenschluss der europäischen Kinder- und Jugendpsychiatrie zu einer eigenen Fachgesellschaft Kontakte zur internationalen Kinder- und Jugendpsychiatrie, die ganz besonders durch den I. Internationalen Kongress 1937 in Paris gefördert wurden, auch wenn damals Deutschland nur mit 12 Delegierten vertreten war. Unter ihnen befanden sich aber Fachvertreter, die nach dem Krieg den Aufbau dieses jungen Faches vorangetrieben haben. Überhaupt lag diese Aufbauleistung in den Händen einer kleinen Gruppe von Kollegen, unter denen sich, über fachbezogene Interessen hinaus, auch freundschaftliche Beziehungen entwickelten. Eine Schlüsselrolle nahmen diesbezüglich die Fachvertreter aus der Schweiz und Frankreich ein, die den deutschen Kollegen nach den schrecklichen Kriegsergebnissen und der

deutschen Schuld wieder die Hand reichten. Die Magglinger Symposien waren dabei für die Gesamtentwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Europa von großer Bedeutung. Inhaltliche Diskussionen und freundschaftlicher Umgang miteinander bildeten dabei meist eine glückliche Synthese, wie aus dem erhaltenen Schriftwechsel hervorgeht⁵⁴.

Tab. 1.6: Synopse der Entwicklungslinien der deutschen, europäischen und internationalen Kinder- und Jugendpsychiatrie anhand ihrer Tagungen

	Deutsche Kinder- u. Jugendpsychiatrie	Europ. Kinder- u. Jugendpsychiatrie	Intern. Kinder- u. Jugendpsychiatrie
1935			Initiativgruppe europäischer Kinderpsychiater, 1. Treffen
1937			Paris, 1. Kongress für Kinderpsychiatrie
1939	Gründung einer kinderpsychiatrischen Arbeitsgemeinschaft		
1940	Wien: Gründung der Dt. Ges. f. Kinderpsychiatrie u. Heilpädagogik		
1941–1947			
1948			London: 2. Int. Kongress u. Gründung d. International Association for Child Psychiatry (IACP)
1949	Göttingen: 1. Nachkriegsinitiative zur Wiedergründung d. Fachgesellschaft		
1950	Marburg: 1. Jugendpsychiatrisches Symposium, Gründung d. Dt. Ges. f. Jugendpsychiatrie, Heilpädagogik u. Jugendpsychologie		

54 Nachlass Hermann Stutte UAMR 309/54, Akte UEP.

((Fortsetzung))

	Deutsche Kinder- u. Jugendpsychiatrie	Europ. Kinder- u. Jugendpsychiatrie	Intern. Kinder- u. Jugendpsychiatrie
1951	Stuttgart: Offizielle Gründung d. Dt. Vereinigung f. Jugendpsychiatrie, 1. Wiss. Tagung		
1952	Marburg: 2. Wiss. Tagung d. DVJ		
1954	Essen: 3. Wiss. Tagung d. DVJ	1. UEP-Symposium in Magglingen (Gründungssymposium)	Toronto: 3. Int. Kongress d. IACP
1955	Bad Nauheim: 4. Wiss. Tagung d. DVJ		
1956		2. UEP-Symposium in Magglingen	
1957		3. UEP-Symposium in Zürich	
1958	Marburg: 5. Wiss. Tagung d. DVJ	4. UEP-Symposium in Lissabon	Lissabon: 4. Int. Kongress d. IACP <u>and Allied Professions (IACPandAP)</u>
1960		Paris: 1. UEP-Kongress	
1961		6. UEP-Symposium in Magglingen	
1962			Scheveningen: 5. Int. Kongress d. <u>IACPandAP</u>

1.6 Anmerkungen zur Gründung der ersten kinder- und jugendpsychiatrischen Institutionen

An dieser Stelle kann keine ausführliche Darstellung der Geschichte kinder- und jugendpsychiatrischer Institutionen gegeben werden. Es sei hier auf die Ausführungen von Stutte (1966) hingewiesen, die auch Grundlage der folgenden Beschreibung sind.

1.6.1 Stationäre und teilstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie

»Prähistorische Anfänge« stellen die »Schwachsinnigen-Anstalten« und die »Anstalten für Epileptiker und Geisteskranke« in früheren Jahrhunderten und vor allem um die Mitte des 19. Jhs. dar. Es können hier nur einige wichtige Meilensteine genannt werden: 1850 erfolgte durch Le Paulmier in Paris die Gründung der ersten gesonderten Kinderabteilung einer psychiatrischen Klinik. 1864 begründete Heinrich Hoffmann (1809–1894) in Frankfurt die Kinderabteilung an der »Städtischen Anstalt für Irre und Epileptische«. Sie ist somit die erste deutschsprachige kinder- und jugendpsychiatrische Klinik. 1911 wurde an der Wiener Kinderklinik unter Lazar (in der Amtszeit von Pirquet) die erste heilpädagogische Beobachtungsstation an einer Kinderklinik errichtet. Ihr folgte 1921 die Gründung einer ähnlichen Abteilung an der Psychiatrischen Universitätsklinik in Berlin durch Franz Kramer (1878–1967) und Ruth von der Leyen (1888–1935). 1920 wurde in Tübingen eine eigene kinderpsychiatrische Abteilung durch Robert Gaupp (1870–1953) gegründet, 1926 in Leipzig durch Paul Schröder und im selben Jahr durch August Homburger (1873–1930) in Heidelberg.

An der Heidelberger Klinik gab es bereits 1917 Anfänge einer ambulanten Behandlung. Die Entwicklung im Ausland verläuft in etwa parallel zu der hier skizzierten. 1917 wurde in Moskau unter Giljawski eine Kinderabteilung gegründet. 1920 in Prag unter Terford und 1925 in Paris unter Heuyer. Es folgten Abteilungsgründungen in Zürich (Lutz) und Rom (Sante de Sanctis, später Bollea). Die universitäre Kinder- und Jugendpsychiatrie erreichte 1930 mit der Gründung ihrer ersten Professur in Baltimore (Leo Kanner) ihre Anerkennung als vollgültige akademische Disziplin. Es folgte 1949 die Errichtung des zweiten Lehrstuhls in Paris (G. Heuyer), danach London (um 1950 Cameron, später Rutter), 1954 Marburg (zunächst Extraordinariat, ab 1963 Ordinariat, Hermann Stutte) und 1964 Frankfurt (Hubert Harbauer). In der Folgezeit wurden in Deutschland und im europäischen und außereuropäischen Ausland zahlreiche Lehrstühle bzw. Universitätskliniken gegründet. Die erste selbständige kinder- und jugendpsychiatrische Landesklinik wurde 1926 unter Otto Löwenstein⁵⁵ in

55 Otto Löwenstein (1889–1965) studierte an den Universitäten Göttingen und Bonn Mathematik, Philosophie und Medizin, war nach Abschluss des Medizinstudiums ab 1913 Medizinalpraktikant an der Rheinischen Provinz-Irrenanstalt in Bonn. Im I. Weltkrieg diente er als Garnisonsarzt, wurde 1920 Oberarzt bei dem Neurologen u. Psychiater Alexander Westphal in Bonn und beschäftigte sich wissenschaftlich mit der Pupillometrie, 1930 wurde er (im Rahmen einer Stiftungsprofessur) zum o. Professor f. Pathopsychologie ernannt. Nach der Machtergreifung Hitlers wurde er aus dem Amt gedrängt und emigrierte 1938 über die Schweiz in die USA. Nach dem Krieg wurde er rehabilitiert und erhielt 1964 die Ehrendoktorwürde der Philosophischen Fakultät der Universität Bonn (Wikipedia, 07.07.2017).

Bonn gegründet. Sie erhielt den Namen »Rheinische Provinzialanstalt für seelisch abnorme Kinder« und heißt heute »Rheinische Landesclinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie«.

Eine unter historischer Perspektive relativ neue Behandlungsform ist die teilstationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie. Heute wird als modernes Konzept einer regionalen Versorgung die Trias aus ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung angesehen. Diese Entwicklung wurde in Deutschland durch das Modellprogramm Psychiatrie der Bundesregierung (1980–1985) maßgeblich gefördert. In den letzten drei Jahrzehnten wurden zahlreiche Tageskliniken in sehr unterschiedlicher Trägerschaft gegründet, was mancherorts zu einer Reduzierung stationärer Behandlungsplätze beigetragen hat.

1.6.2 Ambulante Kinder- und Jugendpsychiatrie

Sie wurde stark beeinflusst durch die Child-Guidance-Bewegung (1909 in den USA durch Healy gegründet). 1909 gründete Fürstenheim in Berlin eine »Medico- Pädagogische Poliklinik für Kinderforschung, Erziehungsberatung und ärztlich-erzieherische Behandlung«. Fürstenheim ging später nach Frankfurt und etablierte dort 1916 im Frankfurter Gesundheitsamt eine »Ärztlich-heilpädagogische Jugendsichtungsstelle«, die von der Zielsetzung her auch heute noch existiert.

1922 erfolgte in München die Gründung der ersten Erziehungsberatungsstelle durch Steif. In den letzten Jahrzehnten wurden zahlreiche kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanzen gegründet. In jüngster Zeit wurde auch kommunalen Krankenhäusern und Krankenhäusern in der Trägerschaft von Landeswohlfahrts- und Landschaftsverbänden die Gründung von Ambulanzen, meist Institutsambulanzen, ermöglicht. Die ambulante Versorgung durch niedergelassene Kinder- und Jugendpsychiater und durch Institutsambulanzen sowie auch Spezialambulanzen stellt heute den Schwerpunkt der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung dar.

1.7 Ausblick

Historische Betrachtungsweisen sind nicht Selbstzweck. Sie sollen den Blick öffnen für das Gewordene, aber auch für das werdende. Insofern scheint ein Blick in die Zukunft der geeignete Abschluss für eine historische Betrachtung zu sein. Dieser soll auf zwei Aspekte gerichtet sein: auf die Forschung und auf organisatorische Notwendigkeiten für unser Fachgebiet.

1.8 Forschung

Der Fortschritt eines jeden Fachgebietes lässt sich an seinem wissenschaftlichen Standard messen. Nur durch Forschung und Neuentwicklung wird es möglich sein, angemessen zu untersuchen und effektiv zu behandeln. Versorgung allein genügt aber nicht. Nicht die Zahl der Kliniken, die Zahl der Ärzte, Psychologen und anderer Mitarbeiter sind der Maßstab, an dem sich die Wirksamkeit der Kinder- und Jugendpsychiatrie messen lässt. Viel wesentlicher ist, was in diesen Einrichtungen wie und mit welchem Erfolg getan wird.

Die Forschungsergebnisse der letzten Jahre haben ein neues Verständnis vieler psychischer Störungen mit sich gebracht. Sie haben gezeigt, dass Gegensätze wie »angeboren vs. erworben«, »organisch vs. psychisch«, »psycho-sozial vs. biologisch« Kunstprodukte unserer Analyse sind und alle diese Sichtweisen bei nahezu jeder Problematik mehr oder weniger beteiligt sind. Es gilt nach wie vor, was E.J. Anthony bereits 1970 als einen komplexen sozio-psycho-biologischen Zusammenhang bezeichnet hat, in dem alle genannten Komponenten ihren Platz haben. Er schreibt im Hinblick auf die eigenständige Forschung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: »Es ist von enormer Bedeutung für die Entwicklung dieser neuen Disziplin, dass sie ihren wissenschaftlichen Garten selbst bestellt und ihn nicht als eine untergeordnete oder weniger interessante Aufgabe anderen überlässt« (Anthony, 1970)⁵⁶.

Fortschritte der kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung lassen sich in folgenden Gebieten ausmachen bzw. in nächster Zeit erwarten:

(1) In der kinder- und jugendpsychiatrischen Epidemiologie

Epidemiologische Untersuchungen, die an auslesefreien Stichproben durchgeführt wurden, haben genauere Anhaltspunkte über Art und Häufigkeit kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen geliefert, über ihre Entstehungsbedingungen und über ihre »Verdünnung hin zum Normalbereich«. Derartige Studien haben wichtige Erkenntnisse für die Planung kinder- und jugendpsychiatrischer Einrichtungen (ambulant, teilstationär oder stationär) erbracht und als eigenes Forschungsgebiet die Versorgungsepidemiologie etabliert, die Forschung und Versorgung zusammengeführt und den Gegensatz zwischen Forschung und Versorgung aufgehoben⁵⁷.

56 E.J. Anthony (1916–2014), amerikanischer Kinder- und Jugendpsychiater, ehemaliger Präsident und Ehrenpräsident der IACAPAP.

57 S. Themenheft der Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 34, Heft 6 (2006).

(2) In der Neurobiologie und Neuropsychologie des Kindes- und Jugendalters

Auf diesem Gebiet gibt es wichtige neue Erkenntnisse über die funktionelle Hemisphärenasymmetrie, die Sprachentwicklung, und die Auswirkung von zerebralen Vorschädigungen und ihren Zusammenhang mit einer erhöhten Vulnerabilität für Belastungsfaktoren. Dabei kommt den bildgebenden Verfahren eine besondere Bedeutung zu. Es zeichnen sich auch Erkenntnisse ab, die eine große Bedeutung für die Therapie haben können, z. B. im Bereich der sogenannten funktionellen Übungsbehandlungen oder im Hinblick auf eine individualisierte Pharmakotherapie in Kombination mit einer störungsspezifischen Psychotherapie.

(3) In der Genetik und Epigenetik

Die Genetik spielt in der Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie von jeher eine große Rolle. Zur Zeit des Nationalsozialismus wurde sie in mannigfacher Weise missbraucht und für eine Vielzahl von Störungen und Verhaltensweisen in Anspruch genommen, deren genetischer Hintergrund gering ist. Heute geht man generell von einer Interaktion von genetischen und Umwelteinflüssen aus, wobei aber außer Frage steht, dass bei einigen kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen der genetische Anteil an der Verursachung hoch ist. Dies trifft z. B. auf die Autismus-Spektrum-Störungen, die Aufmerksamkeits-Hyperaktivitäts-Störungen (ADHS), das Gilles de la Tourette-Syndrom und in geringerem Maße auch auf Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, bipolare und depressive Störungen zu, wobei im Kindes- und Jugendalter immer auch die Entwicklungsperspektive zu bedenken ist (Wegner, 2008; Propping, 1989). Nach der Entschlüsselung des menschlichen Genoms wurde der Beitrag der Genetik zur Aufklärung psychiatrischer Erkrankungen in grotesker Weise überschätzt. Keine einzige dieser Erkrankungen folgt einem monogenen Erbgang, an allen sind zahlreiche Gene beteiligt, deren Suszeptibilitätsloci zahlreich sind. Dennoch sind hier weitere Fortschritte zu erwarten. Eine ähnliche Überschätzung erfährt zur Zeit die Epigenetik, wenngleich auch auf diesem Forschungsfeld neue Erkenntnisse zur Aufklärung von psychischen Störungen zu erwarten sind, insbesondere im Hinblick auf transgenerationale Weitergabe traumatischer Lebensereignisse (vgl. Wieser, 2007; Kegel, 2009).

(4) In der Familienforschung

Familienforschung muss breit angelegt sein und lässt in dieser Breite noch viele Erkenntnisse erwarten. Sie reicht von der Genetik bis zur familiären Kommunikations- und Interaktionsforschung. Wichtige und wegweisende Ergebnisse hat hier die sogenannte High-Risk-Forschung erarbeitet, ferner die Humangenetik sowie die Kommunikations- und Interaktionsforschung, letztere besonders, was die Erfassung und Beurteilung früher Eltern-Kind-Beziehungen betrifft. Im Lichte dieser Familienforschung haben auch manche familienpathologischen Störungsmuster, wie z.B. das Misshandlungssyndrom, ein neues Verständnis und eine neue Interpretation erfahren.

(5) In der Therapieentwicklung und Therapieevaluation

Auch auf dem Gebiet der Therapie kristallisieren sich empirisch fundierte Behandlungsmethoden heraus, die pragmatisch sind und sich eher an Indikationen als an Gesichtspunkten therapeutischer Schulen orientieren. Zu diesen gehören z.B. die funktionellen Übungsbehandlungen, manche Methoden der Verhaltenstherapie, problemzentrierte Familientherapien, fokale psychoanalytisch orientierte Ansätze und zahlreiche, weitgehend schulenunabhängige störungsspezifische Behandlungsmethoden. Gerade auf dem Sektor der Psychotherapie ist es wesentlich, sich an klinisch bewährten und empirisch fundierten Behandlungsmethoden auszurichten und nicht an solchen, die am Schreibtisch erdacht sind und ihre Bewährungsprobe noch nicht bestanden haben. Nicht Therapiegläubigkeit, sondern Therapieevaluation ist das Gebot der Zeit⁵⁸.

(6) Ein letzter und wichtiger Fortschritt zeichnet sich auf dem Gebiet des Ausbaus und der Evaluation ambulanter, teilstationärer und komplementärer Bereiche ab.

Die Prinzipien der Psychiatrie-Enquête – Gemeindenähe, umfassende Versorgung aller Patientengruppen, Gleichstellung von körperlich Kranken und psychisch Kranken – haben auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ihre Wirkung nicht verfehlt. Neue Methoden der Versorgung werden erprobt und eva-

58 Übersicht bei Remschmidt H, Mattejat F, Warnke A (Hrsg) (2008). Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Ein integratives Lehrbuch für die Praxis. Thieme, Stuttgart.

liert. Es ist zu hoffen, dass diese Ansätze zu einer wesentlichen Verbesserung der Versorgungssituation führen werden.

1.9 Organisatorische und berufspolitische Perspektiven⁵⁹

Forschung und klinische Praxis allein reichen nicht, die Weiterentwicklung eines Fachgebiets in der notwendigen Qualität und im notwendigen Umfang zu sichern. Es müssen auch organisatorische und berufspolitische Maßnahmen ergriffen werden, die der Forschung und der klinischen Praxis die nötige Breitenwirkung verschaffen.

In diesem Sinne hat sich eine erfreuliche Zusammenarbeit der deutschen kinder- und jugendpsychiatrischen Fachverbände entwickelt: der »Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie«, über die bereits an anderer Stelle mehrfach berichtet wurde, dem »Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie e.V.«, der 1978 gegründet wurde und der die niedergelassenen Fachärzte vertritt und der 1990 gegründeten »Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie« (BAG), die die Chefärzte der nicht-universitären kinder- und jugendpsychiatrischen Krankenhäuser repräsentiert.

Diese drei Organisationen haben paritätisch besetzte Arbeitsgruppen gebildet, die sich u. a. mit Fragen der Weiterbildung, der Erarbeitung von Leitlinien für die einheitliche Diagnostik und Therapie, mit Versorgungs- und Forschungsfragen und auch mit etlichen Problemen beschäftigen. Die Vorsitzenden der drei Dachverbände sind jeweils Assoziierte der beiden anderen Organisationen.

Das wichtigste Ergebnis der Zusammenarbeit dieser Organisationen sind die »Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter« (AWMF, 3. Auflage, Deutscher Ärzteverlag, Köln 2007).

Im Hinblick auf eine erfolgreiche Weiterentwicklung erscheinen folgende Schritte notwendig⁶⁰:

1. Qualitative Verbesserung und Erweiterung der Facharztweiterbildung

Der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie wird seine umfassende Position als zuständiger Arzt für psychische und neuropsychiatrische Erkran-

59 Die hier nur im Überblick dargestellten Themenbereiche werden in Kap. 8 im Zusammenhang mit der Etablierung der Kinder- und Jugendpsychiatrie als eigene Facharztdisziplin genauer erörtert.

60 Über den Stand und die rezente Entwicklung informiert die 4. Auflage der Denkschrift der KJPP: Warnke A, Lehmkuhl G (2011⁴). Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland. Schattauer, Stuttgart.

kungen im Kindes- und Jugendalter nur behaupten können, wenn die Facharztweiterbildung qualitativ verbessert wird. Dazu gehört ein gegliedertes Curriculum, das die wesentlichen Inhalte des Facharztweiterbildungskataloges enthält und zugleich eine didaktisch gute Vermittlung garantiert. Gleichzeitig muss in die Facharztweiterbildung eine psychotherapeutische Ausbildung integriert werden, die den künftigen Facharzt in die Lage versetzt, ein breites Spektrum psychischer Störungen und Erkrankungen selbständig und eigenverantwortlich psychotherapeutisch zu behandeln. Die Grundvoraussetzungen dafür sind beim Kinder- und Jugendpsychiater besonders günstig. Um diese Ziele aber in qualifizierter Form zu erreichen, erscheint der Zusammenschluss mehrerer Kliniken zu einem regionalen »Weiterbildungsverbundsystem« erforderlich. Die Anforderungen an die Facharztweiterbildung sind heute so differenziert, dass nicht jede Abteilung, insbesondere rein klinische Institutionen ohne wissenschaftliche Möglichkeiten, diesen Anforderungen gerecht werden kann. Der regionale Zusammenschluss ist hier die Methode der Wahl und wird immer mehr akzeptiert und praktiziert. Für bestimmte Fragestellungen und Arbeitsgebiete sind über die reguläre Facharztweiterbildung hinaus spezielle Zusatzweiterbildungen erforderlich, die ebenfalls überregional angeboten werden. Ein gelungenes Beispiel hierfür sind die Weiterbildungskurse in der Forensischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, die nach einem strukturierten Curriculum erfolgen und mit einem Zertifikat abgeschlossen werden.

2. Intensivierung der originär kinder- und jugendpsychiatrischen Forschung
Das Forschungsfeld des kinder- und Jugendpsychiaters ist überaus breit und interessant, aber zu wenig bearbeitet. Nur die enge Verflechtung von Forschung und klinischer Praxis kann beide Bereiche weiterbringen. Hier müssen zwei Dinge geschehen: einerseits muss das z.T. noch verbreitete Vorurteil überwunden werden, wonach sich klinische Praxis und wissenschaftliche Tätigkeit ausschließen. Beides lässt sich jedoch gut kombinieren. Zum anderen muss die Weiterbildung in Forschungsmethodik stärker gefördert werden. Dies kann nur an einigen wenigen Stellen auf höchstem Niveau geschehen, so dass hier das gleiche gilt wie für die Verbesserung der Facharztweiterbildung. An den von der DFG für die Forschung ausgegebenen Mitteln haben Psychiatrie und Kinderpsychiatrie nur einen sehr geringen Prozentanteil.

In einer Übersicht über die Forschungsleistungen (2003–2008) der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie hat eine Arbeitsgruppe (Hebebrand et al., 2009) herausgearbeitet, dass unter den *störungsspezifischen* Publikationen solche zum Thema ADHS Rang 1 einnehmen, gefolgt von Veröffentlichungen über Essstörungen (2), Adipositas (3), Schizophrenie (4) und Autismus (5). Unter den *themenspezifischen* Publikationen ergibt sich die Rangfolge: kör-

perliche Erkrankungen (1), Säuglings- und Kleinkindpsychiatrie (2), Forensik und Soziopathie (3), schulbezogene Entwicklungsstörungen (4) und Grundlagenforschung (5). Unter *übergeordnetem thematischem* Schwerpunkt standen Publikationen zur Genetik und Molekularbiologie an erster Stelle, gefolgt von solchen zur Therapie (2) und zur Bildgebung (3). Letzteres zeigt eine deutliche Hinwendung der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie zu einer verstärkten biologischen Ausrichtung. Als bedenklich weist der Bericht auf die vergleichsweise geringe Zahl von Therapiestudien hin, was möglicherweise auch damit zusammenhängt, dass für derartige Arbeiten nur ein geringer Impact-Faktor erzielt werden kann. Ein weiterer zusammenfassender Forschungsbericht ist seither nicht mehr erschienen.

3. Förderung der Niederlassung für Kinder- und Jugendpsychiater in eigener Praxis

Im Hinblick auf diese Notwendigkeit sind zwei Hindernisse zu überwinden: das eine liegt in der Gebührenordnung, das andere im überaus komplexen und langwierigen Weiterbildungsgang zum Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Hinblick auf die Gebührenordnung müssen spezifische Ziffern geschaffen werden, die dem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater die notwendige wirtschaftliche Grundlage geben. Hinsichtlich der Facharztweiterbildung ist bereits eine Vereinfachung dahingehend erfolgt, dass nur noch ein externes Fach (Psychiatrie oder Pädiatrie) als obligat angesehen wird. Dies mag bedauerlich sein, das Durchlaufen dreier Fachgebiete in einem Zeitraum von 4–5 Jahren ist jedoch eine so starke Erschwernis, dass man bei Aufrechterhaltung dieser Modalität mit einer nennenswerten Steigerung kinder- und jugendpsychiatrischer Facharztweiterbildungen nicht rechnen konnte.

4. Systematischer Ausbau der extramuralen Kinder- und Jugendpsychiatrie

Eine Facharztgruppe, die zahlenmäßig so gering ist, muss ihre Möglichkeiten potenzieren. Dies geschieht am besten dadurch, dass eine intensive konsiliarische Tätigkeit von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie ausgeübt wird. Dazu gehört die Betreuung von Schulen und Sonderschulen, von Heimen, Kindergärten, Behinderteneinrichtungen usw. Ein systematischer Ausbau von Konsiliardienst und Institutionsberatung wird die Situation der dort untergebrachten Kinder und die Sorgen ihrer Familien positiv verändern und zugleich mehr Gemeindennähe in die kinder- und jugendpsychiatrische Praxis bringen.

5. Ausbau der ambulanten und teilstationären Behandlungsangebote

Die Entwicklungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass mit dem Ausbau ambulanter und teilstationärer Behandlungsangebote die Quote der stationären Behandlungsfälle reduziert werden kann. Insofern ist diese Entwicklung ein Gebot der Stunde. Sie darf aber nicht dazu führen, notwendige

stationäre Behandlungsangebote kurzschlüssig aufzulösen oder in nicht vertretbarer Weise zu reduzieren. In diesem Feld sind sehr detaillierte Indikationen zu erarbeiten und ein durchlässiges System stationärer, ambulanter und teilstationärer Behandlung zu errichten, das flexibel ist und jedem Kind und seiner Familie das indizierte Behandlungsangebot garantieren kann.

6. Konzentrierung der Öffentlichkeitsarbeit und der Berufspolitik auf empirische Grundsätze und Mitwirkung bei Gesetzgebungsvorhaben. Wir sollten als Kinder- und Jugendpsychiater neuen Modeströmungen nicht kritiklos anheimfallen. Die schlichte Frage nach dem Erwiesenen sollte Maßstab unserer Betrachtungen bleiben. Soziale und soziologische Betrachtungsweisen sind wichtig und wurden lange unterschätzt; man darf aber auch derartige Strömungen nicht überschätzen.

1.10 Zusammenfassung

Vorläuferdisziplinen der Kinder- und Jugendpsychiatrie waren die Philosophie, Psychologie, Pädagogik und verschiedene religiöse Strömungen, die Kinder nicht als eigenständige Wesen betrachteten, sondern als Eigentum, mit dem man in willkürlicher Weise umgehen konnte. So wurden in der Antike missgebildete Kinder vielfach ausgesetzt und auch ihre Tötung war lange Zeit straffrei. Erst die jüdische und christliche Tradition führte diesbezüglich eine Wende herbei. Im Zuge des Humanismus etablierten sich Auffassungen und Erziehungsregeln, die erstmals auf ein individuelles Eingehen auf die Kinder ausgerichtet waren. Für die Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie war in deren Anfängen nicht die Medizin, sondern die Pädagogik bzw. Heilpädagogik von großer Bedeutung, was sich auch im deutschsprachigen Raum in der Bezeichnung der ersten Fachgesellschaft, der 1940 in Wien gegründeten »Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik« niederschlug.

Ein Markstein in der Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie war das weltweit erste Lehrbuch von Hermann Emminghaus mit dem Titel »Psychische Störungen im Kindesalter« (1887) und in dessen Gefolge das Periodikum »Die Kinderfehler« (1898), dessen Erscheinen während der NS-Zeit im Jahr 1944 eingestellt werden musste. Die deutsche Kinder- und Jugendpsychiatrie durchlief in der NS-Zeit eine verhängnisvolle Entwicklung, die in der sogenannten »Kindereuthanasie« ihren desaströsen Höhepunkt fand. In der Nachkriegszeit gelang der deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie nur mühsam der Anschluss an die europäische und internationale Entwicklung des Faches. Dabei war erstaunlich, in welcher großzügiger Weise die ausländischen Kinder- und Jugendpsychiater den belasteten deutschen Kollegen die Hand reichten.

Die internationale Kinder- und Jugendpsychiatrie ging mit ihrem ersten in

Paris abgehaltenen Kongress (1937) dem Zusammenschluss der europäischen Kinder- und Jugendpsychiater voraus, deren erster Kongress ebenfalls in Paris 1961 stattfand. Maßgeblich für die Entwicklung der europäischen Kinder- und Jugendpsychiatrie waren die Magglinger Symposien, die von schweizerischen und französischen Kinder- und Jugendpsychiatern initiiert wurden und an denen auch deutsche Kollegen beteiligt waren.

Die deutsche Kinder- und Jugendpsychiatrie, die erst im Jahr 1968 eine eigene Facharztanerkennung durchsetzte, durchlief nach dem Krieg eine positive Entwicklung, die sich, ausgehend vom ersten Lehrstuhl in Marburg, zunehmend an nahezu allen Universitäten etablieren konnte. Diese Entwicklung wird hier im Kontext mit der europäischen und der internationalen Fachgeschichte nachgezeichnet. Über den universitären Bereich hinaus wurden zahlreiche Fachkliniken mit ambulanten, stationären und teilstationären Angeboten gegründet und eine große Zahl von Fachärzten ließ sich in eigenen Praxen nieder, die gemeinsam mit den klinischen Einrichtungen in regionale Versorgungsnetze eingebunden sind.

2. Anfänge der Kinderpsychiatrie an der Philipps-Universität Marburg

- 2.1 Kinder- und jugendpsychiatrische Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie (1920–1945)
 - 2.1.1 Auswirkungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses
 - 2.1.2 Anzahl und Diagnosen der zur Sterilisation gemeldeten Patienten
 - 2.1.3 Überprüfung der eingeleiteten Maßnahmen (Sterilisation und deren Unterbleiben) nach den Akten der Erbgesundheitsgerichte
 - 2.1.4 Kasuistiken
- 2.2 Gründung einer eigenen Kinderstation in der Nervenlinik 1947
 - 2.2.1 Tübingen als Vorläufer
 - 2.2.2 Marburg als Fortsetzung der Tübinger Initiativen
- 2.3 Die Gründungsväter der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marburg
 - 2.3.1 Werner Villinger (1887–1961)
 - 2.3.1.1 Biographische Daten
 - 2.3.1.2 Involvierung im Nationalsozialismus
 - 2.3.1.3 Veröffentlichungen
 - 2.3.2 Hermann Stutte (1909–1982)
 - 2.3.2.1 Biographische Daten
 - 2.3.2.2 Involvierung im Nationalsozialismus
 - 2.3.2.3 Hermann Stutte und die deutsche Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - 2.3.2.4 Hermann Stutte und die europäische Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - 2.3.2.5 Hermann Stutte und die internationale Kinder- und Jugendpsychiatrie
 - 2.3.2.6 Analyse der Schriften von Hermann Stutte
 - 2.3.2.6.1 Bibliographische Analyse
 - 2.3.2.6.2 Inhaltliche Analyse der sozialpsychiatrischen Arbeiten
 - 2.3.2.6.3 Inhaltliche Analyse der Arbeiten zu anderen Themenbereichen
 - 2.3.2.6.4 Zur Nomenklatur
 - 2.3.2.7 Sterilisationsgutachten Hermann Stuttes
 - 2.3.2.8 Analyse der Krankengeschichten von Patienten Hermann Stuttes
 - 2.3.2.9 Das Kommunikationsnetzwerk Hermann Stuttes und seine Beurteilung durch die Fachwelt
 - 2.3.2.10 Abschließende Bemerkungen zur nationalsozialistischen Vergangenheit Hermann Stuttes
 - 2.3.3 Kontinuität und Wandel von Einstellungen: Einmal Nazi, immer Nazi?

- 2.4 Entwicklung der Lehre von der unmittelbaren Nachkriegszeit bis 1979
- 2.4.1 Hintergrund: Studentenschaft und Hochschullehrerschaft im Nationalsozialismus
 - 2.4.1.1 Die Marburger Studentenschaft im Nationalsozialismus
 - 2.4.1.2 Die politische Belastung der Marburger Hochschullehrer
- 2.4.2 Politische Bedingungen für die Zulassung von Studierenden
- 2.4.3 Psychiatrische und kinderpsychiatrische Lehrveranstaltungen ab 1946
- 2.4.4 Das interdisziplinäre sozialpädagogische Seminar
- 2.5 Zusammenfassung

2.1 Kinder- und jugendpsychiatrische Patienten in der Erwachsenenpsychiatrie (1920–1945)

Auch vor der Gründung einer eigenen kinder- und jugendpsychiatrischen Station im Jahr 1947 wurden Kinder und Jugendliche mit psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen stationär und ambulant in der damaligen Universitätsnervenklinik behandelt. Es ist gelungen, die Krankengeschichten dieser Patienten aus den Jahren 1920–1945 aufzubewahren und vor der Vernichtung zu schützen. Im genannten Zeitraum wurden insgesamt 1.475 Patienten stationär aufgenommen.

Eine Übersicht über die Anzahl der Patienten, bezogen auf die einzelnen Aufnahmejahre, zeigt Abb. 2.1.

Wie aus der Abbildung hervorgeht, ist im Durchschnitt ein Anstieg der Patientenzahlen im Berichtszeitraum zu verzeichnen. Die geringste Anzahl mit fünf Patientinnen oder Patienten findet sich im Jahr 1920, die höchste im Jahr 1943. Unter den 1.475 Patienten findet sich mit 815 Jungen ein Überwiegen des männlichen Geschlechts gegenüber 660 weiblichen Patienten (53,3 vs. 44,7 %). Der Anstieg in den Jahren 1941 bis 1943 könnte mit Kriegsereignissen zusammenhängen.

Was die Diagnosen betrifft, die nach einem damals gültigen, stark konstitutions-biologischen Ansatz gestellt wurden, so ist zunächst festzustellen, dass neurologische Erkrankungen und organisch verursachte psychische Störungen im Vordergrund stehen. Eine Trennung zwischen neurologischen und psychiatrischen Stationen gab es im Berichtszeitraum ja noch nicht; in der damaligen Nervenklinik wurden Patienten mit neurologischen und psychiatrischen Erkrankungen gleichermaßen aufgenommen und behandelt. Dies betrifft sowohl den Erwachsenenbereich als auch Patienten im Kindes- und Jugendalter.

Tab. 2.1 gibt eine Übersicht über die Diagnosen der 1.475 aufgenommenen Patienten.

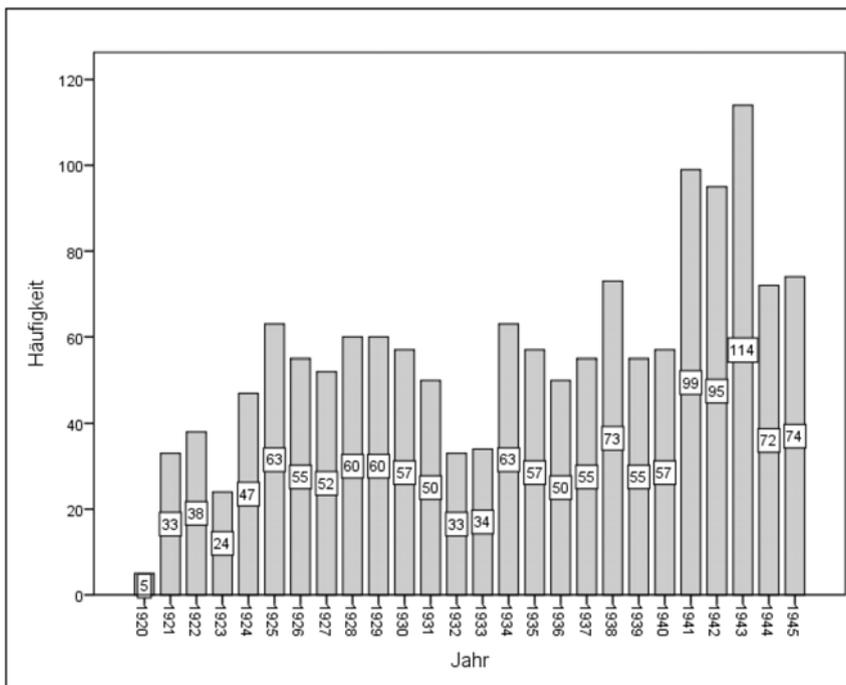


Abb. 2.1: Anzahl der Patienten, bezogen auf die einzelnen Aufnahmejahre

Es ist ersichtlich, dass mit 30,2 % der Fälle neurologische Diagnosen überwiegen. Die Bezeichnung »neurologische Erkrankung im engeren Sinne« bedeutet, dass hier ein objektivierbarer neurologischer Befund vorlag (z. B. eine Lähmung, eine entzündliche Erkrankung, ein Tumor etc.), während die an zweiter Stelle mit 25,6 % rangierenden organisch-psychischen Krankheitszustände dadurch gekennzeichnet waren, dass die Psychopathologie dominierte, aber gleichzeitig ein organischer Hintergrund vorlag. An dritter Stelle stehen dann die psychopathischen Anlagen, Reaktionen, Einstellungen und Entwicklungen. In heutiger Terminologie sind darunter die Mehrzahl der psychiatrischen Diagnosen aus der ICD-10 zusammengefasst, einschließlich der Persönlichkeitsstörungen. Die endogenen Psychosen machen einen Anteil von 7,9 % aus. Die übrigen Diagnosen erstrecken sich auf gemischte psychiatrisch-neurologische Fälle, endokrine Störungen, vegetative Störungen usw. Unter der Bezeichnung »andere jugendpsychiatrische Diagnose« (6,2 %) wurden Fälle zusammengefasst, die sich keiner der damals gültigen psychiatrischen oder neurologischen diagnostischen Kategorien zuordnen ließen.

Tab. 2.1: Diagnosen der im Zeitraum von 1920 bis 1945 in der Psychiatrischen Klinik aufgenommenen kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Psychopath. Anlagen, Reaktionen, Einstellungen und Entwicklungen	306	20,7	20,7	20,7
Endogene Psychosen	116	7,9	7,9	28,6
Organisch-psychische Krankheitszustände	377	25,6	25,6	54,2
Neurologische Erkrankungen im engeren Sinne	446	30,2	30,2	84,4
Vegetative vasomotorische Störungen	45	3,1	3,1	87,5
Endokrine Störungen	25	1,7	1,7	89,2
Sexuelle Störungen	1	,1	,1	89,2
Nicht psychische-neurologische Fälle	47	3,2	3,2	92,4
Andere jugendpsychiatrische Diagnosen	92	6,2	6,2	98,6
nicht bekannt	6	,4	,4	99,1
nicht verschlüsselt	14	,9	,9	100,1
Gesamt	1475	100,0	100,0	

Betrachtet man die Anzahl der Diagnosen pro Patient, so wurde in 1.129 Fällen (76,5 %) nur eine Diagnose gestellt, in 302 Fällen (20,5 %) zwei Diagnosen und in 38 Fällen (2,6 %) sogar drei. Das heute viel diskutierte Problem der Komorbidität war damals also auch bereits bekannt und schlug sich in entsprechenden diagnostischen Einschätzungen nieder.

Das Alter bei Aufnahme ist in Abb. 2.2 wiedergegeben. Wie nicht anders zu erwarten, häufen sich die Aufnahmen in der Altersspanne zwischen 14 und 18 Jahren; ältere Patienten wurden in der Regel im Erwachsenenbereich aufgenommen, es fanden sich aber immerhin noch 81 19-Jährige, die dem kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich zugeordnet wurden.

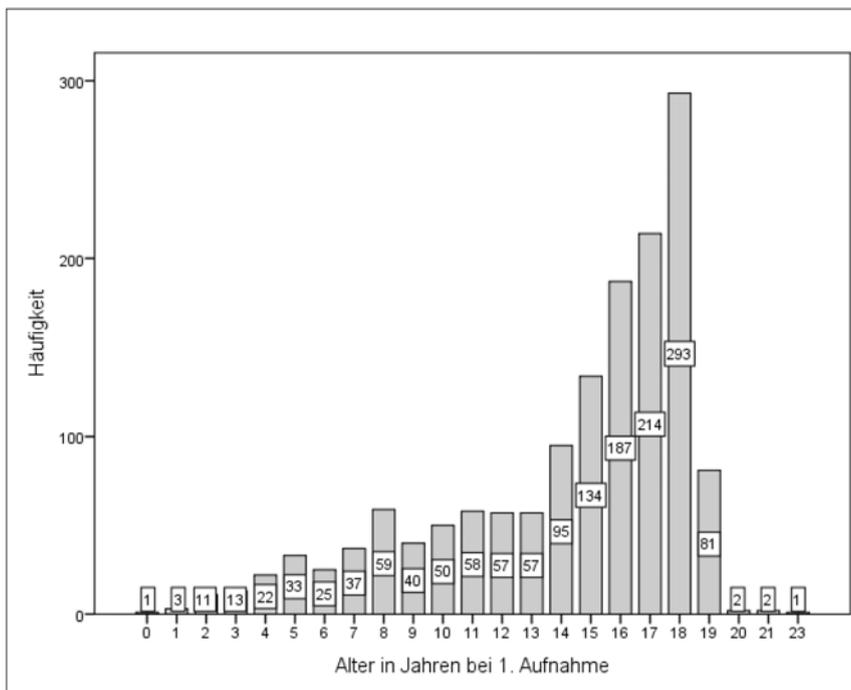


Abb. 2.2: Alter der kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten bei Aufnahme im Zeitraum von 1920 bis 1945

2.1.1 Auswirkungen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses

Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (GzVeN), das am 14. Juli 1933 verabschiedet wurde und am 1. Januar 1934 in Kraft trat, waren die Ärzte verpflichtet, sogenannte erbkrankte Personen den Gesundheitsämtern zu melden, um sie ggf. sterilisieren zu lassen.

Nach §1, Abs. 2 des Gesetzes sollte bei folgenden Diagnosen eine Unfruchtbarmachung durchgeführt werden:

- Angeborener Schwachsinn
- Schizophrenie
- Zirkuläres (manisch-depressives) Irresein
- Erbliche Fallsucht
- Chorea Huntington (erblicher Veitstanz)
- Erbliche Blindheit
- Erbliche Taubheit

- Schwere körperliche Missbildung
- Schwerer Alkoholismus.

Die Anzeigeberechtigung bezog sich allerdings nicht nur auf Ärzte, sondern umfasste »praktisch die gesamte Bevölkerung, was der Denunziation Tür und Tor öffnete. Bestimmte Berufsgruppen unterlagen einer *Meldepflicht* (alle Heil- und Pflegeberufe sowie bestimmte Behörden und Institutionen wie Wehrmachtsdienststellen, Schulen, Kindergärten). Sie waren unter Androhung von Strafe dazu angehalten, alle einschlägigen Beobachtungen dem Amtsarzt zu melden« (Form, 1997)⁶¹.

Die Entscheidung über die Durchführung einer Sterilisation wurde von den ab 1933 eingerichteten Erbgesundheitsgerichten vorgenommen. Sie wurden in Hessen den Amtsgerichten zugeordnet (Form, 1997). Die Erbgesundheitsgerichte setzten sich zusammen aus einem Richter als Vorsitzenden sowie einem beamteten und einem weiteren approbierten Arzt. Da das Gericht mit Stimmenmehrheit beschloss, lag die Entscheidung bei den beteiligten Ärzten. Es war möglich, gegen einen Beschluss des Erbgesundheitsgerichts beim Erbgesundheitsobergericht Einspruch einzulegen (§10, Abs. 3), bei dem dann die endgültige Entscheidung lag. Da die Anzeigen bei den Gesundheitsämtern einzureichen waren, unterlagen die dort tätigen Ärzte einer ganz besonderen Verantwortung.

Auch Betroffene konnten einen Antrag auf Unfruchtbarmachung stellen. Nach einer Übersicht von Form (1997), die sich auf die Durchführung des Erbgesundheitsgesetzes im Deutschen Reich im Jahre 1934 bezieht, lagen unter den gemeldeten Fällen mit 52,9 % Patienten mit angeborenem Schwachsinn an erster Stelle, gefolgt von solchen mit einer schizophrenen Erkrankung (25,4 %), erblicher Fallsucht (14 %), zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein (3,2 %), gefolgt von schwerem Alkoholismus mit 2,4 %. Die übrigen Meldungen verteilten sich auf Chorea Huntington, erbliche Blindheit, erbliche Taubheit und schwere körperliche Missbildungen.

Nach einer Übersicht von Roemer (1935) waren im Zeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 1934 insgesamt 60.321 Patientinnen und Patienten aus 138 Heil- und Pflegeanstalten und Kliniken zur Sterilisation gemeldet worden⁶². Was die Gesamtzahl der zwangssterilisierten Patientinnen und Patienten im Deutschen Reich betrifft, so gehen fundierte Schätzungen von etwa 360.000

61 W. Form (1997): Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und seine Entwicklung nach 1945 in Hessen. In: Aumüller, Lauer, Remschmidt (2001) (Hrsg.)(2001) Kontinuität und Neuanfang in der Hochschulmedizin nach 1945, 84–101, Schüren Presseverlag, Marburg.

62 Zit. nach Schmuhl HW (2016). Die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater im Nationalsozialismus, S. 226ff, Springer, Heidelberg.

Personen aus. Bezogen auf die Bevölkerung Deutschlands bis 1945, sei in Deutschland 30-mal so häufig sterilisiert worden wie in den USA⁶³.

Ausführliche Informationen zu diesem Thema finden sich in Kap. 2.3.2.7, das sich mit den Sterilisationsgutachten von Hermann Stutte beschäftigt.

2.1.2 Anzahl und Diagnosen der zur Sterilisation gemeldeten Patienten

In der Universitätsnervenklinik Marburg wurden im Zeitraum von 1934–1945 196 Patientinnen und Patienten (22,7 %) der in diesem Zeitraum im Kindes- und Jugendalter aufgenommenen Patienten den Gesundheitsämtern gemeldet. Unter ihnen waren 99 männlichen und 97 weiblichen Geschlechts.

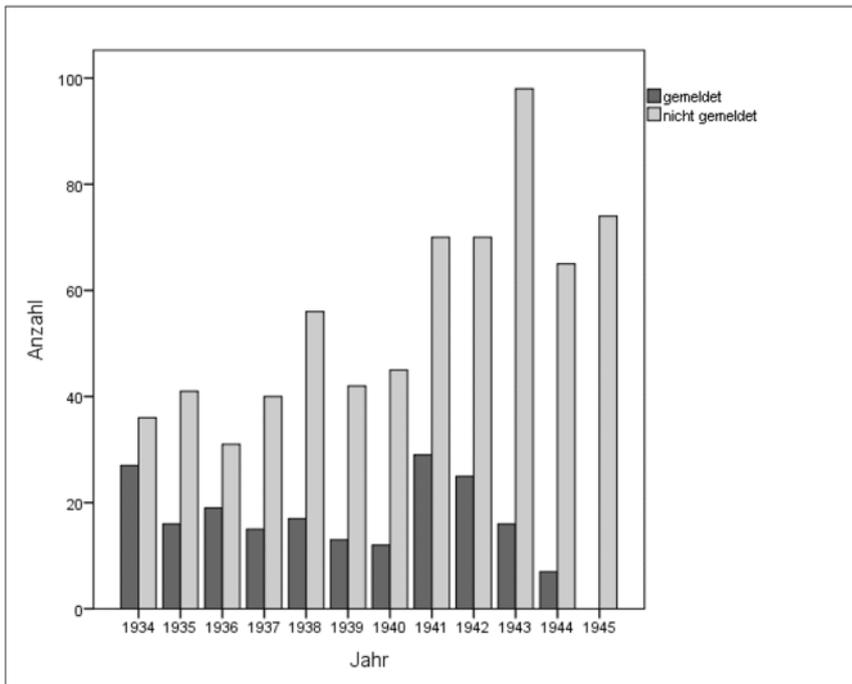


Abb. 2.3: Anzahl der den Gesundheitsämtern gemeldeten kinder- und jugendpsychiatrischen Patienten

Abb. 2.3 zeigt, dass die Meldungen mit dem Jahr 1934 einsetzten und sich bis 1944 erstreckten. Im Jahr 1945 erfolgten keine Meldungen mehr. Der Rückgang

63 Form W (1997), S. 92.