

# PSYCHE IM FOKUS



Das Magazin der DGPPN

## **Medizinethischer Balanceakt**

Welche Werte sind neu  
abzuwägen? → **S. 22**

## **Pandemische Lage**

Was sagen aktuelle  
Studien? → **S. 28**

## **Notfall Klimakrise**

Wie kann der Planet gerettet  
werden? → **S. 36**



## DGPPN Kongress 2021

Mit 2G-Konzept im CityCube Berlin und zum Teil online: Der DGPPN Kongress findet in diesem Jahr als hybrides Event statt.  
→ S. 10



Im Interview: Deutschlands führende Ethikexpertin  
→ S. 22

## INHALT

- 2** EDITORIAL
- 4** GESUNDHEITSPOLITIK
- 10** DGPPN KONGRESS 2021  
Analog trifft digital
- 14** GESELLSCHAFT  
Zivilcourage – hinschauen und helfen
- 18** GESELLSCHAFT  
Mehr Gehör für Gehörlose
- 21** MEDIATHEK  
Hör mal, wer da schaut
- 22** UNTER VIER AUGEN  
Thomas Pollmächer und  
Alena Buyx im Gespräch
- 28** WISSENSCHAFT  
Pandemie und Psyche



Ein historischer Blick auf Soziale Arbeit als Bestandteil des psychiatrischen Systems  
→ S. 42

- 31** INSIDE DGPPN  
Kurzmeldungen
- 32** WISSENSCHAFT  
Merk-würdige Studienergebnisse
- 34** AKTIONSBÜNDNIS SEELISCHE GESUNDHEIT  
Gemeinsam stark
- 36** VON HEUTE FÜR MORGEN  
Die Klimakrise ist ein medizinischer Notfall
- 42** VON GESTERN FÜR HEUTE  
Psychiatrische Sozialarbeit in Deutschland
- 48** IMPRESSUM

Vielfach finden sich im Text männliche personenbezogene Hauptwörter, die für alle Geschlechter gelten sollen (z. B. Patienten). Dies dient der besseren Lesbarkeit und wir bitten freundlich darum, hieran keinen Anstoß zu nehmen. Wir arbeiten derzeit an einer besseren Lösung.

# Liebe Leserinnen und Leser,



die letzten anderthalb Jahre haben uns alle vor enorme Herausforderungen gestellt. Es hat sich deutlich gezeigt, dass die Zeit reif ist für tiefgreifende Veränderungen auf allen Ebenen. Auch angesichts der Ära Merkel, die nach 16 Jahren nun zu Ende ist, stellen sich viele Fragen der Neuordnung. Wie es politisch in unserem Land weitergeht, wird sich in diesem Herbst zeigen.

Wie eine Gesellschaft mit ihren schwächsten Mitgliedern umgeht, sehen wir besonders in Krisenzeiten. Die *Woche der Seelischen Gesundheit* rückt daher in diesem Jahr Familien in den Mittelpunkt. Damit trifft das *Aktionsbündnis Seelische Gesundheit*, dessen Vorsitz unser geschätzter Kollege Arno Deister jüngst übernommen hat, sicherlich einen Nerv.

Was ist gutes, was ist schlechtes Handeln? Welche Rolle spielen die Grundprinzipien „Gerechtigkeit“ und „Solidarität“ für uns im Allgemeinen und im medizinischen Sinn? Die eine oder andere Antwort auf diese komplexen Fragen finden Sie vielleicht im Vier-Augen-Gespräch, das ich dazu mit der Vorsitzenden des Deutschen Ethikrats, Alena Buyx, führen konnte.

Die Auseinandersetzung mit ethischen Fragestellungen und der Umgang mit verschiedensten vulnerablen Gruppen gehören zu den Kernaufgaben in unserem Fach. In diesem Zusammenhang aktuell intensiv diskutiert ist das Thema „Assistierter Suizid“, zu dem die DGPPN im Sommer eine Umfrage gestartet hat. Näheres dazu wird auf dem diesjährigen Kongress vorgestellt, der Ende November im CityCube Berlin und zum Teil auch digital stattfindet.

Ein weiteres Thema, das buchstäblich lebensbedrohlich ist, ist zweifelsohne die Klimakrise. In der Rubrik „Von heute für morgen“ findet sich dazu ein Beitrag von Martin Herrmann, Gründungsmitglied der *Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit e. V.* (KLUG). Auch dazu wird es auf dem DGPPN Kongress eine spannende Veranstaltung geben – ebenso wie zu vielen weiteren Themen, die wir in dieser Ausgabe für Sie zusammengestellt haben.

Ihr Thomas Pollmächer – für den Vorstand der DGPPN

Präsident

„Sicher ist,  
dass nichts sicher ist.  
Selbst das nicht.“

Joachim Ringelnatz (1883–1934)

## Gesundheitspolitik

# Gemeinsam für ein demenzfreundliches Deutschland

**Die steigende Anzahl an Demenzerkrankten wird eine der größten Herausforderungen für unsere Gesellschaft. Mit der Nationalen Demenzstrategie hat sich die DGPPN gemeinsam mit vielen anderen Akteuren das Ziel gesetzt, die Lebenssituation der Betroffenen und ihrer Angehörigen nachhaltig zu verbessern.**

Rund 1,6 Millionen Menschen leiden in Deutschland an einer demenziellen Erkrankung. Absehbar ist jetzt schon, dass die Zahl aufgrund der demografischen Entwicklung in den nächsten Jahrzehnten weiter stark ansteigen wird. Experten rechnen für das Jahr 2050 mit nahezu 2,8 Millionen Betroffenen. Das heißt, der Ausbau und die Verbesserung der Hilfen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen könnte drängender nicht sein. Bereits 2012 hat die Bundesregierung das Thema auf die Agenda genommen und die Allianz für Menschen mit Demenz gegründet. Vertreter der Länder, Verbände und Organisationen wie auch die DGPPN haben sich zu einem nationalen Bündnis zusammengeschlossen und 100 Konzepte zur Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Demenz und ihrer Angehörigen erarbeitet.

Als Fortsetzung startete im September 2020 die Nationale Demenzstrategie, die sich als Initiative der Bundesregierung für ein demenzfreundliches Deutschland einsetzt. Vertreter aus Politik und Verwaltung, der Gesundheitsversorgung, Wissenschaft und Forschung formulierten insgesamt 162 konkrete Maßnahmen, die Teilhabe, Unterstützung, Versorgung und Forschung als Handlungsfelder betreffen. Gemeinsam mit anderen Akteuren verpflichtete sich die Fachgesellschaft in diesem Rahmen, zwölf Maßnahmen in den nächsten zwei bis drei Jahren umzusetzen. Es geht unter anderem darum, die medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz weiterzuentwickeln. Im Fokus steht dabei vor allem, die Selbstständigkeit Betroffener zu fördern und zu erhalten. Die frühe Diagnose ist dabei das A und O, damit Hilfsangebote ankommen. Häufig bleiben beginnende Demenzen aber unerkannt, sogar, wenn Betroffene wegen einer anderen Erkrankung im Krankenhaus behandelt werden. Eine Arbeitsgruppe unter Leitung der DGPPN wird daher

### Maßnahmen mit DGPPN-Beteiligung

- Screening von Demenz und Delir im Krankenhaus
- Entwicklung eines mehrsprachigen, kultursensitiven Assessment-Instruments zur Demenzdiagnostik
- Instrumente in der digitalen Versorgung von Menschen mit Demenz
- Leitlinien zur Behandlung von Menschen mit Demenz
- Versorgungspfad für Menschen mit Demenz
- Therapeutische Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen
- Haus- und fachärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen
- Entwicklung eines Qualitätszirkelmoduls
- Qualitätskriterien für die Vernetzung im haus- und fachärztlichen Bereich
- Empfehlungen für die Notfallversorgung von Menschen mit Demenz im Krankenhaus
- Erweiterung eines nationalen klinischen Demenzforschungsnetzwerks
- Ausbau eines nationalen Netzwerks zur Demenzversorgungsforschung

Eine ausführliche Beschreibung aller Maßnahmen ist unter [www.nationale-demenzstrategie.de](http://www.nationale-demenzstrategie.de) verfügbar.

Empfehlungen entwickeln, um das Screening von Demenzen und Delir im Krankenhaus zu verbessern. Besonders herausfordernd kann die Diagnosestellung bei Menschen mit einer für den Behandler fremden Muttersprache oder unvertrautem kulturellem Hintergrund sein. Deshalb ist eines der Vorhaben im Rahmen der Gesamtstrategie, mehr-

sprachige und kultursensitive Assessment-Instrumente breitflächig zum Einsatz zu bringen. Ein weiteres Projekt widmet sich der Frage, inwieweit digitale Anwendungen für Diagnostik, Unterstützung und Behandlung einen Beitrag bei der Versorgung von Menschen mit Demenz leisten könnten.

### Strukturen vernetzen

Von entscheidender Bedeutung ist, dass die Hilfen zum richtigen Zeitpunkt im Krankheitsverlauf ansetzen. Es gilt, einen definierten Versorgungspfad für Menschen mit Demenz zu entwickeln, der die jeweiligen Aufgaben der Leistungserbringer und die Schnittstellen zwischen den Sektoren aufzeigt. Eine andere Arbeitsgruppe prüft, wie die interdisziplinäre Versorgung durch Hausärzte, Psychiater und Neurologen verbessert werden kann.

In einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung ist in vielen Fällen eine Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen notwendig. Eine große Herausforderung besteht darin, eine adäquate Versorgung durch Haus- und Fachärzte sowie therapeutische Berufsgruppen wie etwa Ergo-, Physio- oder Psychotherapie zu organisieren. Zwei Arbeitsgruppen unter Leitung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erarbeiten daher konkrete Vorschläge für eine bessere ärztliche und spezialtherapeutische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen. Auch in Krankenhäusern werden die Bedürfnisse Demenzerkrankter noch nicht ausreichend berücksichtigt. Mit einer weiteren Maßnahme soll daher die entsprechende Notfallversorgung im Krankenhaus optimiert werden.

Um Demenzen zukünftig besser zu behandeln, ist eine Vernetzung der aktiven Forscher in diesem Feld essenziell. Unter Federführung des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen ist der Ausbau der nationalen Netzwerke für Demenzversorgungs- und klinische Demenzforschung ein weiteres Ziel. Doch das beste Wissen nützt nichts, wenn es nicht ankommt – Stichwort „Translationale Medizin“. Auch mit dieser Problemstellung ist eigens eine Arbeitsgruppe zur Implementierung von Leitlinienempfehlungen betraut. Die Maßnahmen sollen in den nächsten ein bis drei Jahren umgesetzt werden.

### DGPPN Kongress 2021

State-of-the-Art-Symposium | Demenzen  
25.11.2021 | 17:15–18:45 Uhr

# Meilenstein für die Psychiatrieforschung

**Wissen zu generieren, zu vernetzen und für die klinische Praxis verfügbar zu machen, ist Ziel der vom Bund geförderten Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung. Für das neue Deutsche Zentrum für Psychische Gesundheit (DZP) sind im Frühjahr sechs Standorte ausgewählt worden. Spitzenforschung wird damit nachhaltig gefördert – ein großer Erfolg, auch der jahrelangen Bemühungen der DGPPN.**

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) hat sechs Standorte des Deutschen Zentrums für psychische Gesundheit (DZP) ausgewählt und damit den Startschuss für eine strukturell und nachhaltig geförderte Exzellenzforschung gegeben. Fortan wird das Wissen um die Entstehung psychischer Erkrankungen in großen, interdisziplinären Arbeitsgruppen mit Zentren in Berlin, Bochum, Jena, Mannheim, München und Tübingen gebündelt. Die Vorteile liegen auf der Hand: Der Wissenstransfer auf allen Ebenen wird beschleunigt – auch in Richtung translationaler Forschung. Das kommt nicht zuletzt auch der Prävention psychischer Erkrankungen zugute, indem finanziell langfristig abgesicherte longitudinale Studien Risikofaktoren effektiv auf den Grund gehen. Über das DZP hinaus sollte eine breit aufgestellte Forschungslandschaft erhalten bleiben, die Forschung auch an anderen Standorten weiter unterstützt und fördert. Die Vernetzung großer und erfolgreicher Standorte mit kollaborativen und partizipativen Forschungsansätzen ist das A und O einer ausgewogenen, inklusiven und umfassenden Forschung. Das gilt sowohl für die Versorgungs- und Grundlagenforschung als auch für die Forschung zur Implementierung von Leitlinien. Dabei spielt die Einbeziehung von Betroffenen- und Angehörigenvertretern eine bedeutende Rolle. Wichtig bleibt zudem die Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen wie Public Health, Soziologie und Sozialmedizin.

### DGPPN Kongress 2021

Diskussionsforum | Die Rolle des DZP  
26.11.2021 | 13:30–15:00 Uhr

# Fehlplatzierungen vermeiden

**Geschlossene Heime werden seit vielen Jahren in der Fachwelt kontrovers diskutiert. Mit den Prinzipien der UN-BRK scheinen sie nur schwer vereinbar. Zudem stehen sie im Verdacht, eine letzte Station für die „Schwächsten“ und „Schwierigsten“ in der Psychiatrie zu sein. Während einige ihre Abschaffung fordern, ist aber auch der Ruf nach mehr Heimplätzen deutlich zu vernehmen. Eine Task-Force der DGPPN hat sich mit dem Thema auseinandergesetzt.**

Die Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) stärkt das Recht von Menschen mit Behinderungen, ihren Aufenthaltsort frei wählen zu können. Freiheitsentziehende Unterbringungen sind grundsätzlich nur als *ultima ratio* in Fällen von erheblicher und konkreter Selbstgefährdung zulässig. Geschlossene Heime stehen im Verdacht, als „Lückenbüßer“ für Menschen mit hohem, dauerhaftem und komplexem wie auch protektivem Unterstützungsbedarf genutzt zu werden, denen kein alternatives Angebot in der Versorgungslandschaft gemacht werden kann. Viele fordern daher ihre komplette Abschaffung. In einigen Bundesländern, z. B. Berlin, wird auf sie zurzeit verzichtet. Auf der anderen Seite wird auch der Ruf nach mehr geschlossener Heimunterbringung laut.

Wie viele Menschen in einer solchen Wohnform untergebracht sind, kann nur geschätzt werden, denn regelmäßig erfasste Daten sind nicht vorhanden – ein Grund, weshalb geschlossene Heime auch als *Black Box* bezeichnet werden. Auch fachliche Standards zur Indikation, Aufnahme und Gestaltung der Unterbringung sowie zum Entlassmanagement fehlen, und es mangelt an einer steuernden Institution. Eine Task-Force unter Leitung von Prof. Andreas Heinz und Prof. Ingmar Steinhart hat sich des Themas angenommen und versucht, eine Diskussionsgrundlage zur Debatte über geschlossene Heime zu liefern. Eine Umfrage unter Kliniken und Betreibern geschlossener Heime ging der Frage nach, welche Rolle geschlossene Heime innerhalb der Versorgungslandschaft einnehmen. Ein interessantes Ergebnis ist, dass zwei Drittel der Bewohner direkt aus einer Klinik in ein geschlossenes Heim überwiesen werden. Gleichzeitig schätzt die überwältigende Mehrheit der Kliniken, dass es regional zu wenige geschlossene Heimplätze gibt. Auf der anderen Seite können aus Sicht der Einrichtungen viele Bewohner geschlossener Heime nicht entlassen werden, da passende

Anschlussangebote fehlen. Das Beispiel Mecklenburg-Vorpommerns, wo sich der Anteil von Bewohnern, die vor der Unterbringung in einem anderen Bundesland gelebt haben, in kurzer Zeit verdoppelt hat, zeigt, dass eine bundesweite „Verschiebung“ von Betroffenen tatsächlich stattfindet.

Konkrete Vorschläge und Best-Practice-Modelle, wie eine geschlossene Heimunterbringung entbehrlich werden könnten, gibt es bereits: Zu nennen sind hier längerfristige und mit Unterbrechungen erfolgende stationäre Behandlungen, aber auch komplexe Modelle wie das Weddinger Modell. Gehen die regionalen Leistungsanbieter in gemeindepsychiatrischen Verbänden die Verpflichtung zur gemeinsamen Versorgung ein, ist ebenfalls ein wichtiger Schritt getan. Denn insbesondere einrichtungsübergreifende und einzelfallbezogene Konferenzen, bei denen für Betroffene passgenaue Alternativangebote in der Region gemeinsam beraten werden, haben sich bewährt. Auch integrierende Konzepte der Versorgung, die Leistungen über Sozialgesetzbücher hinweg ermöglichen, sind ein zentraler Baustein, um Behandlungskontinuität zu gewährleisten. Sollte jedoch eine geschlossene Heimunterbringung als *ultima ratio* notwendig sein, sind zwingend Strukturen notwendig, die das Monitoring und die Evaluation der Unterbringung verantworten und die Dauer prüfen. Ein besonderes Augenmerk legte die Task-Force auf die Situation alt gewordener Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.

Aufgrund des komplexen Hilfebedarfs, zu dem im Alter vermehrt somatische Komorbiditäten hinzukommen, ist das Risiko einer Fehlplatzierung in (geschlossenen) Heimen besonders hoch. Dies kann durch multiprofessionelle Behandlungsteams vermieden werden, die frühe, flexible und leitlinienbasierte Hilfen im Lebensumfeld der Betroffenen anbieten. Pflegefachpersonen, die einen wesentlichen Teil dieser Teams ausmachen, kommt dabei eine wichtige Rolle zu. Neben dem physischen Freiheitsentzug müssen auch die hohen Verschreibungsprävalenzen von Neuroleptika und Sedativa in der stationären Altenhilfe als freiheitsentziehende Maßnahme bedacht und geprüft werden. Alternative Angebote für nichtmedikamentöse Therapieverfahren und milieutherapeutische Pflege, die offene Türen erlauben – aber auch personalintensiv sind – gibt es jedoch zu wenige.

Um die beschriebenen Lösungsmodelle in der Breite zu etablieren, sind sowohl umfassende gesundheitspolitische Anpassungen als auch ein konsequent personenzentrierter Ansatz notwendig, bei dem die Leistung den Bedarfen von Menschen mit psychischen Erkrankungen entspricht und nicht an Institutionen gebunden ist. Als ein erster Schritt auf diesem Weg muss ein fachlich und empirisch fundierter und vor allem transparenter, ergebnisoffener Diskurs um

die geschlossene Unterbringung geführt werden. Die Arbeit der Task-Force möchte ein Beitrag zu dieser Diskussion sein.

## DGPPN Kongress 2021

Symposium | Geschlossene „besondere Wohnformen“ in Deutschland

26.11.2021 | 15:30–17:00 Uhr

# Videobehandlung aufgewertet

**Was aus der Not entstand, ist seit dem Sommer eine Tugend, die vom Gesetzgeber anerkannt ist: Dem pandemiebedingten Aufschwung der Videobehandlung wird nun Rechnung getragen, indem u. a. der zulässige Anteil an digital erbrachter psychiatrisch-psychotherapeutischer Versorgungsleistung erhöht wird.**

Mit dem im Juni 2021 verabschiedeten *Digitale Versorgung und Pflege-Modernisierungs-Gesetz* (DVPMG) sind nun die Weichen für mehr medizinische und psychotherapeutische Leistungen via Video gestellt. Bis dato war der Anteil von Leistungen per Video auf 20 % im Quartal beschränkt und beispielsweise psychotherapeutische Akutbehandlung und Gruppenpsychotherapie ausgeschlossen. Während der Corona-Krise haben allerdings Sonderregelungen solche Beschränkungen zur Videobehandlung befristet aufgehoben. Die Pandemie wirkt somit als Hebel für die Akzeptanz von Videobehandlungen. Aktuelle Befragungen kommen zu dem Ergebnis, dass aufgrund der pandemiebedingten Regelungen fast alle Psychotherapeuten die Videobehandlung erstmals eingesetzt haben. Die überwiegende Mehrheit will die Videobehandlung auch in Zukunft anbieten. Mit dem Inkrafttreten des DVPMG wird die Obergrenze für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen via Videosprechstunde von 20 % auf 30 % im Quartal angehoben. Weiterhin gesetzlich verankert sind nun Gruppenpsychotherapie und psychotherapeutische Akutbehandlung per Video. Grundsätzlich wird jedoch nach der Pandemie wieder gelten, dass Eingangsdiagnostik, Aufklärung und Indikationsstellung einen unmittelbaren persönlichen Kontakt erfordern.

In Anbetracht der Evidenzlage ist die gesetzliche Lockerung zur Videobehandlung ein nachvollziehbarer Schritt. Eine gemeinsame Task-Force der DGPPN und DGPs hatte im Zuge des Gesetzgebungsverfahrens die wissenschaftlich fundierten Einsatzmöglichkeiten der Videobehandlung in Psychiatrie und Psychotherapie in einem *Policy Brief* zusammengefasst. Mehrere empirische Studien konnten nachweisen, dass das klinische Ergebnis von Psychotherapie im Videoformat vergleichbar ist mit dem Präsenzformat. Entgegen häufiger Meinung gibt es außerdem sichere Evidenz dafür, dass eine therapeutische Beziehung auch über den Weg der Videobehandlung hergestellt und erhalten werden kann, wenngleich sie gegebenenfalls weniger stabil ist. Auch bezüglich der psychologischen und psychiatrischen Diagnostik via Video gibt es erste empirische Hinweise darauf, dass es keine signifikanten Unterschiede im Ergebnis gibt.

Das Expertengremium schlussfolgerte daher, dass sich Psychotherapeuten und Patienten gemeinsam zu jedem Zeitpunkt und je nach Bedarf für eine Behandlung per Video entscheiden dürfen sollten, ohne dass finanzielle Nachteile für den Leistungserbringer entstehen. Damit ging die Empfehlung der Task-Force sogar über die aktuelle Gesetzesnovelle hinaus.

## DGPPN Kongress 2021

Symposium | Translational Gap: Wie kommen Online-Interventionen besser in die Behandlungspraxis?

24.11.2021 | 13:30–15:00 Uhr

# Tabakentwöhnung wird Kassenleistung

**Rauchen kann in eine starke Abhängigkeit führen, die zum Teil nur mit therapeutischer Hilfe überwunden werden kann. Dank politischer Initiativen kann eine Behandlung in schwerwiegenden Fällen nun von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.**

In Deutschland entfällt lediglich ein Prozent aller gesetzlich finanzierten Präventionsleistungen auf die Tabakentwöhnung. Dem gegenüber stehen 16 Millionen Raucher und rund 127.000 Tabaktote jährlich. Das im Tabak enthaltene Nikotin kann physisch und psychisch so stark abhängig machen, dass viele weiter rauchen, obwohl sie bereits unter Folgeerkrankungen wie Krebs, COPD, Herz-Kreislauf- oder chronischen Lungenerkrankungen leiden. Weshalb die Neufassung der DGPPN-S3-Leitlinie *Rauchen und Tabak-*

*abhängigkeit* für Raucher, die die Abstinenz aus eigener Kraft nicht erreichen, eine Suchtbehandlung im Rahmen der Regelversorgung empfiehlt. Die DGPPN unterstützt deshalb das breite Bündnis *Strategie für ein tabakfreies Deutschland 2040* und den Vorstoß der Bundesdrogenbeauftragten, Versicherten einen einmaligen Leistungsanspruch auf Versorgung mit Arzneimitteln im Rahmen von evidenzbasierten Tabakentwöhnungsprogrammen zuzugestehen. Am 11. Juni 2021 wurde dies mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung (GVWG) beschlossen.

## DGPPN Kongress 2021

State-of-the-Art-Symposium | Tabakabhängigkeit  
26.11.2021 | 13:30–15:00 Uhr

# Suizidbeihilfe im fachlichen Diskurs

**Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts steht die Neuregelung der Suizidbeihilfe in der neuen Legislaturperiode weiterhin auf der Agenda des Deutschen Bundestags – Anlass für die DGPPN, sich wiederholt in die Debatte einzubringen.**

Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen und sich dabei helfen zu lassen, wurde vom Bundesverfassungsgericht im Februar 2020 als grundrechtlich geschützter Ausdruck der persönlichen Autonomie bezeichnet. Voraussetzung: Die Entscheidung wurde selbstbestimmt, dauerhaft und mit innerer Festigkeit getroffen. Ein eindeutiges Urteil, könnte man meinen, wäre da nicht das Problem des freien Willens. Wann ist er wirklich frei und wer beurteilt das? Gutachten von Psychiatern könnten bald verpflichtend werden. Welche Rolle sollen Ärzte in Zukunft hinsichtlich der Suizidbeihilfe spielen? Der Deutsche Ärztetag hat im Mai 2021 zwar das Verbot der ärztlichen Suizidassistenz aus der

Musterberufsordnung gestrichen, aber auch betont, dass Suizidassistenz keine ärztliche Aufgabe sei. Dies entspricht auch der Position der DGPPN vom Herbst 2020.

Eine neue gesetzliche Regelung ist in der kommenden Legislaturperiode zu erwarten. Als eine der Grundlagen für eine Positionierung der DGPPN in diesem Prozess wurde im Sommer zu dieser ethisch hoch komplexen Debatte eine unabhängige Umfrage unter den Mitgliedern der Fachgesellschaft durchgeführt. Näheres zu den Ergebnissen der Umfrage wird auf dem diesjährigen Kongress diskutiert und in der kommenden Ausgabe der *Psyche im Fokus* vorgestellt.

## DGPPN Kongress 2021

Diskussionsforum | Assistierter Suizid  
24.11.2021 | 17:15–18:45 Uhr

# Mittendrin statt außen vor im Beruf

**Psychische Erkrankungen sind in Deutschland die zweithäufigste Ursache von Arbeitsunfähigkeit und im Gegensatz zu anderen Erkrankungen steigt der Anteil der AU-Tage seit Jahren stetig an. Mit 42 % ist zudem der Anteil psychischer Erkrankungen an der Erwerbsminderung höher als bei anderen chronischen Erkrankungen. Im Bereich der beruflichen Rehabilitation hat sich international zunehmend der Supported-Employment-Ansatz etabliert.**

Ein beträchtlicher Teil der schwer psychisch erkrankten Menschen arbeitet unter geschützten Bedingungen, z. B. in speziellen Werkstätten. Der Zu- bzw. Übergang in den ersten Arbeitsmarkt und somit die Möglichkeit einer gleichwertigen beruflichen Integration bleibt vielen verwehrt. Dies gilt vor allem für junge Menschen, die drohen, aus dem Schul- bzw. Ausbildungssystem herauszufallen bzw. gar nicht erst entsprechende Abschlüsse zu erreichen. Die Gründe für die beschriebenen Problemlagen sind vielfältig und teilweise in strukturellen Besonderheiten begründet: Das Versorgungssystem ist zwar hochdifferenziert, andererseits aber stark zergliedert und von vielen Schnittstellen gekennzeichnet. Phasen der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege sind hintereinander geschaltet. Dies lässt insbesondere barrierefreie Übergänge innerhalb eines fachlich eindeutig geforderten Versorgungskontinuums kaum zu.

Im Bereich der beruflichen Rehabilitation hat sich international der *Supported-Employment-Ansatz* (kurz: SE) etabliert. Hierbei werden Menschen mit Rehabilitationsbedarf auf dem ersten Arbeitsmarkt platziert und vor Ort durch einen Jobcoach unterstützt (*First-place-then-train-Prinzip*). Die manualisierte Version ist als *Individual Placement and Support* (IPS) bekannt und wird in Deutschland bislang nur wenig verwirklicht. Eine interdisziplinäre Task-Force der DGPPN unter der Leitung von Prof. Katarina Stengler und Prof. Steffi Riedel-Heller hat ein Positionspapier erarbeitet mit dem Ziel, Qualitätsparameter für SE zu definieren, Hürden und Hindernisse aufzuzeigen und handlungsrelevante Empfehlungen für eine Umsetzung im deutschen Versorgungskontext abzugeben. IPS gilt als die bestuntersuchte Form von *Supported Employment* und ist in der *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien* als eine Systemintervention konzeptualisiert. Ihr Potenzial liegt in der individuell beglei-

teten Inklusion, die auf Nachhaltigkeit der Teilhabe setzt. Die Unterstützung ist flexibel und sieht auch die Integration von Menschen mit geringer Leistungsfähigkeit oder mit bestehendem Arbeitsplatz vor. So wird ihre Prognose deutlich verbessert.

Das primäre Ziel ist das Finden und Erhalten einer Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt mit Mindestlohn bzw. das Finden und Sichern einer regulären Ausbildung. Niemand wird ausgeschlossen, der Interesse hat, eine Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt oder eine reguläre Ausbildung aufzunehmen. Der Support ist langfristig (nötigenfalls unbefristet) und umfasst die Beratung zu Sozialversicherungsleistungen und finanziellen Hilfen. Die internationale Evidenz belegt für das IPS eine Überlegenheit bezüglich arbeitsbezogener Zielgrößen. Es konnte gezeigt werden, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen unter der Bedingung von IPS mindestens doppelt so hohe Raten kompetitiver Beschäftigung erzielen wie diejenigen unter der Bedingung alternativer beruflicher Rehabilitationsansätze. Eine Sonderbehandlung ist also wider Erwarten nicht zwingend förderlicher.

Das IPS hat viele Stärken: Es ist inklusiv, individuell, nachhaltig, integrativ und evidenzbasiert. Nichtsdestotrotz sieht die Task-Force in einem Szenario, in dem Rehabilitation ausschließlich eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt anstrebt, die Gefahr einer Ressourcenverschiebung. Menschen mit schweren psychischen Störungen, die in einem geschützten Rahmen oder im Ehrenamt arbeiten wollen, könnten dann von Unterstützung ausgeschlossen sein. Das betraf auch Menschen, deren Gesundheit durch die Herausforderungen einer regulären Beschäftigung erneut gefährdet wäre. Es könnte zudem ein Arbeitsmarktsegment entstehen, das fern der Förderung psychisch erkrankter Menschen „ungeschützte Werkstattplätze“ schafft. Es stellt sich weniger die Frage, ob das IPS-Modell „1:1“ auf den deutschen Versorgungsalltag übertragbar ist, sondern vielmehr, was und in welcher Form implementierbar sein wird.

## DGPPN Kongress 2021

Symposium | Chancen des Jobcoachings  
24.11.2021 | 13:30–15:00 Uhr

Kongress 2021

2021

## Digitale Transformation und psychische Gesundheit

24. – 27.11.2021  
CityCube Berlin

**HYBRID**

## Präsenzkongress mit 2G-Konzept und Livestreaming

Das Abwarten hat sich gelohnt, denn es gibt gute Neuigkeiten: Ende November wird der CityCube wieder Treffpunkt für den interdisziplinären Austausch von Fachleuten und Nachwuchs sein.

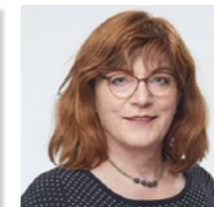
Das gesamte wissenschaftliche Programm findet live vor Ort unter einem 2G-Konzept statt; zusätzlich gibt es ein Livestreaming-Angebot für alle, die nicht nach Berlin reisen können. Wie im letzten Jahr ist ein Video-on-Demand-Angebot enthalten, das teilweise gesondert CME-zertifiziert wird – unabhängig davon, ob man sich für das Berlin-Paket oder nur das Online-Paket entscheidet.

2G-Konzept – was genau bedeutet das? Zur Sicherheit aller Beteiligten sind im Wesentlichen drei Kernpunkte zu beachten: Der Einlass in den CityCube ist

### Keynotes, die inspirieren



Thomas Metzinger



Annette Güldenring



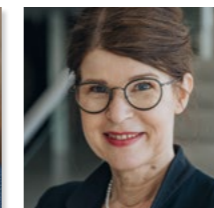
Chris Brewin



Thomas Penzel



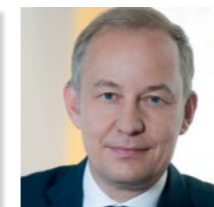
Otto Kernberg



Katrin Amunts



Silke Schickanz



Peter Zwanzger



Harald Baumeister

für Geimpfte und Genesene (2G) jeweils mit entsprechendem Nachweis vor Ort möglich; die DGPPN gibt eine Maskenempfehlung, d.h. wer sich mit Maske sicherer fühlt, kann seine eigene Maske mitbringen und tragen; es besteht aber keine Maskenpflicht. Zudem wird auf eine großzügige Platzverteilung in allen Vortragssälen geachtet: jeder 3. Stuhl bleibt frei.

### Geballtes Wissen auf höchstem Niveau

Das wissenschaftliche Programm ist auch in dieser besonderen Situation wie gewohnt sehr breit gefächert und behandelt alle relevanten Störungsbilder mit Praxisbezug. Insbesondere wirft der diesjährige Kongress Schlaglichter auf die digitale Transformation im Bereich der psychischen Gesundheit. In der Eröffnungsveranstaltung am Mittwochmorgen spricht Thomas Metzinger zu „Digitalisierung, mentale Autonomie und Bewusstseinskultur“. An allen vier Kongresstagen teilen hochkarätige Experten und spannende Persönlichkeiten wie Otto Kernberg, Silke Schickanz, Harald Baumeister, Katrin Amunts, Karl Lauterbach, Kirsten Kappert-Gonther, Claas Happach, Peter Falkai, Luc Ciompi und weitere ihre neuesten Erkenntnisse. In 16 Lectures, rund 180 Symposien, 38 State-of-the-Art-Symposien, 18 Diskussionsforen und weiteren Formaten stehen das gesamte Fach in seiner Breite und Tiefe sowie gesundheitspolitische, gesellschaftliche und kulturelle Themen im Mittelpunkt.

Für die Teilnehmer der Streaming-Variante gibt es die Möglichkeit, online Fragen an die Referenten zu übermitteln. Für alle Vor-Ort-Teilnehmer steht außerdem ein umfassendes Fort- und Weiterbildungsprogramm zur Verfügung, das über 80 Workshops umfasst. Diese können zusätzlich zur Registrierung über das Portal gebucht werden. Auch in diesem Jahr wird das Kongressprogramm von bemerkenswerten Ausstellungen und Filmen begleitet.

**Alle Informationen sowie das gesamte wissenschaftliche Programm sind auf [dgppnkongress.de](https://dgppnkongress.de) abrufbar.**

## HIGHLIGHTS AUS DEM PROGRAMM

### MITTWOCH, 24.11.2021

#### StäB – Sinnvoll und notwendig oder unattraktiv und verzichtbar? Sorgen, Hindernisse, Umsetzungsproblematiken

Diskussionsforum | Christian Kieser, Raoul Borbé, Martin Holzke, Gerhard Längle, Peter Brieger, Sebastian von Peter, Svenja Raschmann, Katarina Stengler

#### Prävention von Gewalthandlungen in der Schnittstelle von Allgemein- und Forensischer Psychiatrie

Symposium | Elmar Habermeyer, Peer Briken, Henning Saß, Catharina Schmidt, Romy Schröter, Joachim Nitschke

#### Gewalt und Missbrauch im Leistungssport

Symposium | Karsten Henkel, Malte Christian Claussen, Ute Habel, Marc Allroggen, Andres Ricardo Schneeberger, Frank Helmig

#### Konzepte zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Kliniken

Symposium | Tilman Steinert, Lieselotte Mahler, Felix Bühling-Schindowski, Sophie Hirsch, Celine Cole

#### Ein Plädoyer für negative Gefühle: Neid, Eifersucht, Wut und Bosheit

Symposium | Eva-Lotta Brakemeier, Ulrich Schweiger, Hans-Ludwig Kröber

#### Menschen mit intellektuellen Entwicklungsstörungen in der COVID-19-Pandemie

Symposium | Michael Seidel, Knut Hoffmann, Johannes Fellingner, Christian Figge

### DONNERSTAG, 25.11.2021

#### Der assistierte Suizid – die psychiatrische Perspektive im deutschsprachigen Raum

Präsidentensymposium | Thomas Pollmächer, Andreas Reif, Fulvia Rota, Christa Rados

#### Gibt es bei Antidepressiva eine Dosis-Wirkungs-Beziehung? Erkenntnisse aus vier neuen systematischen Metaanalysen

Symposium | Tom Bschor, Christopher Baethge, Cora Braun

#### Psychotherapie: Herausforderungen für die Zukunft

Symposium | Ulrich Voderholzer, Bernhard Strauß, Winfried Rief

#### Schimpfen, Beleidigen, Pöbeln: oft nicht Ausdruck des Tourette-Syndroms, sondern einer funktionellen Störung!

Symposium | Kirsten R. Müller-Vahl, Andreas Hartmann, Veit Rößner

#### Einsamkeit und Depression: ein unterschätztes Problem?

Symposium | Elisabeth Schramm, Malek Bajbouj, Manfred Spitzer, Frank Padberg, Moritz Elsaesser, Ruben Berger

#### Digitale Phänotypisierung

Diskussionsforum | Thomas Pollmächer, Matthias Rose, Ulrich Reininghaus, Freia De Bock, Orsolya Friedrich, Ulrich Ebner-Priemer



### FREITAG, 26.11.2021

#### Akademisierung der Pflege – wie weiter?

Diskussionsforum | Christian Kieser, Susanne Schoppmann, Christiane Frenkel, Holger Schmitte, Philip Niesing, Martin Driessen

#### Absetzen und Reduktion von psychiatrischen Medikamenten

Symposium | Stefan Gutwinski, Alkomiet Hasan, Lasse Brandt, Jonathan Henssler

#### Aducanumab: ein Amyloid-Antikörper für die Behandlung der Alzheimer-Krankheit

Symposium | Johannes Kornhuber, Frank Jessen, Oliver Peters, Jens Wiltfang, Lutz Frölich

#### Erste Ergebnisse aus dem BipoLife-Forschungsnetz zu bipolaren Störungen

Symposium | Andreas Reif, Michael Bauer, Andrea Pfennig, Pavol Mikolas, Martin Hautzinger

#### Update zu neuen AWMF-Behandlungsleitlinien

Symposium | Rainer Thomasius, Eva Hoch, Falk Kiefer, Anil Batra, Ursula Havemann-Reinecke, Hans-Jürgen Rumpf

#### Forensische Psychiatrie ohne Diagnosen: Verbrechen als soziale Krankheit?!

Symposium | Elmar Habermeyer, Jürgen L. Müller, Henning Radtke, Jakov Gather

#### Vom Wahn der Geschlechtsverwandlung bis zur Geschlechtsinkongruenz

Nachwuchslecture | Annette Güldenring

### SAMSTAG, 27.11.2021

#### Innovative Versorgungsforschung

Präsidentensymposium | Thomas Pollmächer, Steffi G. Riedel-Heller, Andrea Pfennig, Thomas Becker, Tilman Steinert

#### Psychedelika in der Psychiatrie – aktueller Stand

Symposium | Gerhard Gründer, Henrik Jungaberle, Katrin Preller, Lea Julia Mertens, Tomislav Majic, Stefan Borgwardt

#### Genderaspekte bei ADHS

Symposium | Alexandra Philipsen, Sarah Kittel-Schneider, Thomas Ethofer, Maria Strauß

#### Posttraumatische Belastungsstörungen/Traumafolgestörungen

Meet-the-Expert | Kathlen Priebe





# Klar sind wir Freunde!

Wie viele wohnungslose Menschen es in Deutschland gibt, ist schwer in Zahlen zu fassen. Fest steht, dass sich psychische Erkrankungen, Wohnungs- und Arbeitslosigkeit wechselseitig bedingen. An Menschen, die zum Teil verwahrlost in den Straßen leben, gehen wir alle täglich vorbei – nicht so Katja Hübner. In ihrem Buch berichtet sie von der besonderen Begegnung mit Marc. *Psyche im Fokus* hat einen Auszug\* zusammengestellt.



Anfang Mai 2017 begegnete ich einem einsamen jungen Mann auf einer Hundewiese mitten im Hamburger Schanzenviertel, rund dreihundert Meter von meinem Zuhause entfernt. Sein Name lautet Marc, und damals lebte er auf der Straße. Im Laufe der Zeit stellte ich fest, dass Marc sich nicht realitätsgerecht verhielt, offenbar an einer Psychose litt. Und irgendwann fühlte ich mich für diesen verlorenen Menschen verantwortlich. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte ich keine Ahnung vom Leben auf der Straße und wusste so gut wie gar nichts über psychische Erkrankungen. Ich arbeite als Grafikerin für die Musikbranche und wohne zusammen mit meinem Freund Frank und unserer Tochter Paulina.

Aus dieser ersten Begegnung im Schanzenviertel ist eine Geschichte entstanden, die meinen Blick auf vieles verändert hat. Im Positiven wie im Negativen. Die mir aber auch jegliche Berührungsängste gegenüber psychisch Erkrankten genommen hat. Im Herbst 2017 begann ich, all das aufzuschreiben. Weil ich spürte, dass nichts mehr alltäglich war, und Dinge passierten, die ich einerseits teilen, mir aber auch einfach von der Seele schreiben wollte. Marcs Familiengeschichte lasse ich im Folgenden bewusst außen vor, denn ich möchte mir nicht anmaßen, diese zu beurteilen oder zu interpretieren. Marc weiß, dass es dieses Buch geben soll, und ist damit einverstanden.

Kurz noch eine rauchen. Der Friseur winkt mir durchs Fenster zu, ich habe gleich einen Termin. In diesem Moment geht ein junger Typ mit Carhartt-Hose, Parka und Norwegermütze an mir vorbei. Er hat asiatische Gesichtszüge, bewegt sich auffallend langsam und wirkt irgendwie abwesend. Plötzlich bleibt er stehen, bückt sich und hebt eine Zigarettenkippe vom Boden auf. Ich bin kurz irritiert und betrete den Friseursalon. Ein sonniger Tag Anfang Mai. In den kommenden Wochen sehe ich diesen jungen Mann immer wieder. Jedes Mal hat er die Kapuze seiner Jacke über seine Wollmütze gezogen, selbst bei sommerlichen Temperaturen. Wie das Wetter ist, scheint ihm egal zu sein. Entweder liegt er auf der Wiese neben dem Friseur, oder er läuft die Schanzestraße auf und ab, den Blick stets auf den Boden gerichtet. Von Woche zu Woche wirkt er ungepflegter, die Fingernägel sind lang und bräunlich gelb verfärbt, bald nehme ich seinen Geruch schon aus einigen Metern Entfernung wahr.

In Hamburg sind Obdachlose ein alltäglicher Anblick. Viele campen in Parks, andere suchen Unterschlupf in Hauseingängen oder U-Bahn-Schächten. Es fällt schwer, nicht abzu-

stumpfen, man hat sich an den Anblick gewöhnt. Warum mir nun ausgerechnet dieser Typ nicht aus dem Kopf geht, weiß ich nicht. Als ich eines Tages auf dem Weg zur Arbeit bin, sehe ich ihn mal wieder bewegungslos – den Blick gen Himmel gerichtet – auf der Wiese liegen. Ich gehe zu ihm und frage: „Ist alles okay?“

Er setzt sich auf, schaut mich mit freundlichen Augen an und antwortet mit erstaunlich sanfter Stimme: „Alles super. Hast du eine Zigarette?“ „Ja klar“, sage ich und frage, ob ich kurz bleiben darf. „Klar.“

Wir rauchen zusammen, und ich spüre, dass er nicht weiter mit mir reden will. Also verabschiede ich mich und gehe. Von nun an halte ich jedes Mal bei ihm an. Ich erfahre, dass er Marc heißt, siebenundzwanzig Jahre alt und der Sohn eines Deutschen und einer Indonesierin ist. An guten Tagen, wenn seine Augen klar sind, fragt er mich, woher ich gerade komme, oder will wissen, wie es mir geht. An schlechten Tagen, wenn er unbewegt auf den Boden starrt, fragt er nur nach Zigaretten und sagt eintönig „Danke“. Ich versuche trotzdem, mehr über ihn in Erfahrung zu bringen. Manchmal lässt er sich auf ein Gespräch mit mir ein. Wann und ob das passiert, lässt sich im Voraus nie genau sagen. Also übe ich mich in Geduld. „Warum sitzt du hier so alleine?“, frage ich ihn, während wir nebeneinander auf seiner Bank sitzen. „Das ist nicht gut. Gibt es denn nicht irgendwo jemanden, der dich vermisst?“ „Doch, schon“, antwortet er. Und fügt nach einer kurzen Pause hinzu: „Aber das ist jetzt auch egal.“ „Nein, das ist nicht egal“, sage ich. Aber Marc geht nicht weiter darauf ein. „Okay, danke, ciao.“

Obwohl er mir so deutliche Zeichen gibt, mich immer wieder wegschickt, sobald ich zu viel frage, lasse ich nicht locker. Schon am nächsten Tag frage ich weiter: „Was ist denn nur los mit dir? Du wirkst, als hättest du auf der letzten Party zu viele Drogen genommen.“ Marc starrt unbewegt vor sich hin. „Das kann passieren“, sage ich. „Das kommt schon wieder in Ordnung. Du solltest dir im Krankenhaus helfen lassen.“ Keine Antwort. Stattdessen fragt er nach einer Pause: „Hast du noch eine Zigarette?“ Ich halte ihm meine Packung hin, er nimmt sich eine und sagt: „Okay, danke, ciao!“

Marc besitzt nichts. Gar nichts. Sein Essen holt er sich aus Mülltonnen, seine Kippen sammelt er vom Boden auf. Ab und zu legen ihm Anwohner eine Decke auf die Wiese. Diese Wiese und die Bank scheinen für Marc der einzige Ort zu sein, an dem er sich sicher fühlt. Das scheint ihm

Nachgefragt:

„Frau Hübner, in all der Zeit, in der Sie Marc geholfen haben, sind Sie doch auch sicher einmal an Ihre Grenzen geraten? Haben Sie jemals daran gedacht, aufzugeben?“

**„Die letzten kalten Winterwochen in Hamburg, bevor Marc endlich in die Klinik kam, waren für mich sehr schwer auszuhalten. Da ging es nicht nur ihm wirklich dreckig. Aber nein – Aufgeben war niemals eine Option für mich.“**



wichtiger zu sein, als sich vor Regen zu schützen. Eigentlich absurd, denn diese Hundewiese ist alles andere als beschaulich. Kaum fünfhundert Quadratmeter groß, bestückt mit drei, vier Bänken, direkt an einer stark befahrenen Straße gelegen. Vier große alte Bäume stehen hier, am hinteren Ende befindet sich eine Rhododendronhecke. Zweimal im Jahr kommen Angestellte der Stadt vorbei und mähen diesen großen Rasenfleck voller Hundekot.

Marc's Lage erscheint mir vollkommen unmenschlich. In den ruhigen Momenten des Tages denke ich an ihn. Wie kann ich zusehen, wenn ein offenbar einsamer junger Mensch kaum dreihundert Meter von meiner Wohnung entfernt völlig alleine auf einer Wiese sitzt? Wie kann ich achtlos Geld ausgeben für Taxifahrten oder das zehnte Paar Schuhe? Wie kann ich überflüssiges Essen wegwerfen, wenn er zeitgleich in der Mülltonne wühlt? Am nächsten Tag packe ich eine Tüte mit Essen und Getränken und suche Marc. Ich treffe ihn in der Schanzenstraße. Er freut sich offenbar, mich zu sehen, und fragt: „Hey, wie gehts?“ Dann will er mich tatsächlich umarmen. Dieses Links-/Rechts-Ding. Aber er riecht so schlimm. Ich reiße mich zusammen und lasse es zu. Er fragt: „Hast du eine Zigarette?“ Ich gebe ihm eine und frage zurück: „Sind wir Freunde?“ Marc sagt: „Klar sind wir Freunde.“ Ich drücke ihm meine

Tüte in die Hand. „Ich will nicht, dass meine Freunde Müll essen.“ Mit diesem Satz habe ich ihm etwas Würde schenken wollen, und gleichzeitig war er auch ernst gemeint. Natürlich wird das eine ungleiche Freundschaft, aber ich merke schon jetzt, dass ich diesen einsamen Menschen nicht einfach wieder seinem Schicksal überlassen kann.

Von nun an bringe ich Marc täglich Verpflegung. Morgens ein Getränk und belegte Brötchen, abends packe ich die Beutel dann schon fast übertrieben liebevoll zusammen. Immer ein Stück Obst und einen Schokoriegel, mal Kartoffelsalat und Würstchen, mal Nudeln mit Tomatensoße, jeden Tag etwas anderes, es soll abwechslungsreich sein. Manchmal erscheint es mir selbst sinnlos, aber die Hilfe, die eigentlich gefragt wäre, nämlich ein Dach über dem Kopf, ein Bett im Trockenen oder Unterstützung durch psychiatrisches Fachpersonal, scheint für Marc keine Option zu sein.

[...] „Sag mir einfach, wenn ich dich alleine lassen soll. Es ist schließlich deine Bank und deine Wiese.“ „Okay, danke, ciao.“ Ich gehe weiter. Am nächsten Morgen auf dem Weg zur Arbeit sehe ich Marc schon von Weitem mitten auf der Wiese sitzen. Er hat eine Tüte Tortilla-Chips in der einen und ein Glas Chili-Dip in der anderen Hand. Ich lege die Tüte mit Frühstücksbrötchen neben ihn ins Gras und setze

mich. „Hey, wie gehts?“, begrüßt er mich. Offenbar hat er gute Laune. „Mir gehts gut, dir auch?“, antworte ich. „Ja, alles super“, sagt er und hält mir die Chipstüte und den Dip entgegen. „Willst du auch?“ „Nein danke, ich habe gerade gefrühstückt“, antworte ich mit Blick auf seine langen, dreckigen Fingernägel. Für eine Zigarettenlänge bleibe ich noch bei ihm im Gras sitzen, dann verabschiede ich mich. „Ich muss zur Arbeit. Heute Abend komme ich wieder.“ „Okay, danke, ciao.“

Im Büro angekommen, bestimmen dann wieder recht gegensätzliche Themen meinen Tag. Als Grafikerin für die Musikbranche kümmere ich mich seit über zehn Jahren um alle Artworks für Udo Lindenberg. Diese Zusammenarbeit ist besonders und unterscheidet sich von der mit anderen Künstlern, weil Udo ein so außergewöhnlicher Mensch ist. Er hat kein Management und regelt alles selbst. Er beantwortet jede SMS, bevorzugt nachts. Und wenn nach der hundertsten Änderung des Cover-Artworks immer noch nicht alles passt, tauscht er seinen Hut gegen eine Baseballkappe, macht sich auf den Weg und klingelt sonntagnachmittags an meiner Wohnungstür. Trotz seiner pedantischen, detailverliebten Art ist er dabei stets charmant und verschickt mit Vorliebe Zylinder-, Küsschen- und Raketen-Emoticons. Und genau wie Marc sagt er immer höflich Danke. In diesem Sommer 2017 geht er auf bundesweite Stadiontour. Gemeinsam mit dem Team seiner Plattenfirma werde ich ihn bei vielen seiner Shows begleiten.

[...] „Marc“, sage ich beim nächsten Wiedersehen, „ich bin Dienstag und Mittwoch in München, da kann ich dir nichts bringen.“ „Ah, wirklich, München?“ Ich gebe ihm zwölf Euro und ein Päckchen Zigaretten. „Damit musst du für zwei Tage klarkommen, okay?“ „Ja, okay. Danke, ciao.“

Am Morgen des 17. Mai geht mein Flug nach München. Udo feiert seinen siebzigsten Geburtstag und spielt zwei Stadionkonzerte. [...] Udo tänzelt zweieinhalb Stunden über die Bühne, rennt, springt und fliegt als Astronaut über sein Publikum hinweg. Außerirdische übernehmen die Bühne, Gaststars treten auf – Udo liebt die ganz große Show, und sie gelingt ihm immer wieder. Die anschließende Geburtstagsparty findet – eigentlich nicht Udo-like, aber wir sind ja in München – gemeinsam mit Sponsoren im Hotel „Vier Jahreszeiten“ statt.

[...] Zurück in Hamburg, es regnet schon seit Tagen. Und das mitten im Sommer. Marc's Wiese steht komplett unter

Wasser, sein nasser Schlafsack liegt im Matsch. Ich suche ihn und finde ihn wie so häufig auf der Schanzenstraße. Er ist völlig durchnässt. „Will rauchen“, sagt er. Wenn es regnet, sind die Kippen auf der Straße alle nass. Zum ersten Mal sehe ich Verzweiflung in seinem Blick. Seine Schuhe sind vollkommen kaputt, beide Sohlen haben sich abgelöst, bei jedem Schritt klappen sie auf und verursachen ein schmatzendes Geräusch auf der nassen Straße. Er tut mir in diesem Moment unfassbar leid. Ich stehe vor ihm und versuche, ihn dazu zu überreden, sich irgendwo unterzustellen. „Nein. Danke, ciao“, sagt er nur und läuft in Richtung Wiese. So geht das nicht, denke ich und laufe ihm hinterher. Als wir beide bei seiner Bank angekommen sind, versuche ich es noch mal: „Wollen wir gemeinsam zu einem Waschsalon gehen und deine Sachen waschen und trocknen?“ Marc denkt kurz nach. „Ja, okay, das mache ich“, antwortet er. Nie hätte ich gedacht, dass er sich darauf einlässt. Wir gehen also nebeneinander durch den strömenden Regen, begleitet von irritierten Blicken der Passanten.

Auch im Waschsalon werden wir angeekelt gemustert. Ich kann die Leute verstehen. Wer möchte schon seine Bettwäsche in einer Waschmaschine waschen, in der vorher stinkende Klamotten eines Obdachlosen gereinigt wurden? Marc setzt sich auf einen Plastikhocker, das Schmutzwasser tropft von seinen Klamotten auf den Boden. Hektisch ziehe ich Waschpulver am Automaten. „Gib mir deine Jacke“, sage ich zu Marc. „Ich kann sie nicht ausziehen“, sagt er und starrt zu Boden. „Kannst du mir eine Zigarette geben? Ich will jetzt erst mal eine rauchen.“ So stehen wir wieder auf der Straße im Regen, inzwischen sind wir beide nass.

\*gekürzter Auszug aus *Okay, Danke, Ciao. Eine Geschichte über Freundschaft und Obdachlosigkeit*. Seite 7–17. Heyne-Verlag, 2020



#### Autorin

**Katja Hübner** führt die Agentur „Kommune Art“ in Hamburg. Dort betreut sie als Grafikerin zahlreiche Kunden aus der Musikbranche. Hübner lebt mit ihrer Tochter und ihrem Partner im Hamburger Schanzenviertel, unweit der Grünanlage, in der sie Marc erstmals begegnet ist.



# Mehr Gehör für Gehörlose

Dass Menschen mit Hörschädigungen überall auf Barrieren stoßen, ist naheliegend. Im Alltag resultieren daraus zahllose Herausforderungen bei der Kommunikation und der Teilhabe. Doch was bedeutet der Umstand, nicht hören zu können, für die psychische Gesundheit und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung?

Eine Hörschädigung führt oft zu einem reduzierten oder ausbleibenden Sprachverständnis und beeinträchtigt somit die Sprachentwicklung und Kommunikationsfähigkeit der Betroffenen gravierend. Dies bezieht sich – je nach Schwere der Hörstörung – auf die Artikulation, den Wortschatz, das Sprachverständnis und die Grammatik. Folgen sind unter anderem Missverständnisse und soziale Isolation. Studien zeigen, dass Hörbeeinträchtigungen die Lebensqualität mindern können, womit wiederum die Entwicklung psychischer Erkrankungen, u. a. auch Demenz, begünstigt werden kann [1, 2, 3]. Die subjektive Wahrnehmung von Personen mit einer Hörminderung bezüglich der seelischen und körperlichen Gesundheit ist deutlich schlechter im Vergleich zu Personen ohne Hörminderung. Dies ergab eine Untersuchung zum Einfluss einer Hörbehinderung auf das Wohlbefinden und die Gesundheit [4].

Auch die Stigmatisierung, die die Betroffenen erfahren, sowie die erlebte Ausgrenzung haben einen enormen Einfluss auf das subjektiv wahrgenommene psychische Wohlbefinden [5]. Die deutlich schwierigere Kommunikation und das Tragen von Hörhilfen verunsichern die Betroffenen und können sich belastend auf die Identität und das Selbstbild auswirken. Der empfundene Kontrollverlust im Alltag kann Gefühle von Isolation und Einsamkeit sowie aktives Rückzugsverhalten zur Folge haben. Insbesondere die fehlende Kontrolle über das eigene Hörvermögen führt zu negativen Gefühlen und belastet die Betroffenen sehr [6]. Hörstörungen können auch spezifische psychische Erkrankungen auslösen. So ergab die Auswertung einer Literaturübersicht [7], dass erworbene Hörminderungen mit Depressionen, Angststörungen (insbesondere der generalisierten Angststörung) und psychotischen Erkrankungen zusammenhängen können. Weitere im klinischen Alltag häufig anzutreffende Erkrankungen im Zusammenhang mit Hörstörungen sind Suchterkrankungen, posttraumatische Belastungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen. Dabei können selbst Situationen, die von Hörenden als nicht be-

lastend erlebt werden und nicht den Kriterien für ein Trauma entsprechen, für Menschen mit einer Hörminderung traumatisierend wirken. Da die adäquate Verarbeitung einer Situation durch reduzierte Kommunikationsfähigkeit behindert wird, entwickelt sich eine abweichende und belastende Interpretation der Situation. So ist schon bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 11 bis 16 Jahren eine erhöhte Anzahl psychischer Erkrankungen zu beobachten (42,4–60,9 %) [8].

#### Psychische Auswirkungen von Hörhilfen

Auch das Tragen einer Hörhilfe kann Folgen für die psychische Gesundheit haben. So hat eine Studie zur Lebensqualität und Trageakzeptanz von Hörhilfen bei Kindern (im Alter von 1 bis 15 Jahren) gezeigt, dass jüngere Kinder, die sich größtenteils bei ihrer Familie aufhalten, im Gegensatz zu bereits eingeschulten Kindern die Hörhilfe deutlich länger tragen. Diese nutzten ihr Hörgerät entweder überhaupt nicht (25 %) oder lediglich zwischen ein und vier Stunden

#### Wissenswertes [9]

- Als hörbeeinträchtigt gilt eine Person, die mindestens eine der Frequenzen bis 4 Kilohertz (kHz) bei 40 Dezibel (dB) nicht hört.
- Etwa 20 % der deutschen Bevölkerung über 14 Jahre sind hörbeeinträchtigt.
- Mit steigendem Alter nimmt die Anzahl der Hörgeschädigten zu: Bei den über 70-Jährigen sind 54% betroffen, von den über 80-Jährigen sogar 75%.
- Schätzungsweise 9% der Schwerhörigen haben ein Hörgerät. Nur 4,5% davon tragen es auch.

pro Tag (25 %). Ursache hierfür könnte neben einer Gewöhnung an das verminderte Hören und das ungewohnte plötzliche Hören auch die Angst vor Ausgrenzung durch das Hörgerät sein [10]. Die kausalen Einflüsse und Zusammenhänge zwischen der Hörminderung und psychischen Erkrankungen bedürfen jedoch weiterer intensiver Forschung.

Umgekehrt können Hörhilfen möglicherweise auch die psychische Gesundheit stärken. So ergab eine Studie zur phonologischen Entwicklung bei gehörlosen Kindern, dass eine möglichst frühe Versorgung mit einem Cochlea-Implantat (im ersten Lebensjahr) die Sprachentwicklung unterstützt [11]. Auch das frühe Erlernen von Gebärdensprache ist ein wichtiger Teil der Behandlung. Da es in den meisten Fällen nicht zu einer vollständigen Wiederherstellung der Hörfähigkeit kommt, verbessern Betroffene ihre Kommunikationsfähigkeiten durch Lippenlesen, lautbegleitende Gebärdensprache oder Deutsche Gebärdensprache. Eine weitere Hilfe stellt die erhöhte Sensibilität für Informationen aus Mimik, Gestik und Haltung dar, welche es erleichtert, mehr über das Gegenüber zu erfahren. Eine Hörtherapie bzw. ein auditorisches Training kann zusätzlich zur Versorgung mit Hörgeräten erfolgen. Vor allem bei Kindern mit angeborener Hörstörung ist dies wichtig, um Entwicklungsstörungen zu vermeiden.

**Individuelle Diagnostik, Therapie und Ansprache gefragt**

Eine korrekte Einschätzung des Einflusses der Hörbehinderung auf die mentale und seelische Verfassung ist sehr wichtig, wobei der Behandler sowohl Beginn und Grad der Hörbehinderung als auch die Zuhilfenahme von Hörgeräten berücksichtigen sollte. Die bevorzugte Kommunikationsform und die vorhandene Identitätsentwicklung sind hierbei zu beachten. Eine Anpassung und Erweiterung der Diagnostik an die Bedürfnisse von Menschen mit Hörbehinderung ist dringend erforderlich, um dem hohen Bedarf an psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung zu begegnen. So ist nicht nur der Zugang zum Gesundheitssystem für Betroffene erschwert, es gibt bislang auch zu wenige Anlaufstellen, die auf die besonderen Bedürfnisse dieser Patientengruppe eingehen können. In erster Linie ist es wichtig, sich auf die eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeiten des Patienten einzustellen. Im besten Fall sollte ein spezielles Therapieangebot entwickelt werden, welches den Umgang und somit die Behandlung erleichtert. Im Kontakt mit Hörgeschädigten sind zudem einige Dinge zu beachten, die es für beide Seiten erleich-

tern. Wichtig ist, Sätze klar und deutlich zu formulieren, das Sprechtempo leicht zu verlangsamen und Umgebungsgeräusche zu vermeiden. Zudem sollten die Sätze nicht zu lang sein und in normaler Lautstärke gesprochen werden. Das Betätigen des Lichtschalters beim Betreten eines Raumes, wenn der Betroffene mit dem Rücken zum Eingang sitzt, verhindert Schreckreaktionen. Eine weitere Möglichkeit ist das Antippen der Schulter, wobei der Kontakt von der Seite und nicht von hinten erfolgen sollte. Auch hier gilt: zugewandt sprechen, Fremd- oder Fachwörter vermeiden und gegebenenfalls Stift und Zettel bereithalten. Außerdem sollte Blickkontakt gehalten werden und der Mund nicht verdeckt sein. Insofern stellt die Pandemie ein massives Erschweris für Hörbeeinträchtigte dar, das ihre Teilhabe weiter eingeschränkt hat.

**Literatur**










- 1 Livingston G et al. (2017) Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet* 390(10113):2673–2734
- 2 Loughrey D et al. (2018) Association of age-related hearing loss with cognitive function, cognitive impairment, and dementia: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Otolaryngology Head Neck Surg*; 144(2):115–126
- 3 Tretbar K et al. (2018) Lebensqualität und Depression bei Hörminderung. Eine deutsche Bedarfsanalyse. *HNO* 1/2019
- 4 Van Oyen H, Tafforeu J, Demarest S (2001) The impact of hearing disability on well-being and health. *Soz Präventivmed* 46(5):335–343
- 5 Mousley V, Chaudoir S (2018) Deaf Stigma: Links between stigma and wellbeing among deaf emerging adults. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education* 23(4):341–350.
- 6 Heffernan E et al. (2016) Understanding the psychosocial experiences of adults with mild-moderate hearing loss: An application of Leventhal's self-regulatory model. *Int J Audiol* 55(3):3–12
- 7 Blazer DG, Tucci DL (2019) Hearing loss and psychiatric disorders: a review. *Psychological Medicine* 49:891–897
- 8 Hindley P et al. (1994) Psychiatric Disorder in Deaf and Hearing impaired children and young people: a prevalence study. *J Child Psychol Psychiat* 35(5):917–934
- 9 Deutscher Schwerhörigenbund e. V. (2020) <https://www.schwerhoerigen-netz.de/statistiken/>
- 10 Friedhoff J (2012) Akzeptanz und Effektivitätsuntersuchung der Hörgeräteversorgung einseitiger Schwerhörigkeiten bei Kindern (Trageakzeptanz & Lebensqualität), Dissertation aus der Abteilung für Hör-, Stimm- und Sprachheilkunde (Phoniatrie und Pädaudiologie) des Kopf- und Hautzentrum des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf
- 11 Kral K et al. (2014) Phonologische Entwicklung bei Kindern mit Cochlea-implantat(en). *HNO* 62(5):367–373

**DGPPN Kongress 2021**

Symposium | Hörbehinderung und psychische Erkrankungen über die Lebensspanne  
24.11.2021 | 15:30–17:00 Uhr

# Hör mal, wer da schaut

Sie sind schon längst die eigentlichen Protagonisten in Filmen, Serien und Podcasts: Depressionen, Manie, Angst- und Persönlichkeitsstörungen. *Psyche im Fokus* hat ein paar Medien-Tipps zusammengestellt.

<b>Sörensen hat Angst</b>		Da er unter einer massiven Angststörung leidet, will Kommissar Sörensen – gespielt von Bjarne Mädel – von Hamburg in die nordfriesische Einöde nach Katenbüll versetzt werden. Kaum angekommen, erwartet ihn auch schon der erste Mordfall.	→ Film   Netflix → Hörspiel   ARD-Audiothek
<b>Verrückt</b>		Nur traurig oder schon depressiv? Genervt oder hypersensibel? Wie viel Alkohol ist eigentlich zu viel? Und wer bestimmt, was normal ist? Der Psychiater Jakob Hein weiß es auch nicht, aber er sucht nach Antworten.	→ Podcast   alle Plattformen
<b>The Father</b>		Regisseur Florian Zeller schildert eindrücklich die Demenzkrankheit aus Betroffenenperspektive. In der Hauptrolle brilliert Anthony Hopkins. Seine Tochter Anne, gespielt von Olivia Colman, zieht zu ihm, um sich um ihn zu kümmern. Eine Zerreißprobe.	→ Film   Kino
<b>Danke, gut.</b>		In ihrem Podcast trifft Miriam Davoudvandí, die sich seit Jahren mit ihren Depressionen herumschlägt, Menschen aus der Popkultur und spricht mit ihnen über alles, was mit Mental Health und Psyche zu tun hat.	→ Podcast   alle Plattformen
<b>The Mopes</b>		Der Musiker Mat kann seine Depression plötzlich sehen und mit ihr sprechen. Nora Tschirner, die selbst unter der Erkrankung litt, spielt die personifizierte Depression. Genauer: eine mittelschwere Depression, deren Auftrag darin besteht, Mat dazu zu bringen, sich Hilfe zu suchen.	→ Serie   Amazon Prime
<b>Psychiatrie im Alltag</b>		Psychiatrische Krisen sind alltäglich ... Andreas Pfeiffer, Ergotherapeut, und Werner Höhl, Psychotherapeut, informieren mit wechselnden Experten über die Auswirkungen von psychischen Erkrankungen auf den Alltag und die vielfältigen Herausforderungen in der Versorgung.	→ Podcast   alle Plattformen
<b>Das Versprechen</b>		Fabian lebt als alleinerziehender Vater mit seinem Sohn Bendix zusammen und hat starke Depressionen. Bendix versteht nicht, was mit seinem Vater los ist. Der Junge lernt Jule kennen, die eine psychische Erkrankung hat, und vertraut sich ihr an.	→ Film   ZDF-Mediathek
<b>Systemsprenger</b>		Laut, wild und unberechenbar – die neunjährige Benni, gespielt von Nachwuchstalent Helena Zingel, gilt als schwer erziehbar. Sie wird von einer Pflegeeinrichtung zur nächsten gereicht. Die Neunjährige ist, was man im Jugendamt einen „Systemsprenger“ nennt.	→ Film   Amazon Prime/Netflix
<b>Jung und Freudlos</b>		Der Podcast aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsklinik Freiburg wird vom Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg unterstützt. Die AiWler Sebastian und Ismene beantworten Fragen des Medizinstudenten Moritz zu psychiatriebezogenen Themen. Zusätzlich sind immer wieder Experten zu Gast.	→ Podcast   alle Plattformen

Unter vier Augen

# Immer ein Balanceakt

Die Psychiatrie gehört seit jeher zu den medizinischen Fachdisziplinen, die am intensivsten mit ethischen Fragestellungen befasst sind. Die aktuelle pandemische Lage hat den Diskurs über diejenigen medizinethischen Werte, die in unserer Gesellschaft gelten sollen, neu entfacht. Zeit also für ein Gespräch zwischen dem DGPPN-Präsidenten Thomas Pollmächer und der führenden Medizinethikerin Alena Buyx.



**Pollmächer:** Frau Buyx, eine Frage an Sie als Wissenschaftlerin: Gerade die aktuelle pandemische Situation macht klar, wie wichtig die Rolle von Gerechtigkeit und Solidarität im Gesundheitswesen unter moralischen Gesichtspunkten ist. Gleichzeitig führen diese beiden Aspekte der Medizinethik eher ein Schattendasein. Warum ist das eigentlich so? Und wie könnte man das ändern?

**Buyx:** Das ist eine sehr gute Frage. Ich habe mich wissenschaftlich intensiv mit Solidarität und Gerechtigkeit in der Medizin auseinandergesetzt und musste anfangs, also vor ca. 20 Jahren, noch feststellen, dass insbesondere die Solidarität in der internationalen Fachdebatte unterbelichtet war. Dafür gab es aus meiner Sicht zwei wesentliche Gründe. Der eine ist, dass die moderne Medizinethik ursprünglich entstanden ist, um individualethische Aspekte auszuloten, auch vor dem Hintergrund der unmenschlichen Vorgänge in der Zeit des Nationalsozialismus. Es ging vor allem darum, die Autonomie, die Selbstbestimmung von Patienten

oder das ärztliche Nichtschadensprinzip und die Fürsorge für den einzelnen Patienten zu stärken. Das war eine wichtige Entwicklung, durch die diesen Begriffen eine prägende Rolle zukam.

Zweitens gab es parallel die Entwicklung, dass auch im Rechtssystem die Rechte und das Wohl des Individuums immer stärker aufgewertet wurden. Auch das ist zweifelsohne eine gute Entwicklung. Aktuell sind es nun aber kollektive Ansprüche an das Individuum, die uns in Medizin und Gesellschaft umtreiben. Und da haben sowohl die medizinethische Fachdebatte als auch die Rechtsprechung noch Luft nach oben, um ebendiese in eine ausgewogene Balance mit individualrechtlichen Ansprüchen zu bringen.

**Pollmächer:** Ich würde sogar sagen, dass die Rechtsprechung diesbezüglich deutlichen Nachholbedarf hat. Viele der grundlegenden Gerichtsentscheidungen, die in den letzten Jahren gefällt worden sind, betreffen unser Fach.

Beginnend mit den Positionierungen des Verfassungsgerichts 2011, die jede Zwangsbehandlung verbieten – zumindest dann, wenn der Patient zustimmungsfähig ist. Die jüngste Entscheidung zu dem Thema ist erst ein paar Wochen alt. Da ging es um eine Patientenverfügung, in der ein psychisch erkrankter Mensch festgelegt hat, dass er nicht mit Neuroleptika behandelt werden möchte. Und bayeri-



sche Gerichte haben sich über diese Patientenverfügung hinweggesetzt, was das Bundesverfassungsgericht zurecht gerügt hat. Man muss aber auch sehen, in welchem Kontext das passiert. Hier war es ein Patient, der schwer psychisch krank, krankheitsbedingt sehr gefährlich und auch straffällig geworden war. Er wurde dann in eine forensische Klinik eingewiesen und muss dort damit rechnen, ohne Behandlung den Rest seines Lebens zu verbleiben.

Da tut sich aus meiner Sicht ein ganz großes Spannungsfeld auf. Einerseits bürdet man einem kranken Menschen aufgrund einer Jahre zuvor, möglicherweise nicht gut informiert getroffenen Entscheidung auf, dauerhaft seiner Frei-

heit beraubt zu werden. Und andererseits erwartet man von den Menschen, die mit ihm dort leben und arbeiten, mit seinem Zustand zurechtzukommen.

**Buyx:** Ja, das ist ein ganz klassischer, tiefer ethischer Konfliktfall. Diese Grenzen auszuloten, ist nicht nur ein psychiatrisches, sondern zugleich auch ein philosophisches Problem. Also: Was ist die innere Freiheit des Menschen? Dazu gehören auch Haltungen oder Entscheidungen, die von außen betrachtet ungewöhnlich und vielleicht auch stark selbstschädigend sind, aber wie weit geht das? Was sind innere und äußere Faktoren, die die Freiheit einschränken können? Wann ist die Freiheit so stark eingeschränkt, dass man erst einmal wieder ermöglichen muss, dass der Mensch überhaupt wieder für sich selbst entscheiden kann? Und natürlich auch: Was sind die Effekte auf die Umgebung? Da sind Sie in Ihrem Fach täglich an der Front. Dabei höre ich sehr häufig den Wunsch, stärker in den Blick zu nehmen, dass das Individuum, auf das geschaut wird, immer in einem Umfeld lebt, das eben auch aus anderen Menschen besteht, die natürlich wiederum Individualrechte anmelden. Hier eine Balance zu finden, die nicht einfach das Individuum dem Kollektiv unterordnet und zugleich aber anerkennt, dass es Grenzen geben muss, um die jeweilige Umgebung nicht über Gebühr zu belasten – das ist wirklich schwierig.

„Die Balance zwischen den Interessen des Individuums und der Gemeinschaft auszuloten, bleibt herausfordernd.“

*Alena Buyx*

Aber ich finde es auch richtig, dass man sagt: Die Herausforderungen ändern sich, gesellschaftliche Gegebenheiten ändern sich, Wissen und Möglichkeiten ändern sich. Die Ressourcen, die zur Verfügung stehen, ändern sich und man darf um diese Balance weiter ringen. Sie ist nicht in Stein gemeißelt, sondern muss immer wieder untersucht, hinterfragt und angepasst werden, wenn sich wesentliche Dinge ändern. Das ist herausfordernd, aber ich finde das wichtig.

Da ist die Psychiatrie oft der paradigmatische Fall. Auch wenn es um die Schweigepflicht geht, also zum Beispiel beim Absturz der Germanwings-Maschine 2015. Es sind durchaus solche Fälle, anhand derer rechtliche Regelungen getroffen werden und sich natürlich auch die ethischen Diskussionen entzünden.

**Pollmächer:** Da würde ich gern direkt einhaken und auf die Stellungnahme des Ethikrats zum sogenannten „Wohltätigen Zwang“ zu sprechen kommen. Dieser Begriff war und ist sehr umstritten. Und wir haben uns damals nicht sehr darüber gefreut, dass die Psychiatrie als einziges Beispiel aus der Medizin herangezogen wurde, obwohl Zwang kein fachspezifisches Problem ist, sondern die meisten Menschen, die nicht willensbildungsfähig sind, in der somatischen Medizin zu finden sind. Deswegen würden wir uns auch langfristig wünschen, dass wir es ähnlich handhaben wie die Schweizer, die ja eine generelle Richtlinie zum Umgang mit Zwang in der Medizin haben.

„Zwang ist kein fachspezifisches medizinisches Problem.“

*Thomas Pollmächer*

**Buyx:** In der Tat hat sich der Ethikrat intensiv mit der Frage beschäftigt: Wie kann er aussehen, der „Wohltätige Zwang“, also der Zwang zum Wohle des anderen? Stichwort „harter und weicher Paternalismus“. Wir haben das tatsächlich nicht als fachspezifisches Problem verstanden und exemplarisch nicht nur über die Psychiatrie, sondern auch über die Kinder- und Jugendhilfe und die Altenpflege geschrieben, also einige der besonders herausfordernden Bereiche. Weil die Fälle kompliziert sind, kommt den Einrichtungen und den einzelnen Akteuren viel Verantwortung zu. Jedenfalls lässt sich nicht jeder Einzelfall rechtlich durchregulieren.

**Pollmächer:** Wobei die kürzlich beschlossene Änderung des Betreuungsrechts, die erst 2023 in Kraft tritt, meines Erachtens schon paradigmatisch ist, indem man Notwendigkeit und Zweck der Betreuung nur noch am Willen des Betroffenen orientiert. In den Paragraphen, die ursprünglich die Konnotation hatten, dass der Betreuer zum Wohl des Betreuten zu handeln hat, wurde das Wohl gestrichen mit der überraschenden Idee, der Wille des Patienten und sein Wohl seien identisch. Aber ist das so? Lässt sich gute Medizin darauf reduzieren, zu tun, was die Patienten wünschen?

Ich verwende da gerne das Beispiel des Autokäufers. Der richtet sich tatsächlich nur danach, was der Kunde will. Er verkauft jedem, auch einem 18-Jährigen, der gerade seinen Führerschein gemacht hat, einen Maserati mit 360 PS, obwohl er weiß, dass er den wahrscheinlich schwer beherr-



schen wird. Und dabei gibt es kein ethisches Problem – zumindest kein öffentlich diskutiertes. Muss der Arzt aber nicht auch in einer von den Wünschen des Patienten unabhängigen Dimension denken? Muss er nicht doch eine vom Willen des Patienten unabhängige Dimension des Wohls im Auge behalten?

**Buyx:** Tatsächlich berühren sich Wohl und Wille ganz intensiv, ich würde sogar sagen, die zwei Dimensionen hängen jedenfalls in der Praxis notwendig zusammen. Wir haben nicht nur das ethische Prinzip, die Selbstbestimmung des Patienten zu respektieren, wir haben auch das Prinzip der ärztlichen Fürsorge und diese beiden gehören zusammen. Da kommt dann auch die Rechtslage ins Spiel, denn wir haben als Gesellschaft schon vielfach entschieden, dass es letztlich der Wille ist, der stärker definiert, was die Gesamtheit von Wohl und Wille für den Einzelnen ausmacht. Die neuere und spannende Diskussion geht nun darum, ob gesellschaftliche Faktoren wie Lastenverteilung und Interessensausgleich als Elemente von Wohl wahrgenommen werden können. Der Arzt ist nur einer von vielen Akteuren darin und das macht es sehr viel komplizierter.

**Pollmächer:** Was meinen Sie, schafft es die Corona-Krise, uns für diese Aspekte von Gerechtigkeit und Solidarität zu sensibilisieren, so dass der ethische Diskurs auch langfristig davon profitiert?

„Der Umgang mit der Impfpriorisierung war eine tiefgehende, solidarische Leistung.“

Alena Buyx

**Buyx:** Ganz klar ja, was die Sensibilisierung anbelangt. Ich glaube, dass im öffentlichen Diskurs nie so prominent diskutiert wurde, dass es ein Allgemeinwohl gibt, das sich mit dem individuellen Willen durchaus beißen kann. Ein Positivbeispiel ist die Impfpriorisierung. Bestimmte vulnerable Gruppen und auch das Personal im Gesundheitswesen und andere Risikogruppen wurden klar bevorzugt. Oberflächlich betrachtet hätte man sagen können, das war den anderen gegenüber ungerecht. Es wurde aber deswegen akzeptiert, weil es sehr gute ethische Gründe dafür gab. Das war eine echte, tiefgehende solidarische Leistung – die Zustimmung in der Bevölkerung lag bei weit über 90%. Und das zeigt, dass es auch Situationen geben kann, in denen viele ihre eigenen individuellen Ansprüche zurückstellen, um letztlich für alle etwas Gutes zu tun.

**Pollmächer:** Wobei es offenbar leichter war, zuzugestehen, dass andere etwas bekommen, als zu akzeptieren, dass man selbst aktiv benachteiligt ist, so wie es jetzt denen droht, die sich nicht impfen lassen?

**Buyx:** Das ist tatsächlich nochmals eine andere Situation, denn da geht es nicht um die Verteilung knapper Mittel, sondern um die Frage der Eigenverantwortung. Als Gesellschaft und auch in der Medizin akzeptieren wir sehr viel Unvernunft. Genauer gesagt ist zum Teil akzeptiert, dass auf Schutz verzichtet wird oder aktiv selbstschädigendes Verhalten umgesetzt wird. Das ist einerseits etwas, was zur Gesellschaft dazugehört. Andererseits stellt sich die Frage, ab wann das sanktioniert werden darf, und das wird nun gerade sehr kontrovers diskutiert, was nicht überrascht.

Es zeigte sich zudem auch, was man aus der Literatur weiß, nämlich dass Solidarität eine gewisse Reziprozität erfordert, um sie zu stabilisieren. Die jüngere Generation zum Beispiel stand länger hinten, war aber zunehmend stark

belastet. Da muss dann der Blick auf diese Gruppe gerichtet werden. Es sollte in so einer Krisensituation möglichst immer wieder geschaut werden, welche Gruppen besonders belastet sind und wie man diese Belastung möglichst gut verteilt – so gut es geht, denn richtig gut, also für niemanden schmerzhaft, wird in einer schweren Krise kaum gelingen. Das Ganze ist hochdynamisch und dieses ständige Justieren ist für eine Gesellschaft sehr anstrengend.

**Pollmächer:** Ein wichtiges Thema für unser Fach ist, dass es in solchen schwierigen Situationen – auch außerhalb einer Pandemie – Menschen gibt, die sich keine Hilfe suchen. Oftmals sind es diejenigen, die aufgrund ihrer geistigen Verfasstheit oder ihrer sozialen Situation dazu nicht in der Lage sind. Und das ist oft ein Grund dafür, dass die, die am schwersten krank sind, die wenigste Hilfe bekommen – im Sinne des berühmten *inverse care law*. Wie könnte man bei diesem Problem weiterkommen?

**Buyx:** Das ist ein schon lang bestehendes Problem. Auch bei klassischen medizinischen Präventionsmaßnahmen ist das oft so, aber natürlich auch bei Behandlungen. Das ist in Ihrem Fach auf die Spitze getrieben, denn wenn jemand etwa in einer psychotischen Realität lebt, ist das Letzte, was er dann will, eine Behandlung, obwohl er sie am meisten braucht.

Ich habe, klar als Laie in Ihrem Fach gesprochen, eine gewisse Hoffnung, dass es niedrighwellige therapeutische Instrumente geben könnte, die hilfreich sein können, auch wenn sie nicht aus dem klassischen Medizinbetrieb kommen. Das heißt, dass andere Akteure in der Schule, Ausbildung oder im Beruf eine Rolle spielen könnten, damit man die Menschen an einer anderen Stelle abholt als erst beim Arzt. Für bestimmte Zielgruppen könnten auch niedrighwellige therapeutische Angebote wie z.B. Apps und Selbsthilfe-Interventionen interessant sein, um sie überhaupt mal in eine erste Berührung etwa mit einer therapeutischen Maßnahme zu bringen.

**Pollmächer:** Es gibt mittlerweile sehr viele solcher Angebote, die von Selbsthilfe-Interventionen bis hin zu digitaler Therapie reichen – da sehen Sie also eher eine Chance?

**Buyx:** Ja, ich habe mit Kollegen untersucht, dass es natürlich auch viele ethische Implikationen gibt, aber wenn man es so gestaltet, dass die Vorteile die Risiken deutlich überwiegen, dann sehe ich es als Chance. Es sollte aber nicht

völlig ungeregelt sein. Gerade wenn es einem echten therapeutischen Angebot nahekommt, sollte es professionell geprüft und mit Gütesiegel versehen sein.

**Pollmächer:** Da sind wir beim nächsten wichtigen Punkt. Man kann natürlich einfache Angebote verbreitern, die Zugänglichkeit verbessern usw. Aber wie schafft man es, dass die wirklich elaborierten aufwändigen und teuren Angebote diejenigen erreichen, die sie wirklich brauchen? Im Bereich der professionellen ambulanten Therapie haben wir zwar ein riesiges Angebot von psychologischen Psychotherapeuten, aber immer noch werden gerade diejenigen, die es am dringendsten brauchen, oftmals nicht erreicht. Viele akut kranke Patienten, die z. B. in meiner Klinik nach einem Suizidversuch aufgenommen werden und die rasch stabilisiert werden konnten, finden nach der Entlassung keine zeitnahe ambulante Anschlussbehandlung. Deshalb fordern wir als DGPPN seit langem eine gestufte Versorgung, die bei aufwändigen und teuren Leistungen auch priorisiert. Wie kann man da Mechanismen finden, um die professionellen Angebote gerecht zu verteilen?

„Deshalb fordern wir als DGPPN seit langem eine gestufte Versorgung, die bei aufwändigen und teuren Leistungen auch priorisiert.“

Thomas Pollmächer

**Buyx:** Da gibt es die verschiedensten Vorschläge der Medizinethik zur Priorisierung nach Dringlichkeitskriterien etc. Wenn man jedoch eine Situation hat, in der die Knappheit schon länger besteht, muss man natürlich auch dafür sorgen, dass diejenigen, die dann in so einer Priorisierung weiter nach unten fallen würden, also die mildereren Fälle, nicht auf einmal auf der Straße ständen.

Werfen wir einen Blick in andere Länder, sehen wir, dass beispielsweise andere Angebote dazugenommen wurden. Die topausgebildeten Superprofis machen eher die schwereren Fälle und die einfacheren werden zum Beispiel über Nicht-Ärztliche abgedeckt.

**Pollmächer:** Da sind wir bei Delegation und Substitution – ein heikles Thema in Deutschland ...

**Buyx:** Wie verteile ich knappe Ressourcen gerecht? Wie ver-eine ich die Bedürfnisse von Individuum und Gesellschaft oder Individuum und Umfeld? Das sind die Grundfragen, mit denen sich Gesellschaften und die Ethik vor 2000 Jahren auch schon beschäftigt haben. Entsprechend wäre es naiv zu glauben, dass man in eine Situation kommt, in der man das abschließend klären kann. Deshalb bedeutet ein Arbeiten zu ethischen Fragen auch, dass man sich immer wieder mit neuen Herausforderungen konfrontieren muss. Das gilt insbesondere auch für Ihr Fach, in dem ja viel herausragende Arbeit zu ethischen Aspekten geleistet wird – einfach ist das nicht.

DGPPN Kongress 2021

Lecture | Silke Schicktanz: Ethische Aspekte von digitalen Assistenzsystemen in der Demenzversorgung  
25.11.2021 | 15:30–16:30 Uhr



**Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer** ist seit 2004 Direktor des Zentrums für psychische Gesundheit sowie Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Ingolstadt und hat seit diesem Jahr das Amt des DGPPN-Präsidenten inne. Von 2012 bis 2019 war er zudem Vorsitzender der Bundesdirektorenkonferenz.



**Prof. Dr. med. Alena Buyx, M.A. phil., FRSA** ist Direktorin des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin sowie Professorin für Ethik der Medizin und Gesundheitstechnologien an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München. Seit April 2020 ist sie Vorsitzende des Deutschen Ethikrats und wurde im April 2021 mit dem Deutschen Nationalpreis ausgezeichnet. Sie ist Mitglied der Leopoldina.

# Pandemie und Psyche – ein erster Lagebericht

Selten zuvor wurde der psychischen Gesundheit in Gesellschaft, Politik und Medien so viel Aufmerksamkeit zuteil. Angst vor Ansteckung, Existenzsorgen, Kontaktbeschränkungen und soziale Isolation haben viele Menschen verunsichert und seelisch belastet. Die Auswirkungen der Pandemie auf die Psyche, die Schwachstellen im System und die Lehren für die Zukunft sind Themen, die aktuell untersucht werden.

## Wie wirkte sich die Pandemie bislang auf die Psyche der Menschen aus?

Die Pandemie stellt für die meisten Menschen eine große Herausforderung dar. Die Auswirkungen auf die Psyche sind aber sehr differenziert zu betrachten. Viele konnten recht gut mit den Einschränkungen und der Bedrohung umgehen. Für eine generelle Zunahme des Suchtmittelkonsums gibt es keine Belege [1,2]. In der Allgemeinbevölkerung wurden im Verlauf der Pandemie jedoch emotionale und stressbedingte Belastungen beobachtet [3,4]. Ängste und Depressivität waren besonders während der letzten Pandemiewellen erhöht [5–10] (siehe auch Ergebnisse des *COSMO – COVID-19 Snapshot Monitoring*). Zu den stark belasteten Gruppen zählten insbesondere auch medizinisches Personal [10–12] sowie Kinder und Jugendliche [14,15].

Die Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage der Deutschen Depressionshilfe (*Deutschland Barometer Depression*) im Februar 2021 sprechen dafür, dass die Belastung während der Lockdowns für die Mehrheit der Bundesbürger im Verlauf der Pandemie angestiegen ist. So gaben 71 % der Befragten an, die Situation als bedrückend zu empfinden. Im ersten Lockdown 2020 lag diese Rate bei 59 %, im Sommer 2020 nur bei 36 %.

## Haben psychische Krankheiten tendenziell zugenommen?

Darüber, ob psychische Erkrankungen während der Pandemie zugenommen haben, sind noch keine verlässlichen Aussagen möglich, da bislang keine epidemiologischen Untersuchungen vorliegen.

Quarantäne- und Isolationsbedingungen sind aber ein Risikofaktor für das Entstehen psychischer Erkrankungen. So hat eine Meta-Analyse gezeigt, dass Menschen in länger andauernder Quarantäne oder Isolation ein erhöhtes Risiko, insbesondere für Depressionen, Angsterkrankungen und stressbedingte Erkrankungen haben [16].

Für Menschen mit einer bestehenden psychischen Erkrankung hat die Pandemie besondere Belastungen mit sich gebracht, die das Risiko einer Verschlechterung des Krankheitsverlaufs erhöht haben. So berichteten im Februar 2021 in einer weiteren Umfrage der Deutschen Depressionshilfe 44 % der Personen, die an einer Depression leiden, dass ihre Erkrankung sich in den letzten sechs Monaten verschlech-

tert habe oder sie sogar in eine akute Phase zurückgefallen seien. Belastend waren insbesondere fehlende Sozialkontakte, Bewegungsmangel und die Abwesenheit einer festen Tagesstruktur. Jeder Fünfte hatte Angst vor Ansteckung in Arztpraxen und Kliniken [17].

Ein Hinweis auf Veränderungen der Prävalenz können Zahlen zu Fehlzeiten im Job aufgrund psychischer Erkrankungen sein, auch wenn diese Daten nicht mit epidemiologischen Daten gleichzusetzen sind. Daten der Krankenkassen zeichnen hier derzeit kein eindeutiges Bild. So berichten einige Krankenkassen einen deutlichen Anstieg psychisch bedingter Ausfalltage (z. B. DAK, TK) [18,19], andere verzeichneten im ersten Halbjahr 2020 keine wesentlichen Veränderungen oder sogar Rückgänge (z. B. BKK, AOK Nordwest). Zahlen für alle gesetzlich Versicherten liegen noch nicht vor.

## Wie ist die Auslastungssituation in psychiatrischen Kliniken?

In einzelnen Bundesländern haben Allgemeinverfügungen der Behörden explizit auch psychiatrische Kliniken dazu verpflichtet, Kapazitäten für die Behandlung von COVID-19-Erkrankten zu reservieren bzw. aufzubauen. Elektive Aufnahmen wurden ausgesetzt, wobei die Kliniken gleichzeitig ihrem Auftrag, die psychiatrische Behandlung der Bevölkerung sicherzustellen, gerecht werden mussten. Dabei waren psychiatrische Behandlungseinheiten in deutlich geringerem Maß als internistische Fachabteilungen auf die plötzliche Priorität des Infektionsschutzes eingestellt, weder Patienten noch Mitarbeiterschaft waren an den Gebrauch von Schutzmaterialien und an die Einhaltung von Schutzmaßnahmen auf Verhaltensebene gewöhnt.

Eine Umfrage der DGPPN unter psychiatrischen Kliniken im März 2020 ergab, dass sich die stationäre Behandlungskapazität in dieser Zeit um etwa 40 % verringerte. In den meisten befragten Einrichtungen standen in dieser Zeit Spezialbereiche für COVID-19-infizierte Patienten zur Verfügung [20].

Nach einer Umfrage des Deutschen Krankenhausinstituts unter 312 psychiatrischen und psychosomatischen Abteilungen und Fachkrankenhäusern ist die Auslastung während der gesamten ersten Pandemiewelle um bis zu 60 % zurückgegangen. Insbesondere elektive Behandlungen wurden in mehr als zwei Drittel der Einrichtungen ausgesetzt, was sich



am stärksten auf die teilstationäre Versorgung auswirkte. In der Erwachsenenpsychiatrie betrug der Rückgang im stationären Bereich 23 %, im teilstationären Bereich 49 % [21].

Auch die AOK berichtet für die erste und zweite Pandemieperiode starke Rückgänge der stationären Aufnahmen in psychiatrischen Kliniken. Insgesamt betrug der Fallzahlrückgang im Jahr 2020 in der Psychiatrie 12 % im Vergleich zum Vorjahr [22].

Eine umfassende Analyse der Aufnahmen in neun psychiatrischen Kliniken im Rheinland zeigte, dass vor allem weniger Patienten mit depressiven Störungen und Suchterkrankungen aufgenommen wurden, bei Patienten mit Schizophrenie und Demenzen fiel der Rückgang nur gering aus. Die Autoren berichten, dass Frauen und ältere Patienten während der Pandemie überrepräsentiert waren [23].

#### Wie sieht die Situation im ambulanten Sektor aus?

Besonders zu Beginn der Pandemie war die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen eingeschränkt. Einerseits wegen der Kontaktbeschränkungen und Hygienemaßnahmen, aber auch, weil Patienten Behandlungsangebote weniger in Anspruch nahmen [12, 24]. Zu den Gründen für die verringerte Inanspruchnahme zählt vermutlich vor allem die Sorge vor Ansteckung in der Praxis oder Klinik [25].

Im ambulanten Bereich musste der Praxisalltag schnell an die Situation angepasst werden. Als besondere Herausforderung stellte sich in den ersten Wochen der Pandemie die Beschaffung von Schutzausrüstung heraus. Seitdem konnte das Versorgungsangebot, allerdings nicht in der ganzen Breite, durch eine Abrechnungsfähigkeit von video- und telefonbasierten Interventionen aufrechterhalten werden. Behördlich angeordnete Quarantänemaßnahmen führten vielerorts zu Verdienstaufschlägen und erheblichen wirtschaftlichen Verlusten.

Das Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung hat die Veränderung der vertragsärztlichen Leistungsanspruchnahme im Jahr 2020 untersucht [26]. Demnach gab es bei den niedergelassenen Psychiatern ab März 2020 einen starken Rückgang der Behandlungsfälle von bis zu 40 %. Eine Erholung trat hier nur langsam ein und Ende 2020 lag die Auslastung immer noch bei -26 % im Vergleich zum Vorjahr. Auch bei den niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten gab es im März einen starken Rückgang der Einzeltherapien. Ab April kam es dann zu ei-

ner Erholung und ab Ende Mai war man wieder bei den Vorjahreswerten. Bei den Gruppentherapien war der Einbruch noch deutlicher (bis zu -60 % Ende April). Der Vorjahreswert wurde erst im August wieder erreicht. Ab November zeigte sich mit Beginn des zweiten Lockdowns ein erneuter Einbruch bei den Gruppentherapien (-16,4 % Ende des Jahres), allerdings weniger stark als während des ersten Lockdowns. Bezogen auf die Behandlungsfälle insgesamt gab es bei den Psychotherapeuten einen starken Einbruch ab März (bis zu -36 %) und dann eine Erholung ab April. Ende Mai bis Juni gab es dann schon ein Plus von 23 % (Nachholeffekte). Zeitgleich ließ sich im Jahr 2020 über alle Fachrichtungen hinweg eine starke Zunahme von Telefonberatungen und Videosprechstunden beobachten.

Zu der Frage, ob eine steigende Nachfrage nach Psychotherapie während der Pandemie zu verzeichnen ist, existieren keine administrativen Daten. Niedergelassene Psychotherapeuten berichteten jedoch von einem Anfrageanstieg während der Pandemie [25].

#### Was ist über Long-COVID bekannt?

Long-COVID steht für langanhaltende Symptome nach einer COVID-19-Infektion. Typisch sind Müdigkeit und Erschöpfung, Kopfschmerzen, Kurzatmigkeit und Riechstörungen noch Wochen und Monate nach einer überstandenen COVID-19-Infektion. Dauern die Symptome länger als 12 Wochen an, spricht man von einem Post-COVID-Syndrom. Von den Menschen, die eine COVID-19-Infektion durchgemacht haben, sind etwa 13 % von Long-COVID und 2 % von Post-COVID betroffen [27]. Auch psychische Symptome wie depressive Stimmung, Ängste, Zwangshandlungen und PTBS-Symptome kommen häufig vor [28] und das Risiko für die Entwicklung einer psychischen Erkrankung ist erhöht [29]. Der Wirkzusammenhang ist noch nicht geklärt. Diskutiert werden biologische Prozesse sowie die psychische Belastung durch die Erkrankung selbst oder die Intensivbehandlung [30].

#### Literatur

Die Quellenangaben sind mit entsprechender Nummerierung online veröffentlicht auf dgppn.de

#### DGPPN Kongress 2021

Symposium | Psychiatrische Versorgung in der COVID-19-Pandemie – aktuelle Evidenz für Good-Practice-Lösungen  
26.11.2021 | 17:15–18:45 Uhr

# Wissenswertes kurz und knapp

#### Breit aufgestellt

Die Pandemie hat in Deutschland einen regelrechten Digitalisierungsschub ausgelöst. Die digitale Transformation des Gesundheitswesens wird seit einigen Jahren auch politisch vorangetrieben. Mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz wurde jüngst die Rechtsgrundlage für den Anspruch der Versicherten auf die Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) geschaffen. Diese Entwicklungen begleitet die Task-Force E-Mental-Health der DGPPN bereits seit 2015 und hat diesbezüglich Qualitätskriterien entwickelt sowie sich eingehend mit Aspekten wie Daten- und Patientensicherheit befasst. Um die wissenschaftliche Auseinandersetzung auszubauen und zu verstetigen, hat die Fachgesellschaft nun ein Referat „Digitale Psychiatrie und Psychotherapie“ gegründet, das sich auf dem DGPPN Kongress konstituieren wird.

#### Klar verteilt

Seit dem Start der Nachwuchskampagnen der Generation PSY im Frühjahr 2016 erfreut sich die DGPPN eines wachsenden Zulaufs an Starter-Mitgliedern. Im Sommer 2021 (Stichtag 25.08.) sind es 450 Starter, die sich der Fachgesellschaft angeschlossen haben. Die meisten sind Medizinstudierende im achten, neunten und zehnten Semester – also diejenigen, die vor dem Praktischen Jahr stehen. Auch Erstsemester sind unter den Starter-Mitgliedern vertreten. Sowohl in der Gesamtzahl als auch bezogen auf die Starter 2021, lässt sich ein eindeutiger Trend ablesen: Zwei Drittel sind weiblich. Laut Statistik der Bundesärztekammer beträgt der Anteil weiblicher Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie derzeit 50 %. Es bleibt also abzuwarten, wie sich diese Zahl künftig entwickeln wird.

#### Neu aufgelegt

Die Publikationen *TeilhabeKompass* und *EKT in 24 Fragen* erfreuen sich großer Beliebtheit. Nun wurden die Broschüren sowohl optisch als auch inhaltlich auf den neuesten Stand gebracht. Der Ratgeber *EKT in 24 Fragen* fasst die wichtigsten Fakten zusammen und erklärt, für welche Patienten die EKT infrage kommt und wie die Therapie wirkt. Inhaltlich angelehnt an die S3-Leitlinie *Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen*, teilt sich der *TeilhabeKompass* thematisch in zwei Schwerpunkte. Entstanden sind umfassende Wegweiser durch die verschiedenen Hilfsangebote. Leistungen, Leistungsanbieter und die verschiedenen Anlaufstellen von beruflicher bzw. sozialer Teilhabe inklusive der gesetzlichen Grundlagen sind in kompakter Form zusammengestellt.

#### Fest verortet

2017 feierte die Fachgesellschaft ihr großes 175-jähriges Jubiläum. In diesem Jahr steht im Gegensatz dazu ein kleines, aber doch erwähnenswertes Jubiläum an: Der DGPPN Kongress hat vor 20 Jahren erstmals seinen festen Standort in Berlin gefunden. Wurde der Kongress bis dahin alle zwei Jahre an wechselnden Orten ausgerichtet, so wird der Expertengipfel seit 2001 als jährliches Ereignis Ende November in Berlin durchgeführt. Damit sollte nicht zuletzt auch der gesundheitspolitischen Bedeutung des Fachs Rechnung getragen werden. Was damals als Novum galt, ist rückblickend eine Erfolgsgeschichte. Das wissenschaftliche Programm ist ebenso wie die Teilnehmerzahl mit den Jahren stetig gewachsen. Seit 2014 ergänzen und bereichern Filmvorführungen, Lesungen und Ausstellungen das Kongressprogramm.

## Studien

# merk-würdig

Psyche im Fokus präsentiert Studienergebnisse, die ganz sicher im Gedächtnis bleiben



### Soulfood

Eine amerikanische Studie hat mittels wiederholter Querschnittserhebungen den Einfluss von Ernährung und Lebensstil auf die Psyche untersucht. Um die unterschiedlichen Reifegrade des Gehirns zu berücksichtigen, wurde nach Geschlecht und Alter (bis/ab 30 Jahre) unterschieden. Im Ergebnis zeigt sich bei jungen Frauen ein Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und hohem Fast-Food- und Koffeinkonsum. Gleichzeitig war bei Frauen, die regelmäßig trainierten und frühstückten, sowie bei älteren mit hohem Obstkonsum ein positiver Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit zu beobachten. Bei jungen Männern wurde ein Zusammenhang zwischen viel Bewegung, dem Konsum von Milchprodukten sowie mäßigem Fleischkonsum und psychischem Wohlbefinden festgestellt.

Quelle: Begdache L (2021) Diet, Exercise, Lifestyle, and Mental Distress among Young and Mature Men and Women: A Repeated Cross-Sectional Study. *Nutrients* 13(1):24; doi: 10.3390/nu13010024doi:10.1001/jamapsychiatry.2020.4442.

### Fenster zur Seele

Dass die Pupillenreaktion Aufschluss über Depressionen geben kann, haben Wissenschaftler des MPI München herausgefunden. In der Studie wurden 41 depressive mit einer Kontrollgruppe von 25 gesunden Personen verglichen. In mehreren Versuchsreihen wurden unter MRT-Beobachtung visuelle Reize gesetzt – einerseits mit belohnendem Charakter (z. B. Geldgewinn) und andererseits mit neutraler Konnotation. Zusätzlich wurden Kontrollversuche ohne Reizsetzungen durchgeführt. Bei Gesunden konnte bei belohnenden Reizen eine starke Weitung der Pupillen beobachtet werden. Bei depressiven Probanden gab es in keiner Versuchsreihe eine Reaktion. Eine mögliche Erklärung wird in einer verminderten Aktivität des Nervensystems bei depressiven Patienten gesehen.

Quelle: Schneider M et al. (2020) Pupil Dilation during Reward Anticipation Is Correlated to Depressive Symptom Load in Patients with Major Depressive Disorder. *Brain Sci.* 10(12):906; doi: 10.3390/brainsci10120906

### Drogen gegen das Trauma

In einer klinischen Phase-III-Studie der amerikanischen Non-Profit-Organisation für die Erforschung psychedelischer Substanzen (MAPS) haben Forscher die Wirkung von MDMA, besser bekannt als Ecstasy, bei der Behandlung von PTBS untersucht. Von den 90 Teilnehmern verbesserte sich bei 67 % die Symptomatik innerhalb von zwei Monaten nach der Behandlung in dem Maße, dass sie als genesen galten. In der Kontrollgruppe, die ausschließlich Gesprächstherapie erhielt, waren dies nur etwa ein Drittel. Die Forscher erklären das Ergebnis damit, dass die angstlösende und gefühlsverstärkende Wirkung von MDMA die Gesprächstherapie unterstützt und dabei hilft, das Erlebte besser zu verarbeiten.

Quelle: Mitchell JM et al. (2021) MDMA-assisted for severe PTSD: a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 study. *Nat Med* 27(6):1025–1033; doi: 10.1038/s41591-021-01336-3

### Bauchgefühl

Forscher der italienischen Universität Padua haben in einer Meta-Analyse, die über 30.000 Patienten einschloss, den Einfluss chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen auf die Psyche untersucht. Demnach zeigt ein Viertel dieser Patienten depressive Symptome und knapp ein Drittel Symptome einer Angsterkrankung. Zudem zeigte sich, dass Frauen häufiger betroffen zu sein scheinen. Bei Patienten mit aktiven Krankheitsschüben war die psychische Symptomatik deutlich stärker ausgeprägt. Die Studienautoren plädieren daher für eine stärkere Beachtung derartiger Symptome bei der Behandlung dieser Erkrankungen, um die Lebensqualität und Therapieerfolge der Patienten zu verbessern.

Quelle: Barberio B et al. (2021) Prevalence of symptoms of anxiety and depression of patients with inflammatory bowel disease: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 6(5):359–370; doi: 10.1016/S2468-1253(21)00014-5

# Ein starkes Bündnis

Seit seiner Gründung 2006 ist das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit zu einer bundesweiten Initiative mit über 125 Mitgliedsorganisationen gewachsen. Selbsthilfeverbände der Betroffenen und Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Fachorganisationen aus den Bereichen Psychiatrie und Gesundheitsförderung haben sich unter dem Bündnisdach vereint.

Das zugrundeliegende Prinzip ist der gelebte Dialog, der sich auch in der neu aufgestellten Steuerungsgruppe widerspiegelt. Den Vorsitz hat seit dem Frühjahr Arno Deister inne und leitet gemeinsam mit Waltraud Rinke von der DepressionsLiga und Rüdiger Hannig von der BApK die Geschicke des Aktionsbündnisses. Sie alle eint das gemeinsame Anliegen: die Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen. Um dieses Ziel zu verwirklichen, initiiert das Aktionsbündnis Projekte und Kampagnen, die über Öffentlichkeit und Mitgliedsorganisationen weitergetragen werden.

Eine der größten öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen ist die jährliche Woche der Seelischen Gesundheit rund um den 10. Oktober, den *World Mental Health Day*. Ob Vorträge, Workshops, Podcasts oder Tage der offenen Tür – jährlich beteiligen sich rund 400 Veranstalter aus über 50 Regionen. Das Aktionsbündnis entwickelt nicht nur das jeweilige Schwerpunktthema, sondern unterstützt kleine und große Veranstalter im Vorfeld bei der Planung, koordiniert den bundesweiten Veranstaltungskalender, das Programmheft für alle Berliner sowie Online-Veranstaltungen und die große Auftaktveranstaltung vor Ort in Berlin.

Ebenso werden werbliche Maßnahmen zugunsten der Strahlkraft zentral von Berlin aus gesteuert – so können

auch kleinere Institutionen, die sich an der Veranstaltungswoche beteiligen, die unverwechselbaren Werbemittel nutzen und auf sich aufmerksam machen. Auch in diesem Jahr stehen für die Aktionswoche unter dem Motto „Gemeinsam über den Berg – Seelische Gesundheit in der Familie“ einprägsame Motive auf der Website zum Download bereit.

Apropos Website: Die gesamte Gestaltungslinie des Aktionsbündnisses inklusive der Website hat einen neuen Anstrich bekommen. Der Look ist frisch und gleichzeitig zeitlos und lädt nun mehr denn je dazu ein, sich mit den vielfältigen Themen rund um psychische Gesundheit auseinanderzusetzen, um Tabus zu bekämpfen und Stigmatisierung entgegenzuwirken.

Dasselbe Ziel verfolgt auch die Aktion *Grüne Schleife*, die für mehr Akzeptanz psychischer Erkrankungen wirbt. Seit dem Start der Aktion im Sommer 2019 wurden über 200.000 Schleifen versendet. Auch zahlreiche Prominente machen sich für die gute Sache stark – darunter zum Beispiel Sarah Kuttner, Nico Semsrott, Mirja Du Mont, Torsten Sträter sowie Harald Schmidt, Bettina Böttinger, die Lochis, Friedrich Liechtenstein und weitere. Mehr dazu online auf [seelichegesundheit.net](http://seelichegesundheit.net)

**Aktionsbündnis Seelische Gesundheit** **Woche der Seelischen Gesundheit**

**GEMEINSAM ÜBER DEN BERG**

**Seelische Gesundheit in der Familie**

**08.–18. OKTOBER 2021**  
**WWW.SEELICHEGESUNDHEIT.NET**

KOORDINATION: Aktionsbündnis Seelische Gesundheit  
Gefördert durch: Bundesministerium für Gesundheit  
aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages



# Die Klimakrise ist ein **MEDIZINISCHER** Notfall!

Die Klimakrise ist die größte Bedrohung für die Gesundheit in unserem Jahrhundert. Sie gefährdet nicht nur akut Menschen – zum Beispiel mit Hitzewellen, einer Ausweitung der Pollensaison oder dem Vordringen bisher in unseren Breitengraden unbekannter Krankheitserreger. Der Klimawandel zerstört langfristig die Lebensgrundlagen auf diesem Planeten, für alle Lebewesen (*planetary health*).

Dieser Text ist entstanden, als die Pandemie begann. Angesichts der akuten weltweiten Bedrohung mag sein Thema aktuell auf den ersten Blick zweitrangig wirken, doch das Gegenteil ist der Fall. Das Virus verdeutlicht drastisch die Dringlichkeit, angesichts einer weltweiten Gesundheitsbedrohung rechtzeitig zu handeln, und es ist ein Beispiel für *planetary health*: Wenn die Welt nicht gesund ist, wenn ihre Biosphären zerstört werden, werden auch die Menschen krank. Plötzlich ist die globale Bedrohung der Gesundheit in aller Munde. Jetzt muss es darum gehen, die Lehren aus der Pandemie zu ziehen und sie auf die Klimakrise zu übertragen.

Die Klimakrise ist die größte Bedrohung für die Gesundheit in unserem Jahrhundert. Das steht schwarz auf weiß nicht nur in Veröffentlichungen der Weltgesundheitsorganisation, sondern auch in zwei Reports des in Medizinerkreisen hoch renommierten Journals *Lancet* [1, 2]. *Lancet* hatte sich früh aufgemacht, die wissenschaftliche Community wie auch die breite Öffentlichkeit auf die dramatischen Auswirkungen der Klimaerwärmung aufmerksam zu machen. Der *Lancet Countdown*, eine internationale Forschungskooperation von Klima- und Gesundheitsexperten, beschreibt seit 2016 anhand definierter Indikatoren jährlich die Wechselwirkungen zwischen Klima und Gesundheit in vielen Ländern und beobachtet Fort- und Rückschritte. 2019 ist zum ersten Mal ein auf Deutschland bezogener *Policy Brief* mit länderspezifischen Empfehlungen dazu herausgekommen [3].

Doch auch wenn die Aufmerksamkeit für das Klimathema im Zusammenhang mit Extremwetterlagen, aber auch mit Bewegungen wie *Fridays for Future* und *Extinction Rebellion* seit 2018/2019 drastisch gestiegen ist, so wird doch die Verbindung zwischen Klimawandel und Gesundheitsfolgen in der Öffentlichkeit noch wenig beachtet.

Die *Deutsche Allianz für Klimawandel und Gesundheit e. V.* (KLUG) hat sich im Oktober 2017 gegründet, um das krasse Missverhältnis zwischen der eindeutigen „Diagnose“ von WHO und *Lancet* – die Klimakrise ist die größte Bedrohung für Gesundheit in unserem Jahrhundert – und der weitgehenden Ignoranz innerhalb des deutschen Gesundheitssektors aufzulösen. Denn auch die Klima- und Umweltbewegung hat die eindeutigen Bezüge zur Gesundheit auf diesem Planeten immer noch nicht hergestellt. Als Netzwerk von Einzelpersonen, Organisationen und Verbänden aus dem gesamten Gesundheitsbereich arbeitet KLUG daran, die

starken Bezüge zwischen Klimawandel und Gesundheit in Gesellschaft, Politik und Wirtschaft darzustellen und möglichst viele Menschen in Gesundheitsberufen zu *change agents* auf dem Weg zur notwendigen Transformation zu machen.

### Die gesundheitlichen Folgen der Erwärmung

Der Klimawandel hat viele dramatische Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit und er droht, die bisher erreichten Erfolge der Medizin, was Lebenserwartung und Lebensqualität angeht, zunichtezumachen. Wesentlicher Vektor dabei ist die Erwärmung. Die Häufigkeit und Intensität von Hitzewellen wird in Zentraleuropa voraussichtlich zunehmen. Unter einem „*Business as usual*“-Szenario wird außerdem die Durchschnittstemperatur in Deutschland bis 2050 laut Prognosen um 1,0 bis 1,3 °C und bis 2100 um 3,7 °C ansteigen (verglichen mit dem Zeitraum 1971–2000) [4].

Der 2019 veröffentlichte *Lancet Policy Brief* für Deutschland stellt nur einige wenige der gesundheitlichen Folgen heraus und prognostiziert jährlich fünf zusätzliche Hitzewellen zwischen Frühling und Herbst in Nord- und bis zu 30 zusätzliche Hitzewellen in Süddeutschland, außerdem hohe bodennahe Ozonkonzentrationen. Ältere Menschen und solche mit Herz-Kreislauf- oder Atemwegserkrankungen sind besonders gefährdet. Steigende Temperaturen ermöglichen die Ausbreitung von Überträgern von Infektionskrankheiten (Insekten) und damit der Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) und der Borreliose. Aber auch exotische Infektionskrankheiten wie das Dengue-Fieber, Zika oder Chikungunya oder das West-Nil-Virus breiten sich in Europa aus. Steigende Temperaturen verändern außerdem die Biologie allergener Pollen, so dass sich die saisonale Dauer des Pollenfluges verlängert und die Menge der Allergene ansteigt. Höhere Temperaturen können außerdem in Seen und in der Ostsee zu Algenblüten durch Cyanobakterien (Blualgen) führen. Das Risiko von *Vibrio*-Infektionen in der Ostsee erhöht sich [3]. Diese Bakterien lösen Darminfektionen beim Menschen aus.

### Spät, aber doch

Im deutschen Gesundheitssystem sind diese auf der Hand liegenden Zusammenhänge nicht einmal ignoriert, sondern lange Zeit überhaupt nicht wahrgenommen worden. Auch nicht, dass der Weltärztebund bereits im Oktober 2017 in seiner *Declaration on Health and Climate Change* die nationalen Ärzteverbände dazu aufgerufen hatte, Klimawandel und Gesundheit als prioritäre Aufgabe auf ihre Agenden zu

setzen [5]. Erst durch intensive und kontinuierliche Kommunikation engagierter Akteure ist es gelungen, dass der Deutsche Ärztetag im Mai 2019 einhellig den Klimawandel „als eine der zentralen Gesundheitsfragen des 21. Jahrhunderts“ anerkannte und gleichzeitig beschloss, das Thema auf dem nächsten Ärztetag 2020 zu einem Schwerpunktthema zu machen. Der Antrag dazu war von mehreren Ärztekammerpräsidenten und -präsidentinnen gestellt worden [6]. Aber auch in der Klima- und Umweltbewegung hat das Thema Gesundheit keine spezielle Rolle gespielt. Bei internationalen Verhandlungen oder auch im deutschen Klimaschutzgesetz [7] stand das Thema nicht einmal auf der Agenda. In einer repräsentativen Umfrage in der Bevölkerung erklärten im Winter 2019 45,8% der Befragten, Gesundheit sei für sie das wichtigste Thema. Dem Klima räumten dagegen nur 3,5% höchste Priorität ein [8]. Dass diese beiden Punkte nur gemeinsam gesehen werden können, ist als Erkenntnis noch nicht in der Gesellschaft durchgedrungen. Das Verständnis für die Priorität der Gesundheit ist seit Beginn der Corona-Krise noch einmal dramatisch gestiegen.

### Gesundheit braucht Politik, die systemisch agiert

Das liegt auch daran, dass Politik allgemein zu stark in unterschiedlichen Ressorts und zu wenig in Interdependenzen gesehen wird. So wird auch die Klimapolitik zu eng gefasst. Wir sprechen einerseits von der Notwendigkeit einer umfassenden Transformation und lassen auf der anderen Seite wesentliche Sektoren und gesellschaftliche Gruppen als unbeteiligte Zuschauer am Spielfeldrand stehen. Wir reden von der Energiewende, der Verkehrswende, der Agrarwende – aber nicht davon, wie sie miteinander verbunden sind. Und von der Gesundheitswende sprechen wir überhaupt nicht, allenfalls von der Frage, welche Kassenleistungen noch finanzierbar sind und was gestrichen werden muss.

Was wir aber brauchen, sind Visionen – zum Beispiel Konzepte, wie unsere Städte gesünder werden und gleichzeitig ein gutes Leben ermöglichen. Das funktioniert über eine drastische Reduzierung der Luftschadstoffe, über klima- und umweltgerechtes Bauen, über Natur in der Stadt, über fahrradfreundliche Wege und einen attraktiven öffentlichen Personennahverkehr. Das alles sind keine Verluste, die wir durch eine Änderung unseres Lebensstils hinnehmen müssten, sondern Gewinne – für unsere Gesundheit genauso wie für den Planeten. So betont auch die Lancet-Kommission, dass Klimaschutz zur Abwehr der Erderwärmung mit all ihren Folgen die größte Gesundheitschance dieses

Jahrhunderts ist, da Klimaschutz viele Co-Benefits für Lebensqualität und Gesundheit mit sich bringt [1, 2, 9].

Doch auch die Co-Benefits sind immer noch zu punktuell, noch zu utilitaristisch gedacht. Es geht um nicht weniger als die Lebensgrundlagen für diesen Planeten – die *planetary health*. Nur auf einem gesunden Planeten können gesunde Lebewesen existieren, und sie brauchen einander, denn wir alle existieren nicht isoliert voneinander. Schließlich geht es auch um unsere Verantwortung für zukünftige Generationen. [...]

### Gesundheit braucht engagierte Akteure

Die Menschen, die in Gesundheitsberufen tätig sind, können sehr viel dazu beitragen, die Dringlichkeit des politischen wie auch des individuellen Handels zu thematisieren. Ärzt:innen, aber auch Therapeut:innen, Schwestern und Pfleger sind hoch angesehene Berufsgruppen, deren Berufswahl darin begründet war, dass sie bereit waren, persönliche Verantwortung für das Leben anderer Menschen zu übernehmen. So heißt es zum Beispiel in der Muster-Berufsordnung: „Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen ... und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.“ [10] Der durchgetaktete und von ökonomischen Interessen dominierte Berufsalltag mag viele desillusioniert haben – aber mit der Klimakrise stellen sich hier ein neuer Auftrag, eine neue Herausforderung und auch eine neue Sinnfrage.

### Social Tipping Points

Alle reden von den *Tipping Points*, jenen gefährlichen „*points of no return*“, an denen sich unterschiedlichste Trajektorien gegenseitig beschleunigen und zu kaskadenartigen und vernichtenden Umwälzungen führen. Es gibt aber auch positive *Tipping Points*: Ein interdisziplinäres Forscherteam hat gesellschaftliche „Kippmechanismen“ untersucht, welche möglicherweise schnelle Veränderungen hin zu einer Klimastabilisierung auslösen könnten. Um die Erwärmung der Erde auf deutlich unter 2 °C zu begrenzen, müssen wir weltweit bis spätestens 2050 unsere Treibhausgasemissionen auf null reduziert haben. Dazu ist eine tiefgreifende globale Transformation der heutigen Energie- und Landnutzungssysteme notwendig. Klimaneutralität bis Mitte des Jahrhunderts bedeutet nämlich, dass die Treibhausgasemissionen alle zehn Jahre halbiert werden müssen.

Ilona M. Otto, Soziologin am Potsdam-Institut für Klimafolgenforschung (PIK), und ihre Ko-Autor:innen haben Elemente ausfindig gemacht, die die notwendige schnelle Verbreitung wichtiger Technologien, Verhaltensmuster und sozialer Normen zur Folge hätten. Dazu zählen vor allem radikale Transparenz der Treibhausgasemissionen, die Abschaffung von Subventionen für fossile Energien, die klare Benennung der moralischen Dimensionen sowie Divestment – außerdem die Förderung der dezentralen Energieerzeugung, der Umbau zu treibhausgasneutralen Städten sowie schließlich deutlich verbesserte Klimabildung mit entsprechendem gesellschaftlichem Engagement [11].

Die Gesundheitsberufe könnten Teil dieser *Tipping Points* sein und zumindest zum letzten Punkt vieles beitragen. Es geht um die Gesundheit im nächsten Umfeld, in der Familie, bei Freunden, in unserer Arbeit und unserer Lebenswelt. Wenn wir als Ärzt:innen in Sprechstunden oder Vorträgen über den ganz klaren und direkten Zusammenhang zwischen Klimawandel und Gesundheit aufklären, verstehen das viele Menschen sehr schnell. Sie kennen Menschen in ihrem Umfeld, die schon heute bei Hitzewellen gefährdet und durch die Ausweitung der Pollenflugzeit zunehmend in ihrer Lebensqualität eingeschränkt sind oder als Folge von Überschwemmungen, Stürmen oder anderen Naturkatastrophen körperliche und seelische Traumata erlebt haben. Gesundheit berührt uns ganz direkt. Gefahren für die Gesundheit sind für alle Gesundheitsberufe ein Aufruf zum Handeln.

### Das Narrativ des Heilens

Ärzt:innen bzw. Heilende und Pflegende haben einen der ältesten Berufe der Welt, der gleichzeitig Berufung ist. Sie transportieren das Narrativ des Heilens und damit gesundheitliche Metaphern, die mehr Überzeugungskraft haben als statistische Daten.

Die Erfahrungen der KLUG-Akteure im Laufe des vergangenen Jahres zeigen, wie unmittelbar die Klima-Botschaften verstanden werden. Ein Planet Erde aus Pappmaché im Rollstuhl, ein Schild mit der Aufschrift „Die Erde hat Fieber“ oder der Patient Erde auf der Intensivstation: Viele Menschen – auch aus Gesundheitsberufen – bleiben stehen und stellen Fragen bzw. beteiligen sich an der Diskussion. Themen, die dann auftauchen, sind die Klimakrise als schwerste chronische Erkrankung des Planeten oder auch die lähmende Depression angesichts des Gefühls, man müsse handeln, wisse aber nicht wie. Solche Metaphern und Bilder wirken

vor allem als Katalysatoren für Gespräche, sie wirken fast naiv und sie können die Realität, die Einzigartigkeit und Komplexität der Klimakrise natürlich nicht abbilden. Aber die Berührung, die sie auslösen, ist etwas ganz Wichtiges. Sie könnte in dieser Form von noch so professionellem *Content Marketing* nicht erzeugt werden. Eine besondere Rolle spielt diese Metapher in Aufklärungsgesprächen bei schwersten Erkrankungen, etwa Krebs. Patienten wissen, dass früher Aufklärungsgespräche häufig unzureichend waren, wenn sie überhaupt durchgeführt wurden. Sie wissen auch, dass sie heute ein Recht auf gute Aufklärung haben. Es ist und bleibt aber für Ärzt:innen eine große Herausforderung, Aufklärungsgespräche gut zu führen, und es gibt viele Situationen, da würde man auch als erfahrener Arzt am liebsten davonlaufen.

### (K)ein offenes Wort

Gute Aufklärungsgespräche beinhalten drei Themen: die Diagnose, die Behandlungsoptionen und die notwendige Mitwirkung der Patient:innen und ihrer Familien bei den notwendigen Veränderungen in der Lebensführung. Die Diagnose am „Patienten Erde“ ist klar genug, die meisten Behandlungsmöglichkeiten liegen auf der Hand. Was aber fast vollständig fehlt, sind ungeschminkte Aufklärungsgespräche, die notwendige Veränderungen in der Wirtschaft, vor allem aber auch in der Lebensführung klar benennen. Politiker:innen, Wissenschaftler:innen und Wirtschaftsexpert:innen fehlt die Erfahrung und daher auch die Kompetenz, solche „existentiellen“ Gespräche zu führen. Die meisten von ihnen benützen die Strategien der Ärzte vor einem halben Jahrhundert: Wir kümmern uns – machen Sie sich keine Sorgen, alles wird wieder gut, am besten, Sie machen gar nichts und überlassen das uns. Erst die Pandemie mit dem Coronavirus hat die Eigenverantwortung der Bürger wieder in den Mittelpunkt gerückt mit der Bitte: „Bleiben Sie zuhause! Schützen Sie Ihre Mitmenschen.“

Der Einfluss des Gesundheitssystems reicht aber weit über das Arzt-Patienten-Gespräch hinaus. Der Gesundheitssektor ist der größte Wirtschaftssektor und war 2014 mit 5,2 Millionen Beschäftigten der größte Arbeitgeber in Deutschland [12]. Er ist mit vielen wirtschaftlichen Sektoren direkt oder indirekt verknüpft. Alle wesentlichen Lebensbereiche beeinflussen ihn und werden von ihm beeinflusst.

In der Geschichte gab es auch immer wieder Ärzte und Pflegekräfte, die herausragende Politik gemacht haben: Virchow, Pettenkofer, Koch und viele andere. Aus der ethischen

Perspektive heraus ist es für Gesundheitsberufe (wie für alle anderen Berufe) nicht mehr akzeptabel, durch die Art der eigenen Berufsausübung zur Klimazerstörung beizutragen. Klimaneutralität muss zur ersten Priorität werden.

### Selbstwirksamkeit als Therapie

Bei Lebensstilfragen ist der Schlüssel zur Veränderung die Frage der Selbstwirksamkeit. Wenn ein Thema für uns wichtig ist und wir wirksame Handlungsmöglichkeiten erkennen, ist die Chance groß, dass wir sie ergreifen. Modelllernen und soziale Ansteckung funktionieren auch in der Klimafrage. Solange die meisten Ärzte und Pflegekräfte das Klimaspielfeld nicht als ihr Feld sehen (sondern zum Beispiel Klimawissenschaftlern oder Politikern überlassen), werden sie frustriert sein und auch nicht erkennen können, dass weite Teile des Spielfeldes für sie offen sind und bisher nicht bespielt werden. Wenn Menschen aber das Feld besetzen, neue Teams bilden, die Dramaturgie verändern, dann steckt das an. Wenn ich als Arzt im weißen Kittel mit einem Rollstuhl und einer kranken Erde darin durch die Stadt gehe, können Menschen ihre Augen nicht abwenden. Sie nehmen mich wahr, und das verändert etwas.

Wenn wir uns innerlich wie äußerlich bewegen, uns an einer Bewegung beteiligen, verändert das: Depression und Ängste sind vielleicht nicht weg, aber sie bestimmen nicht mehr über uns. Natürlich ist meine Stimme bei Wahlen wichtig. Noch wichtiger ist aber, was ich mit meiner Stimme nach der Wahl mache. Wird sie stumm? Bleibt sie lebendig?

Arztpraxen, Pflegestationen, Krankenhäuser und Gesundheitszentren erreichen große Teile der Bevölkerung. Sie können zu Aufklärungs- und Bildungszentren, auch zu Aktivierungszentren für den Weg zu gesunden Lebenswelten sein. Die Agrarwende, die Energiewende, die Verkehrswende sind Teil dieses Wegs, sie sind aber nicht das Ziel. Es geht um eine andere Form des Zusammenlebens: *healthy planet – healthy people!*

Die DGPPN hat kürzlich eine Task-Force ins Leben gerufen, die sich mit dem Klimawandel im Hinblick auf psychische Gesundheit befasst.

### DGPPN Kongress 2021

Diskussionsforum | Gesunde Erde für die Seele:  
was Klimaschutz für unsere Psyche tut  
25.11.2021 | 08:30–10:00 Uhr

### Literatur

- Costello A et al. (2009) Managing the health effects of climate change. *Lancet* 373(9676):1693–1733
- Watts N et al. (2015) Health and climate change: policy responses to protect public health. *Lancet* 386(10006):1861–1914
- The Lancet Countdown on Health and Climate Change 2019: Policy Brief für Deutschland. [https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Pressemitteilungen/20191114\\_Klimawandel/3\\_Lancet\\_Countdown\\_Policy\\_brief\\_for\\_Germany\\_German\\_v01b.pdf](https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Pressemitteilungen/20191114_Klimawandel/3_Lancet_Countdown_Policy_brief_for_Germany_German_v01b.pdf)
- Watts N et al. (2019) The 2019 report of The Lancet Countdown on health and climate change: ensuring that the health of a child born today is not defined by a changing climate. *Lancet* 394(10211):1836–1878
- World Medical Association (2017) WMA Declaration of Delhi on Health and Climate Change. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-delhi-on-health-and-climate-change>
- aerzteblatt.de (2021) Klimawandel wird ein Schwerpunktthema des nächsten Ärztetags. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/103540/Klimawandel-wird-ein-Schwerpunktthemas-naechsten-Aerztetags>
- Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit (2019) Bundes-Klimaschutzgesetz. <https://www.bmu.de/gesetz/bundes-klimaschutzgesetz>
- faz.net (2019) Deutschen sind Gesundheit und Familie wichtiger als Klimaschutz. <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/umfrage-deutschen-sind-gesundheit-und-familie-wichtiger-als-klimaschutz-16554307.html>
- Wang H & Horton R (2015) Tackling climate change: the greatest opportunity for global health. *Lancet* 386(10006):1798–1799
- (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997 – in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages in Kiel 2011. [https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/MBO\\_08\\_20112.pdf](https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/MBO_08_20112.pdf)
- Otto IM et al. (2020) Social tipping dynamics for stabilizing Earth's climate by 2050. *PNAS* 117(5):2354–2365
- ntv.de (2014) Gesundheitswesen ist größter Arbeitgeber. <https://www.n-tv.de/ticker/Gesundheitswesen-ist-groesster-Arbeitgeber-article12396101.html>
- The Lancet (2019) Health and climate change: making the link matter. Editorial. *Lancet* 394(10211):1780

### Autor

#### Dr. med. Martin Herrmann

ist Initiator und Vorstandsvorsitzender der Deutschen Allianz *Klimawandel und Gesundheit* e.V. (KLUG), eines Netzwerks von Einzelpersonen, Organisationen und Verbänden aus dem gesamten Gesundheitsbereich. Er begleitet Organisationen bei Veränderungsprozessen und lehrt an internationalen Hochschulen.

Dieser Text ist ein gekürzter Nachdruck. Original: Herrmann M (2020) Die Klimakrise ist ein medizinischer Notfall! *Forschungsjournal Soziale Bewegungen* 33(1):103–111

Von gestern für heute



# Ein Stück vergessene Geschichte

Obwohl die Soziale Arbeit seit der Psychiatriereform der 1970er Jahre zum Standard in der klinischen Psychiatrie in der BRD gehört und die heutige Gemeindepsychiatrie maßgeblich von dieser Profession getragen wird, ist ihre Geschichte bisher kaum aufgearbeitet worden. Ein neuer Sammelband widmet sich diesem Thema.

Gegenwärtig arbeiten über 40.000 Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter im Gesundheitswesen. Ein erheblicher Teil davon entfällt auf die gemeindepsychiatrische Versorgung. Psychiatrische Sozialarbeit ist gut etabliert: Jede psychiatrische Klinik besitzt einen Sozialdienst, die Soziotherapie ist seit zwanzig Jahren gesetzlich verankert, bei schweren psychischen Störungen gilt Soziale Arbeit als integraler Baustein der psychosozialen Versorgung. Allerdings fehlen hierzulande – anders als im angloamerikanischen Raum – spezielle Berufsorganisationen oder Ausbildungsgänge. Ebenso mangelt es an historischer Forschung: Psychiatrische Sozialarbeit ist eine in Deutschland geschichtlich so gut wie übersehene Profession. Im Folgenden resümieren die Autoren Burkhard Brückner und Franz-Werner Kersting ihre historische Spurensuche entlang der mündlichen und schriftlichen Berichte der Zeitzeuginnen, die im Band *Eine vergessene Geschichte: Psychiatrische Sozialarbeit in Deutschland* dokumentiert sind [1]. Das Buch knüpft auch an ein von den Autoren organisiertes Symposium auf dem DGPPN Kongress 2018 an, bei welchem drei Zeitzeuginnen der frühen psychiatrischen Sozialarbeit zwischen 1960 und 1990 auf dem Podium teilnahmen.

### Offene Fürsorge in der Weimarer Republik

Im Laufe des 19. Jahrhunderts überstiegen drei Hilfeformen das geschlossene klinische Milieu: die in 16 „Irrenanstalten“

erprobte Familienpflege, knapp vierzig psychiatrische „Hilfsvereine“ sowie einige „landwirtschaftliche Kolonien“ als Vorformen der Arbeitstherapie. Diese Modelle können als Keimformen psychiatrischer Sozialarbeit gelten. Die „Wohlfahrtspflege“ bildete sich hingegen im Deutschen Kaiserreich erst zwischen 1890 und dem Ersten Weltkrieg als eigenständige Profession heraus. Erste Berührungspunkte zwischen Psychiatrie und Sozialer Arbeit ergaben sich in den 1920er Jahren über Krankenhaus-Sozialdienste, Modelle der „offenen Fürsorge“ und die Kinder- und Jugendpsychiatrie. 1924 wurden gesetzlich verankerte Landes- und Bezirksfürsorgeverbände gegründet. Zu dieser Zeit gab es in den USA bereits einen spezialisierten Ausbildungsgang, ein Lehrbuch und Dutzende Sozialdienste an psychiatrischen Kliniken. 1926 wurde dort die *American Association of Psychiatric Social Workers* gegründet, in Großbritannien folgte 1930 die *Association of Psychiatric Social Workers* [2].

In der neuartigen „offenen Fürsorge“ der Weimarer Republik waren Nachsorge, soziale Beratung oder psychiatrische Hausbesuche hauptsächlich über zwei Wege möglich. Zum einen über die kommunalen Fürsorgeämter nach dem Ansatz des Gelsenkirchener Stadtmedizinalrats Friedrich Wendenburg (1888–1967): Um 1927 boten 33 rheinisch-westfälische Städte und zehn Landkreise solche Dienste an. In Bayern, Baden und Preußen verbreitete sich hingegen das von dem Erlanger Anstaltsdirektor Gustav Kolb (1870–1938) entwickelte Modell der „Außenfürsorge“, das von Fürsorgeärzten und der Fürsorgepflege um 1927 an 42 Heil- und Pflegeanstalten umgesetzt wurde. Das pflege- und klinikzentrierte Erlanger Modell dominierte die Diskussion, bot aber kaum Raum für Fachkräfte der Wohlfahrtspflege. Um 1930 gab es zudem psychiatrische Fürsorgedienste in Berliner Anstalten, in Stuttgart und in mehreren Universitätskliniken.

### Rassenhygienische Umnutzung im Nationalsozialismus

Ab 1934 wurde die Gesundheitsfürsorge zur Pflichtaufgabe des neu strukturierten öffentlichen Gesundheitsdienstes und der rasch ausgebauten Gesundheitsämter. Die kommunale Fürsorge verlor an Einfluss gegenüber der zentral gesteuerten „Volks-“ und „Gesundheitspflege“. Zweifellos waren Einrichtungen der psychiatrischen Fürsorge an der Organisation von Zwangssterilisierungen und rassenhygienischen Datensammlungen und damit der nationalsozialistischen Selektions- und Vernichtungspolitik beteiligt, das genaue

Ausmaß ist noch unklar. Gertrud Finckh, Fürsorgerin am Stuttgarter Bürgerhospital, beobachtete 1935 „dass die Angehörigen unserer Kranken im Gegensatz zu unseren früher gemachten Erfahrungen, in ihren Angaben, soweit sie erbesundheitlich belastend sind, allmählich sehr zurückhaltend werden“ [3]. Auch in der westfälischen Anstalt Eickelborn wurde die Außenfürsorge für die Sammlung genealogischer und diagnostischer Daten ausgebaut. Die Tradition der Familienpflege kam fast vollständig zum Erliegen.

### Nachkriegszeit: Pionierarbeit in Westfalen

Nach der Ermordung von mindestens 296.000 Patientinnen und Patienten in Europa während der Zeit des Nationalsozialismus fehlte in den deutschen Anstalten eine ganze Patientengeneration. Die Kliniken füllten sich schnell, Schätzungen gehen für Mitte der 1960er Jahre aber nur von gut vierzig Fürsorgerinnen in den 64 westdeutschen Landeskrankenhäusern und ca. 25 Klinikabteilungen mit insgesamt knapp 100.000 Betten aus. Die außerklinische Fürsorge wurde teils nach dem Gelsenkirchener, teils nach dem Erlanger Modell weitergeführt. Bis Anfang der 1970er Jahre diskutierte man über die Vor- und Nachteile beider Systeme. Doch schon um 1960 zeichnete sich ein dritter Weg ab: die stationäre psychiatrische Sozialarbeit von Wohlfahrtspflegerinnen in der Tradition der allgemeinen Krankenhausfürsorge.

Eine solche Stelle trat unsere Zeitzeugin Waltraud Matern 1960 in der Westfälischen Landesheilanstalt Eickelborn an. In ihrer 2016 erschienenen Berufsbiografie schildert sie den Alltag in der „abgeschlossenen, bevölkerungsfernen Einrichtung“, die „gesellschaftliche Ausgrenzung der Kranken“ erschien ihr als „total“ [4]. Der Alltag in den Landeskrankenhäusern war durch eine Mischung aus massiver materieller und therapeutischer Rückständigkeit und ersten Anzeichen einer „Reform vor der Reform“ geprägt [5]. Matern baute innerbetriebliche Aufgabenfelder auf, verschaffte sich Anerkennung bei widerstrebenden Ärzten und lernte die in großen Wachsälen lebenden Patientinnen und Patienten kennen. Ihr Ziel war die Etablierung der aus den USA bekannten *social case work*: alltagsnahe Problemlösungen, Vermittlung von Angehörigenkontakten, Rentenzahlungen oder eines Wohnsitzes, Gespräche und Vorbereitung von Entlassungen. Mit dem Bundessozialhilfegesetz von 1961 wechselte die Berufsbezeichnung von „Wohlfahrtspflege“ zu „Sozialarbeit“. Nach wie vor fehlten spezielle Ausbildungsgänge, nur in Heidelberg konnten die Fachkräfte seit 1963 an einem zwei-



Wohngemeinschaft in Marsberg, Gruppengespräch, ca. 1976

jährigen „sozialpsychiatrischen“ Lehrgang teilnehmen. Ab 1965 ermöglichten neue Planstellen in Westfalen eine fachliche Vernetzung. Daraus ergab sich ein „Funktionsplan“ als Arbeitsplatzbeschreibung und 1971 die Einladung an Waltraud Matern zur Mitarbeit in der Arbeitsgruppe *Intramurale Dienste* der Psychiatrie-Enquete-Kommission. 1972 wechselte sie an die Klinik in Marsberg und baute dort bis 1992 Wohngruppen, Laienhelferarbeit, Arbeitsrehabilitation und eine Beschwerdekommision mit auf.

### Psychiatrische Sozialarbeit in der DDR

In den ostdeutschen Anstalten lebten nach Kriegsende statt 30.000 nur noch 6000 Patientinnen und Patienten. Die Außenfürsorge blieb in einigen Regionen erhalten (etwa in Uchtspringe, Haldensleben und Pfaffenrode). Im Unterschied zur Bundesrepublik wurden ab 1952 Planstellen für die Fürsorge in den Kliniken geschaffen und im staatlichen *Perspektivplan für Psychiatrie und Neurologie* der Jahre 1959–1964 fortgeschrieben. Die gesundheitsfürsorgerische Arbeit fand in staatlichen und kirchlichen Anstalten, Polikliniken, Dispensaires und Beratungsstellen statt. Die *Rodewischer Thesen* forderten 1963 jeweils ein klinisches „Kollektiv aus Psychiatern, Psychologen und Fürsorgerinnen“ samt soziotherapeutischen Verfahren [6]. Um 1975 spielte sich die stationäre Versorgung unter den Bedingungen der SED-Diktatur mit rund 33.000 Betten vor allem in 26 großen Fachkrankenhäusern ab.



Beratungsstelle für Nerven- und Gemütskranke, Berlin-Charlottenburg, 1950





Sternmarsch 1980



Öffentlichkeitsarbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes Berlin-Spandau, 1987

Der Werdegang von Susanne Ulrich aus Rostock, ebenfalls eine Zeitzeugin, ist typisch für die Laufbahn zur psychiatrischen Sozialarbeit in der DDR. Nach der Ausbildung als Krankenschwester ab 1967 spezialisierte sie sich 1974 zur Fachschwester für Psychiatrie und Neurologie und absolvierte 1975/76 die Ausbildung zur Gesundheitsfürsorgerin an der Bezirksakademie Rostock. An der Universitäts-Nervenlinik Rostock arbeitete sie in den 1980er Jahren im Team mit Ärzten, Pflegekräften und Psychologen, betreute Arbeitstherapie oder geschützte Brigaden in den Betrieben und kooperierte mit Behörden und Gemeindefürsorgern. Die Berufsbezeichnung „Fürsorger/in“ blieb für die rund 650 Fachkräfte in allen Krankenhäusern der DDR bis 1990 erhalten, die Ausbildungsgänge wurden von der *Fachschule für Gesundheits- und Sozialwesen Prof. Dr. Karl Gelbke* in Potsdam organisiert. Gemeindepsychiatrische Reformen sind nur regional begrenzt umgesetzt worden, etwa in Leipzig unter Klaus Weise (1929–2019) [7]. Den Übergang nach der „Wende“ 1989 erfuhren viele Fachkräfte als schwierig: Ambulante Zentren wurden aufgelöst und eine Nachqualifikation obligat, ebenso verschwanden aber auch Bettensäle oder nach Geschlechtern getrennte Stationen.

### Ambulante Sozialarbeit in Berlin

Im Zuge der Reformära der 1970er Jahre und der Kritik der eklatanten Missstände in den Kliniken der Bundesrepublik hieß es im Hauptbericht zur Psychiatrie-Enquete von 1975: „Katastrophal ist der Mangel an Sozialarbeitern. Am Stichtag waren lediglich 183 Sozialarbeiter in den psychiatrischen Krankenhäusern tätig. Auf 540 Betten kommt demnach ein Sozialarbeiter.“ [8]. Im nächsten Jahrzehnt wurden umfassend kostengünstige Planstellen geschaffen. Unsere Zeitzeugin Ilse Eichenbrenner, die 1977 ihre Tätigkeit im Sozialpsychiatrischen Dienst Berlin-Spandau begann, schrieb rückblickend: „Kaum noch vorstellbar ist die Euphorie, mit der sich die Sozialarbeiterinnen der siebziger Jahre in die junge Gemeindepsychiatrie stürzten. [...] Zwischen der Klinik, den Ärzten und dem Amt gab es nur uns: Sozialarbeiterinnen in der Ambulanz, im Sozialdienst, im Sozialpsychiatrischen Dienst. Wir verknüpften die Welten; nur wenige kannten Drinnen und Draußen so wie wir.“ [9]

Anders als Waltraud Materns Aufbauarbeit in Westfalen spielte sich die Tätigkeit in der Metropole vor dem Hintergrund einer langen Tradition ab. West-Berlin besaß – ebenso wie Ost-Berlin – bereits seit den 1920er Jahren bezirkliche

Fürsorgestellen für Nerven- und Gemütskranke, die seit 1967 unter der Bezeichnung *Sozialpsychiatrischer Dienst* an den zwölf Gesundheitsämtern firmierten. In der Schnittstellenfunktion dieser ambulanten psychiatrischen Sozialarbeit verschmolzen in den 1980er Jahren Methoden der sozialen Einzelhilfe und der Gemeinwesenarbeit. Auch erhielten die Fachkräfte bei der Begleitung von Zwangseinweisungen Verantwortung und Macht. Eichenbrenner engagierte sich in Fachgesellschaften, organisierte den bezirklichen Krisendienst, unterstützte Psychiatrieerfahrene als neue psychiatriepolitische Akteure und erlebte den Bettenabbau in Berlin ebenso wie Management und Bürokratie der neuen Hilfeplanverfahren. Erst mit der Psychiatrie-Personalverordnung von 1991 erhielt die psychiatrische Sozialarbeit den Status einer formalrechtlich regulären Berufsgruppe mit durchschnittlich einer Stunde Zeit pro Fall und Woche. 1996 gab Ilse Eichenbrenner den Sammelband *Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie* mit heraus – eine der ersten deutschsprachigen Einführungen in diese Profession [10].

### Klinische Sozialarbeit in West und Ost

Unsere historische Spurensuche belegt den langen Weg zur Professionalisierung der psychiatrischen Sozialarbeit in Deutschland. Die Verzögerung gegenüber dem angloamerikanischen Raum könnte auf die Dominanz der anstaltsfixierten Außenfürsorge in der Weimarer Zeit zurückzuführen sein, aber auch auf deren nationalsozialistische Umnutzung bis 1945 sowie auf die sozialpolitische Vernachlässigung der Psychiatrie bis Anfang der 1970er Jahre. Die Berichte der Zeitzeuginnen aus dieser zunächst überwiegend „weiblich“ besetzten Berufsgruppe zeigen Gemeinsamkeiten: ihre erfüllende berufliche Identität ebenso wie ihr (sozial-)therapeutisches Selbstverständnis und ihre praktischen Beiträge zur Humanisierung kustodialer Strukturen. Deutliche Unterschiede betreffen ihre Generationen und den West-Ost-Vergleich (etwa klinische Hierarchien vs. Teamorientierung). Der in der DDR arbeitende Sozialarbeiter Ulrich Kießling hat ebenfalls die „Ungleichzeitigkeit“ der Entwicklung betont: Während (klinische) Sozialarbeit in der BRD seit den späten 1960er Jahren als emanzipatorisch verstanden wurde, gelte dies für die DDR erst ab den 1980er Jahren [11]. Unter dem Strich wird klar, dass die Soziale Arbeit inzwischen zum festen Bestandteil der multiprofessionell organisierten, mehrdimensional denkenden und partizipativ handelnden Psychiatrie im 21. Jahrhundert geworden ist.

### Literatur

- Brückner B, Kersting F-W (Hrsg) (2021) Eine vergessene Geschichte: Psychiatrische Sozialarbeit in Deutschland. Berichte, Dokumente und Analysen aus der Bundesrepublik und der DDR (1960–1990). Hochschule Niederrhein, Mönchengladbach (siehe auch untenstehendes Buchcover)
- Tomes N (2008) The Development of Clinical Psychology, Social Work, and Psychiatric Nursing. 1900–1980s. In: ER Wallace IV, J Gach (Hrsg) History of Psychiatry and Medical Psychology. Springer, New York: 657–682
- Finckh G (1935) Wie kann die Krankenhausfürsorgerin bei der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses mitwirken? Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen 31(5):107
- Matern W (2016) Sozialarbeit in der Psychiatrie. Erinnerungen an den Reformaufbruch in Westfalen (1960–1980). Ardey, Münster:19–34
- Kersting F-W (Hrsg) (2003) Psychiatriereform als Gesellschaftsreform: die Hypothek des Nationalsozialismus und der Aufbruch der sechziger Jahre. Schoeningh, Paderborn
- Kumbier E, Haack K, Steinberg H (2013) 50 Jahre Rodewischer Thesen – zu den Anfängen sozialpsychiatrischer Reformen in der DDR. Psychiatr Prax 40(6):313–320
- Weise K, Uhlig M (1992) Entwicklungsformen und derzeitige Wirkungsbedingungen der Psychiatrie in der Deutschen Demokratischen Republik. In: A Thom, E Wulff (Hrsg) Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West. Psychiatrie-Verlag, Bonn:440–446
- Deutscher Bundestag (1975) Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. (Unterrichtung durch die Bundesregierung, Drucksache 7/2004). Heger, Bonn:12
- Eichenbrenner I (2009) Zwischen Lebensweltorientierung und Psychotherapie – Sozialarbeiterinnen und Sozialpädagogen die Reformgewinner? In: Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie 27(1):15–17
- Clausen J, Dresler KD, Eichenbrenner I (1996) Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie: eine Einführung. Lambertus, Freiburg
- Kießling U (2021) Psychiatrische Sozialarbeit in der DDR. Eine Rekonstruktion. In: B Brückner, F-W Kersting (Hrsg) Eine vergessene Geschichte: Psychiatrische Sozialarbeit in Deutschland. Hochschule Niederrhein, Mönchengladbach:89–109



### Autoren

**Prof. Dr. phil. Burkhard Brückner** ist Professor für Sozialpsychologie an der Hochschule Niederrhein, u. a. mit Schwerpunkt Psychosoziale Prävention sowie Geschichte der Psychiatrie.

**Prof. Dr. phil. Franz-Werner Kersting** lehrt Neuere und Neueste Geschichte am Historischen Seminar der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster u. a. mit Schwerpunkt auf Psychiatriegeschichte.

### DGPPN Kongress 2021

Symposium | Psychiatrie in der DDR – ein wissenschaftshistorischer Diskurs

27.11.2021 | 12:30–14:00 Uhr

# IMPRESSUM

## Herausgeber

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

Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin  
Tel.: 030.2404 772-0  
pressestelle@dgppn.de

Präsident  
Thomas Pollmächer  
(V.i.S.d.P.)

Registergericht:  
VR 26854 B, Amtsgericht  
Berlin-Charlottenburg

## Redaktion

*Psyche im Fokus* entsteht im Teamwork:  
Gabriel Gerlinger (Leitung) | Julie Holzhausen (Leitung)  
Isabelle Lork (Koordination)  
Julia Sander | Paula Schickanz | Michael Wassiliwizky  
Josephine Winkler | Robert Zeidler

## Layout und Reinzeichnung

Irene Pranter

## Auflage

10.000 Exemplare

## Erscheinungsdatum

Oktober 2021

## Design- und Gestaltungskonzept

wenkerottke.

## Schlusskorrektur

Heide Frey

## Druck

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

## ABBILDUNGEN

Titelseite: unsplash/Jordan Ladikos; S.2 und S.22-27: Claudia Burger; S.10: unsplash/  
Lobostudio-Hamburg; S.11: Thomas Metzinger: privat; Annette Güldenring: Westküsten-  
kliniken; Thomas Penzel: privat; Otto Kernberg: corn; Katrin Amunts: Forschungszentrum  
Jülich Mareen Fischinger; Silke Schickanz: Vincent Leifer; Harald Baumeister: Elvira  
Eberhardt; S.14+16: Random House/Florian Weinert; S.17: Buchcover: vom Verlag; S.36:  
unsplash/Annie Spratt; S.42: flickr: quapan cc; S.44: Berliner Archiv für Sozialpsychiatrie;  
S.45: Sammlung W. Matern; S.46 oben: Birgit Görres/Ludwig Janssen (Hrsg), 40 Jahre  
Psychiatrie-Enquete, 40 Jahre Dachverband Gemeindepsychiatrie. Eine Chronik mit  
Interviews und Fachartikeln, Köln 2015, S.18; unten: Berliner Archiv für Sozialpsychiatrie;  
S.47: Buchcover vom Verlag

## DGPPN

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

Geschäftsstelle DGPPN  
Reinhardtstraße 27 B  
10117 Berlin  
T 030.2404 772-0  
F 030.2404 772-29  
E sekretariat@dgppn.de

[dgppn.de](https://www.dgppn.de)

24.–27.11.2021

**DGPPN  
KONGRESS  
2021**

hybrid

*[www.dgppnkongress.de](http://www.dgppnkongress.de)*

ISSN 2749-1056 (Print)

ISSN 2749-2478 (Online)