

PSYCHE IM FOKUS

Das Magazin der DGPPN



Cannabis-Legalisierung

Kein grünes Licht für Risiken

→ S. 18

Herlinde Koelbl

Seele durch den Sucher

→ S. 22

DGPPN Kongress

In Berlin mit Digitalangebot

→ S. 28

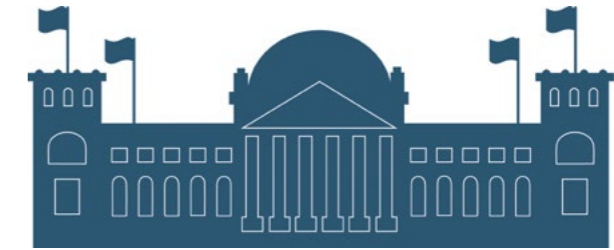


DGPPN-Medienpreis 2021

Friendship Bench

Simbabwes Geheimwaffe gegen Depression

→ S. 10



Wie viel Fortschritt wagt die neue Bundesregierung?
→ S. 4

INHALT

- 2** EDITORIAL
- 4** GESUNDHEITSPOLITIK
- 10** MEDIENPREIS
Eine sichere Bank
- 18** PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT
Cannabis-Legalisierung
- 22** UNTER VIER AUGEN
Herlinde Koelbl und Arno Deister im Gespräch
- 28** DGPPN KONGRESS 2022
Ein Kongress – viele Begegnungen
- 32** WISSENSCHAFT
Klimawandel und Psyche
- 38** WISSENSCHAFT
Merk-würdige Studienergebnisse



Welche Kraft haben Bilder im Kampf gegen Stigmatisierung?
→ S. 22

- 40** NACHWUCHS
Die neue Kampagne ist da
- 42** ETHIK UND RECHT
Neuregelung der Suizidassistentz
- 46** AKTIONSBÜNDNIS SEELISCHE GESUNDHEIT
„Reden hebt die Stimmung“
- 48** IMPRESSUM



Was hat ein Rapper mit einer Notfall-Hotline zu tun?
→ S. 38



Wie wirkt sich der Klimawandel auf die Psyche aus?
→ S. 32

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 an einer besseren Lösung.

Liebe Leserinnen und Leser,



unsere Gedanken sind derzeit bei allen, die durch die kriegerischen Handlungen in der Ukraine körperliche und seelische Verletzungen erleiden. Besonders gefährdet sind Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen, die sich nicht selbst in Sicherheit bringen oder verteidigen können und oft in Einrichtungen leben, die schon in Friedenszeiten Unterstützung brauchten. Unter der zerstörerischen Kraft des Krieges leidet vor allem die medizinische Versorgung. Wir bitten daher unsere Mitglieder um Hilfe für die Geflüchteten. Wenn Sie als Arzt oder Ärztin Russisch und/oder Ukrainisch sprechen und telefonisch Beratung anbieten möchten, so melden Sie sich über unser Formular auf dgppn.de.

Auch wenn der Ukraine-Krieg zweifelsohne das vordringlichste Thema auf der aktuellen Agenda der neuen Bundesregierung ist, so haben sich die Regierungsparteien in den vergangenen Monaten auch mit diversen gesundheitspolitischen Themen befasst. Was im Koalitionsvertrag diesbezüglich festgeschrieben ist, lesen Sie ab Seite 4. Eine wichtige Angelegenheit, die der Bundestag voraussichtlich im Sommer diskutieren wird, ist die Regelung der Suizidassistenz. Bereits im letzten Jahr hat die DGPPN dazu die Meinung ihrer Mitglieder mit einer Umfrage erfasst. Den aktuellen Stand der Debatte finden Sie auf Seite 42. Der ausführliche Ergebnisbericht wird in Kürze in der Zeitschrift *Der Nervenarzt* veröffentlicht werden, und auch unser Hauptstadtsymposium am 21. Juni steht im Zeichen dieser zentralen Diskussion.

Da unsere *Psyche im Fokus* – genau wie unser Fach – für Vielfalt steht, dürfen Sie sich auch auf viele andere Themen freuen: Im Vier-Augen-Gespräch beispielsweise gewährt die berühmte Fotografin Herlinde Koelbl besondere Einblicke in ihre Arbeit. Sie verrät, was sie an der künstlerischen Auseinandersetzung mit Menschen besonders fasziniert und wie sie dabei vorgeht. Mit außergewöhnlichen Bildern und einem beispiellosen Bericht aus Simbabwe wartet zudem der Artikel „Eine sichere Bank“ auf, den wir im letzten Jahr mit dem DGPPN-Medienpreis ausgezeichnet haben.

Einen ersten Vorgeschmack auf den diesjährigen DGPPN Kongress, der unter dem Motto „Ethik, Recht und psychische Gesundheit“ steht, finden Sie ebenfalls in dieser Ausgabe.

Ihr Thomas Pollmächer – für den Vorstand der DGPPN

Präsident

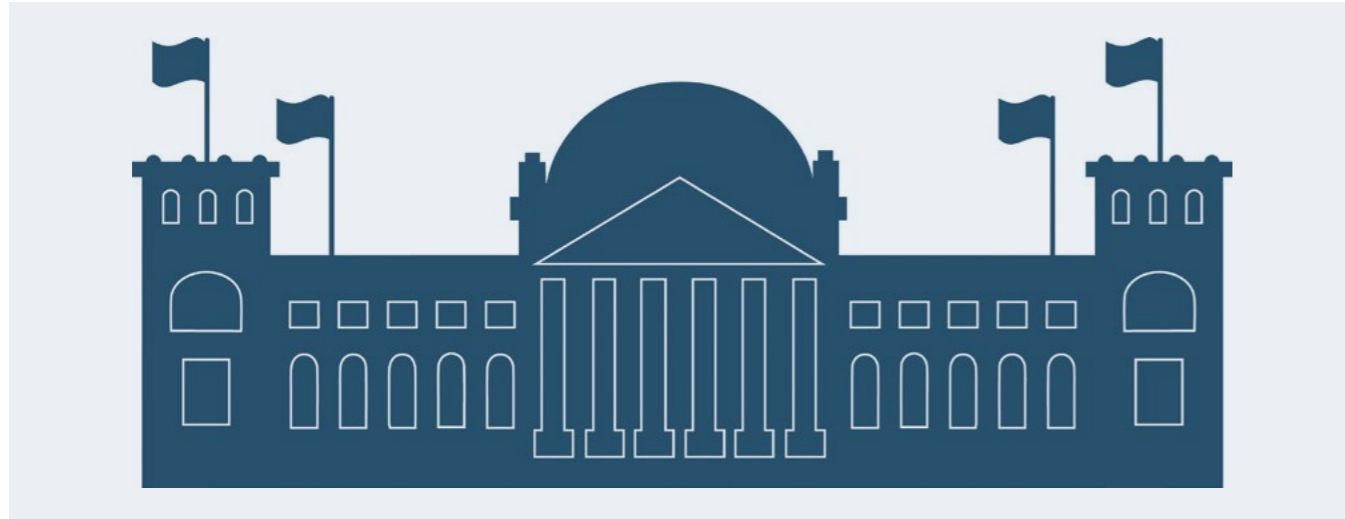
„Gesundheitspolitik kann nur dann erfolgreich sein, wenn sie sich in der Wissenschaft verankert findet.“

Karl Lauterbach*

* bei der Amtsübergabe des Gesundheitsministeriums

Gesundheitspolitik

„Mehr Fortschritt wagen“ – auch in der Psychiatrie



Ende letzten Jahres stellten SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP ihre Pläne für die Legislaturperiode 2021–2025 vor. Relevante Vorhaben betreffen auch die Versorgung und Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Zeit also, um einen Überblick zu geben und die wichtigsten Aspekte unter die Lupe zu nehmen.

Gesundheit

Der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung ist im Koalitionsvertrag ein eigener Abschnitt gewidmet, was den unverändert hohen Stellenwert der psychischen Gesundheit für die Politik gerade in Zeiten der Pandemie illustriert. So soll eine bundesweite Aufklärungskampagne zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen gestartet werden. Um Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz insbesondere für Kinder- und Jugendliche, aber auch in ländlichen und strukturschwachen Gebieten deutlich zu reduzieren, soll die psychotherapeutische Bedarfsplanung reformiert werden. Vor allem für Patienten mit schweren und komplexen Erkrankungen will die Regierung die ambulante psychotherapeutische Versorgung verbessern und den Zugang zu ambulanten Komplexleistungen sicherstellen. Die entsprechenden Kapazitäten sollen bedarfsgerecht, passgenau und stärker koordiniert ausgebaut werden. Dies

ist als Bezug zur 2021 vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beschlossenen Richtlinie über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung besonders für schwer psychisch kranke Versicherte mit komplexem psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL) zu lesen. Den von der DGPPN bereits 2021 geäußerten Überarbeitungsbedarf scheint auch die Regierung zu sehen und könnte den G-BA mit der Überarbeitung der Richtlinie beauftragen. In diesem Kontext wird auch die Gründung von sozialpsychiatrischen Schwerpunktpraxen diskutiert, die fachärztlich geleitet sind und multiprofessionell Psychotherapie, Krankenpflege, Soziotherapie, Ergotherapie sowie ggf. Physiotherapie integriert anbieten können – sogenannte ambulante Komplexleistungen. Auch den Institutsambulanzen soll in allen psychiatrischen Behandlungsbereichen die Möglichkeit intensiver ambulanter Komplexleistung eröffnet werden. *Psyche im Fokus* berichtete bereits über das entsprechende AMBI-Konzept. Außerdem ist ein flächendeckender Ausbau der ambulanten psychiatrischen Notfall- und Krisenversorgung geplant.

Im stationären Bereich soll für eine leitliniengerechte psychotherapeutische Versorgung und eine bedarfsgerechte Personalausstattung gesorgt werden. Auch an dieser Stelle sind Aufträge an den G-BA zu erwarten, der im Septem-

ber 2021 entgegen dem klaren gesetzlichen Auftrag keine Verbesserung der Personalausstattung psychiatrischer Kliniken mit Ärzten und Psychologen, die Psychotherapie erbringen, beschlossen hat. Auch das grundsätzliche Problem der *Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik-Richtlinie* (PPP-RL), keine qualitätsbezogenen und bedarfsgerechten Personalanhaltszahlen zu definieren, soll nach dem Willen der Regierung wieder auf die politische Tagesordnung kommen. Das Plattform-Modell, welches bedarfsgerechte Personalanhaltszahlen berechnen soll, wird aktuell in einem vom Innovationsfonds geförderten Forschungsprojekt erprobt.

→ Drogen

Den Forderungen von Grünen und FDP im Wahlkampf folgend, plant die Koalition, eine kontrollierte Abgabe von Cannabis an Erwachsene zu Genusszwecken in lizenzierten Geschäften einzuführen. Dadurch sollen die Qualität kontrolliert, die Weitergabe verunreinigter Substanzen verhindert und der Jugendschutz gewährleistet werden. Das Gesetz soll nach vier Jahren auf gesellschaftliche Auswirkungen evaluiert werden. Modelle zum *Drugchecking* und Maßnahmen der Schadensminderung sollen ermöglicht und ausgebaut werden. Aus Sicht der DGPPN sind hierbei insbesondere die Prävention auszubauen, der Jugendschutz zu gewährleisten, Beratungs- und Behandlungsangebote zu erweitern und Begleitforschung anzustellen. Die Einnahmen aus dem Cannabisverkauf sollten vollständig zur Finanzierung dieser Maßnahmen verwendet werden.

Bei der Alkohol- und Nikotinprävention setzt die Bundesregierung auf verstärkte Aufklärung mit besonderem Fokus auf Kinder, Jugendliche und schwangere Frauen. Sie will Regelungen für Marketing und Sponsoring bei Alkohol, Nikotin und Cannabis verschärfen und diese immer wieder an neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen messen sowie Maßnahmen zum Gesundheitsschutz daran ausrichten. Zudem sollen Schmerzmittel im Betäubungsmittelgesetz für Gesundheitsberufe delegationsfähig gemacht werden.

→ Gesundheitssystem

Der Koalitionsvertrag sieht vor, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in einem Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit am Bundesministerium für Gesundheit aufgeht, in dem die Aktivitäten im *Public-Health-Bereich*, die Vernetzung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und die Gesundheitskommunikation des Bundes angesiedelt sind. Zudem hat sich die Ampel den Bürokrati-

tieabbau auf die Fahnen geschrieben. Das SGB V und weitere Normen sollen darauf hin geprüft werden, ob Dokumentationspflichten durch technischen Fortschritt überholt sind. Mit einem Bürokratieabbaupaket sollen Hürden für eine gute Versorgung abgebaut werden.

Durch den Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren will die Regierung eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung sicherstellen und diese durch spezifische Vergütungsstrukturen fördern.

Die Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen) soll erhöht und der gesetzliche Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ausgeweitet werden, um innovative Versorgungsformen zu stärken. Vorgesehen ist auch, die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiterzuentwickeln. Für ein diverses, inklusives und barrierefreies Gesundheitswesen wird mit den Beteiligten bis Ende 2022 ein Aktionsplan erarbeitet.

Mit einem Bund-Länder-Pakt will die Regierung die nötigen Reformen für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung auf den Weg bringen. Eine kurzfristig eingesetzte Kommission soll hierzu Empfehlungen vorlegen und gezielt Leitplanken für eine Krankenhausplanung erarbeiten, die auf Leistungsgruppen und Versorgungsstufen basiert und sich an Kriterien wie der Erreichbarkeit und der demographischen Entwicklung orientiert. Sie legt Empfehlungen für eine Weiterentwicklung der Krankenhausfinanzierung vor, die das bisherige System um ein nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen ergänzt.

Mit einer Reform des G-BA sollen die Entscheidungen der Selbstverwaltung beschleunigt, die Patientenvertretung gestärkt und der Pflege wie auch anderen Gesundheitsberufen weitere Mitsprachemöglichkeiten eingeräumt werden, sobald sie betroffen sind.

Der Innovationsfonds soll verstetigt, das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) weiterentwickelt und Sprachmittlung, auch mithilfe digitaler Anwendungen, im Kontext notwendiger medizinischer Behandlung Bestandteil des SGB V werden.

→ Prävention

Das Präventionsgesetz soll ausgebaut und die Primär- und Sekundärprävention gestärkt werden. Zudem sind ein

Nationaler Präventionsplan sowie konkrete Maßnahmenpakete u. a. zu den Themen „Einsamkeit“, „Suizid“ und „Vorbeugung von klima- und umweltbedingten Gesundheitsschäden“ geplant. Zu den Zusammenhängen zwischen klimabedingten Veränderungen und psychischen Erkrankungen siehe Seite 32.

→ Digitales

Geplant ist, die Vermittlung digitaler Kompetenzen in der Ausbildung der Gesundheits- und Pflegeberufe zu implementieren; die Approbationsordnung mehr auf Digitalisierung, Ambulantisierung, Spezialisierung, Individualisierung und berufsgruppenübergreifende Kooperation auszurichten und telemedizinische Leistungen inklusive Arznei-, Heil- und Hilfsmittelverordnungen sowie Videosprechstunden, Telekonsile, Telemonitoring und die telenotärztliche Versorgung regelhaft zu ermöglichen.

→ Long-COVID

Zur weiteren Erforschung und Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung rund um die Langzeitfolgen von COVID-19 sowie für das chronische Fatigue-Syndrom (ME/CFS) ist ein deutschlandweites Netzwerk von Kompetenzzentren und interdisziplinären Ambulanzen geplant.

Bildung und Forschung

SPD, Grüne und FDP definieren als zentrale Zukunftsfelder für Forschung ein vorsorgendes, krisenfestes und modernes Gesundheitssystem, welches die Chancen biotechnologischer und medizinischer Verfahren nutzt und altersabhängige Erkrankungen sowie seltene oder armutsbedingte Krankheiten bekämpft. Bereits vorhandene Kompetenzen und Entwicklungspotenziale im Forschungsbereich will die Koalition weiter stärken, indem mit zusätzlichen Mitteln ein neues Forschungszentrum der Helmholtz-Gemeinschaft für Altersforschung errichtet wird. Auch die perspektivisch vereinbarte Steigerung der Programmpauschalen der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) soll in verlässlichen Aufwuchsschritten bis zum Ende der Vertragslaufzeit des Paktes für Forschung und Innovation umgesetzt werden.

Arbeit und Soziales

Die Einstiegsqualifizierung, die assistierte Ausbildung, ausbildungsbegleitende Hilfen und Verbundausbildungen sollen ausgebaut werden. Den hohen Arbeits- und Gesundheitsschutz in der sich wandelnden Arbeitswelt will die Regierung erhalten und an neue Herausforderungen an-

passen. Dabei soll insbesondere die psychische Gesundheit einen hohen Stellenwert erhalten.

Nach dem Vorbild des *Hamburger Modells* soll das betriebliche Eingliederungsmanagement als Instrument auf Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite stärker etabliert und nach einheitlichen Qualitätsstandards flächendeckend verbindlich gemacht werden.

Um frühzeitig einer Erwerbsminderung entgegenzuwirken, sollen Ü45-Gesundheits-Checks gesetzlich verankert und flächendeckend ausgerollt werden. Hierbei wird sich die DGPPN für eine Berücksichtigung von psychischen Erkrankungen stark machen, die bekanntermaßen das größte Risiko für Frühverrentungen bergen.

Geplant ist, die Arbeitsmarktintegration von Menschen mit Behinderungen zu priorisieren: Die Angebote von Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) sollen stärker auf die Integration sowie die Begleitung von Beschäftigungsverhältnissen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt ausgerichtet werden. Außerdem soll für mehr Teilhabe und politische Partizipation von Menschen mit Behinderungen an wichtigen Vorhaben auf Bundesebene gesorgt werden. Verstetigt werden soll zudem psychosoziale Hilfe für geflüchtete Menschen. Das Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) soll um innovative quartiernahe Wohnformen ergänzt und deren Förderung durch Bund, Länder und Kommunen ermöglicht werden.

Justiz

Das Sanktionensystem einschließlich Ersatzfreiheitsstrafen, Maßregelvollzug und Bewährungsaufgaben soll mit dem Ziel von Prävention und Resozialisierung reformiert werden. Die DGPPN wie auch eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe haben kürzlich Vorschläge für eine Reform des § 64 StGB vorgelegt. Eine aktuelle bundesweite Umfrage der DGPPN erhebt belastbare Daten zu zentralen Kennzahlen in den Kliniken des Maßregelvollzugs. Die Ergebnisse der Umfrage werden im nächsten Heft erscheinen. Die Ampelkoalitionäre rufen außerdem den Bundestag dazu auf, durch zeitnahe fraktionsübergreifende Anträge das Thema Sterbehilfe einer Entscheidung zuzuführen. Eine erste Gruppe von Abgeordneten um Kirsten Kappert-Gonther (Bündnis 90/Die Grünen) ist dem Aufruf gefolgt (siehe Seite 42).

Familie, Senioren, Frauen, Jugend

Wohnungslose Menschen wollen SPD, Grüne und FDP u. a. mit *Housing-First*-Konzepten fördern. Dies sind aktuell noch Modellprojekte zur langfristigen Bekämpfung von

Obdachlosigkeit, bei denen Betroffene durch umfangreiche, langfristige und vor allem individuelle und flexible Hilfen in die Lage versetzt werden sollen, eine Wohnung dauerhaft halten zu können. Darüber hinaus will die neue Regierung Kinder von psychisch, sucht- oder chronisch

kranken Eltern unterstützen. Hierbei geht es um die Umsetzung der Empfehlungen einer Expertengruppe, an der auch die DGPPN beteiligt war. Eine aktuelle Stellungnahme der DGPPN und anderer Organisationen macht Vorschläge für Reformansätze im SGB V.

Sprachbarrieren überwinden

Was die DGPPN schon lange fordert, soll in dieser Legislatur Realität werden: Die neue Regierungskoalition will Sprachmittlung in den Leistungskatalog der GKV aufnehmen – ein wichtiger Fortschritt für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit eingeschränkten Deutschkenntnissen. Aber für eine erfolgreiche Umsetzung müssen die richtigen Rahmenbedingungen geschaffen werden.

In Psychiatrie und Psychotherapie sind eine fachgerechte Beratung, Diagnostik, Aufklärung und Behandlung ohne eine gemeinsame sprachliche Basis zwischen Patienten und Behandlern kaum denkbar. Mithilfe der Unterstützung eines Sprachmittlers kann die Verständigung aber gelingen. In ihrem Koalitionsvertrag haben sich SPD, Grüne und FDP darauf geeinigt, Sprachmittlung für notwendige medizinische Behandlungen in das SGB V aufzunehmen. Gemeinsam mit anderen Verbänden zeigt die DGPPN in einem Positionspapier auf, welche Aspekte dabei in Hinblick auf Patienten mit psychischen Erkrankungen berücksichtigt werden sollten.

Dabei ist Sprachmittlung nicht mit der wörtlichen Übersetzung des Gesagten in eine andere Sprache gleichzusetzen, sondern berücksichtigt auch die Behandlungssituation und die individuellen Voraussetzungen der Adressaten, also zum Beispiel dessen Vorwissen und Erwartungshaltungen. Laut Positionspapier ist speziell für die Behandlung fremdsprachiger Menschen mit psychischen Erkrankungen eine professionelle Sprachmittlung erforderlich, die auch Aspekte der Kulturmittlung umfasst. Diese anspruchsvolle und verantwortungsvolle Aufgabe kann nur von entsprechend qualifizierten Personen erbracht werden und ist angemessen



zu vergüten. Automatisierte Übersetzungssysteme mit Spracherkennung und Sprachausgabe sind keine geeignete Alternative. Die Möglichkeit, Fachkräfte telefonisch oder per Video zuzuschalten, ist dabei insbesondere in Regionen, in denen keine passenden Sprachmittler zu Verfügung stehen, wünschenswert und muss entsprechend refinanziert werden.

Über die Frage, ob Sprachmittlung indiziert ist, sollte allein der behandelnde Arzt oder Psychotherapeut entscheiden. Zudem sollte sie über den gesamten Behandlungsverlauf hinweg sowie in verschiedenen Settings zur Verfügung stehen. Der Mehraufwand, der Behandelnden durch die Organisation und den Einsatz von Sprachmittlung entsteht, muss ebenfalls angemessen vergütet werden. Über die Vereinbarung im Koalitionsvertrag hinaus ist zu fordern, dass auch geflüchtete Menschen Sprachmittlung erhalten, selbst wenn sie in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland in der Regel noch keinen Anspruch auf Leistungen des SGB V haben.

Cannabis: Risiken bedenken

Im Koalitionsvertrag ist die kontrollierte Abgabe von Cannabis vorgesehen, jedoch muss die Umsetzung aus Sicht der DGPPN eng medizinisch-wissenschaftlich begleitet werden, um Gesundheitsrisiken zu minimieren.

In den meisten europäischen Ländern hat der Cannabiskonsum in den letzten Jahren zugenommen, wobei nicht ganz klar ist, inwieweit eine regulierte Cannabisfreigabe dies beeinflusst hat. Dennoch gibt es Hinweise darauf, dass sich durch eine Legalisierung von Cannabis die Zahl der Konsumenten erhöht. Es ist anzunehmen, dass damit auch die Zahl der Menschen steigt, die cannabisbezogene Störungen und Folgeerkrankungen entwickeln. Aufgrund der hohen Gesundheitsrisiken darf eine kontrollierte Abgabe von Cannabis nicht zu mehr konsumierenden, abhängigen und psychisch erkrankten Menschen führen. Die wichtigsten Maßnahmen betreffen daher Prävention, Jugendschutz, spezifische Beratungs-/Behandlungsangebote, Begleitforschung und Finanzierung.

Auf der Ebene der Verhaltensprävention sollten zielgruppenspezifische Angebote entwickelt werden: für Adoleszente sowie Menschen mit psychischen Erkrankungen, vorbestehenden Suchterkrankungen oder familiärem Risiko für psychische Störungen. Zudem braucht es spezifische

Präventionsangebote zur Vermeidung einer Teilnahme am Straßenverkehr nach dem Cannabiskonsum und schulische Präventionsprogramme.

Ganz entscheidend bei der Risikominimierung sind Maßnahmen der Verhältnisprävention. Hier geht es z. B. um die Frage des Mindestalters. Die Hirnreifung ist – mit großen interindividuellen Unterschieden – erst in der Mitte der dritten Lebensdekade abgeschlossen. Aus psychiatrischer und neurobiologischer Sicht und nach gegenwärtigem Stand des Wissens, sollte die Altersgrenze für den Zugang nicht vor Vollendung des 21. Lebensjahres liegen. Eine derartige Altersbegrenzung könnte die Gefahr von Folgeschäden auf das ausgereifte Gehirn zumindest vermindern. Weitere Maßnahmen der Zugangskontrolle betreffen u. a. ein direktes und indirektes Werbeverbot, eine kontrollierbare Mengengrenzung beim Verkauf, eingeschränkte Öffnungszeiten und eine begrenzte Anzahl der Verkaufsstellen.

Über die beschriebenen Maßnahmen hinaus sieht die DGPPN weiteren Regelungsbedarf hinsichtlich einer Begrenzung der Verfügbarkeit. So soll einer lokalen Häufung von Abgabestellen entgegengewirkt werden. Gleichzeitig ist der Ausbau spezifischer und kultursensibler Beratungs- und Behandlungsangebote dringend geboten.

Eine umfassende Begleitforschung muss den Zusammenhang zwischen Liberalisierung des Zugangs zu Cannabis und der möglichen Erhöhung der Konsum- und Missbrauchsprävalenz in den Blick nehmen. Zu beobachten ist insbesondere die Entwicklung der Behandlungszahlen im Suchthilfesystem, aber auch z. B. in den Notaufnahmen wegen akuter Nebenwirkungen. Verfolgt werden müssen zudem Veränderungen im Konsumverhalten in unterschiedlichen Gruppen und bei den (erst-)auffälligen Konsumenten im Straßenverkehr. Auch Veränderungen des THC- und Cannabidiol-Gehalts und ggf. anderer Cannabinoide in den verkauften Produkten sollten erfasst werden.

Nicht zuletzt ist sicherzustellen, dass die gesamten Einnahmen aus dem Cannabisverkauf zur Förderung von Prävention und Jugendschutz sowie zur Suchtversorgung und -forschung verwendet werden.



Familienorientierte Versorgung



Seit Jahren weisen Experten darauf hin, dass Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil häufig „durchs Netz fallen“. Das Problem: Bestehende Hilfsangebote erreichen die Familien nicht oder passen nicht zum individuellen Bedarf. Dabei sind die betroffenen Familien ganz besonders auf ein funktionierendes Hilfe- und Versorgungssystem angewiesen.

Etwa jedes vierte Kind in Deutschland wächst mit einem psychisch kranken Elternteil auf. Die Erkrankung der Eltern bedeutet für die Kinder eine große Belastung, oftmals mit negativen Auswirkungen auf ihre Entwicklung und ihr gesamtes Leben. So ist für diese Kinder das Risiko, im Verlauf ihres Lebens selbst psychisch zu erkranken, um das Drei- bis Vierfache erhöht. Theoretisch steht für die betroffenen Familien ein breites Angebot aus Hilfen und Leistungen der verschiedenen Sozialversicherungssysteme zur Verfügung. Die Unübersichtlichkeit und mangelnde Vernetzung dieser Systeme führen jedoch häufig dazu, dass notwendige Hilfen ausbleiben.

Die Dringlichkeit dieses Themas ist seit mindestens fünf Jahren auf der höchsten politischen Ebene angekommen: 2017 forderten die Mitglieder des Deutschen Bundestags die Bundesregierung einstimmig dazu auf, die Situation der Kinder mit einem psychisch kranken Elternteil zu verbessern. Zu diesem Zweck wurde 2018 unter Federführung des Bundesfamilienministeriums eine interdisziplinäre *Arbeitsgruppe Kinder psychisch und suchtkranker Eltern* (AG KipKE) mit Vertretern aus der Kinder- und Jugendhilfe,

dem Gesundheitswesen, der Behindertenhilfe, der Wissenschaft und Forschung sowie Verwaltung und Politik eingerichtet. Die AG befasste sich über anderthalb Jahre intensiv mit der Frage, wie die Situation der betroffenen Familien verbessert werden kann. Für die DGPPN hat Prof. Sabine Herpertz mitgearbeitet.

Ende 2019 legte die AG KipKE dem Deutschen Bundestag einen umfassenden Abschlussbericht mit Handlungsbedarfen und Empfehlungen vor. Eine der Kernthesen des Berichts war, dass die bereits bestehenden Hilfs- und Unterstützungsangebote der verschiedenen Hilfesysteme dringend besser vernetzt werden müssen. So existiert beispielsweise häufig keine etablierte Kooperation zwischen Vertragsärzten und der Kinder- und Jugendhilfe. Ein Teil der Empfehlungen wurde 2021 durch das Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen im SGB VIII adressiert. Damit spürbare Verbesserungen erreicht werden können, sind jedoch auch Änderungen im SGB V notwendig. Ein Großteil der Mitglieder der AG KipKE entschied sich deswegen, auch nach Beendigung des offiziellen Auftrags weiterzuarbeiten und konkrete Vorschläge für Gesetzesänderungen zu erarbeiten. Ein nun vorgelegtes Papier, an dem das DGPPN-Referat „Frauen- und Männergesundheit und Familienpsychiatrie/-psychotherapie“ mit Dr. Rieke Oelkers-Ax beteiligt war, sieht unter anderem folgende Änderungen im SGB V vor:

- Anspruch auf Versorgungsmanagement insbesondere für familienorientierte Leistungen
- Koordination und Vernetzung aller Leistungen aller SGBs für Personen mit schweren psychischen Erkrankungen und ihren Angehörigen (Familienorientierung) auch über SGB-Grenzen hinweg
- Interdisziplinäre Lotsen- und Anker teams als zentrale Anlaufstelle zur Koordinierung und Vernetzung verschiedener Leistungen aus SGB V und SGB VIII

Veranstaltungshinweis

Am 3. und 4. Mai findet die virtuelle Fachtagung „Und wer fragt mich? Unterstützung für Kinder psychisch kranker Eltern gestalten – 19 Empfehlungen der AG KipKE – und jetzt?“ statt.

Eine sichere Bank

Simbabwe

Dixon Chibandas Geheimwaffe gegen die Depression: Großmütter. In einem traumatisierten Land mit zu wenig Psychiatern macht er sie zu Laientherapeutinnen und setzt sie vor Kliniken. Wie Aleta Gukwa, die ihre Nachbarn davor bewahrt, sich das Leben zu nehmen.



Das Wichtigste an Chibandas NGO *Friendship Bench* ist ein offenes Ohr. Sophia Nyamuwanga (r.) erzählt der Laientherapeutin Elizabeth Mapaire von ihren Sorgen.

Apolonia Makadho hat ihre Sorgen unter einem fuchsenfarbenen Kleid und einem weißen Kopftuch versteckt. Sie hat sie über die staubigen Wege der Provinz Masvingo getragen bis zum Missionskrankenhaus von Jerera. Sie wollte Medikamente abholen an diesem warmen Januarvormorgen. Die Sorgen aber, dachte Makadho, die Sorgen würde sie wieder mit nach Hause nehmen. Doch dann hat Aleta Gukwa sie angesprochen. Aleta, die im selben Dorf wohnt und der sie noch nie etwas anvertraut hat. Ich bin da hinten, hat sie gesagt, komm vorbei. Alles, was wir reden, werde ich für mich behalten.

Jetzt sitzt Makadho neben ihr, und Aleta Gukwa legt mit 14 Fragen die Sorgen frei. „Hast du in der letzten Woche zu viel nachgedacht?“, liest sie von ihrem Klemmbrett ab. „Ja“, sagt Apolonia Makadho. „Kam dir dein Leben manchmal so schwer vor, dass du weinen wolltest?“ Ja, sagt Apolonia Makadho und beginnt zu weinen.

„Hast du manchmal daran gedacht, dir das Leben zu nehmen?“

„Ja“, sagt Apolonia Makadho.

Am selben Tag tritt Dixon Chibanda rund 300 Kilometer entfernt an das Bett einer Frau im Krankenhaus von Harare. Ihr Mann hat sie geschlagen, immer wieder. Wer seine Frau schlägt in Simbabwe, der hat wenig zu befürchten. Höchstens ein Bußgeld, wenn er Narben hinterlässt. Sie wollte zu ihren Eltern flüchten, aber sie hatte kein Geld für den Bus. Da hat sie sich mit Benzin übergossen und angezündet.

Dixon Chibanda ist Psychiater, einer von 15 in einem Land mit rund 15 Millionen Einwohnern und einer Suizidrate, die mehr als doppelt so hoch ist wie in Deutschland. Fast alle arbeiten wie er in der Hauptstadt Harare, zwei Drittel der Simbawer leben auf dem Land.



Der Psychiater Dixon Chibanda, 53, studierte in der Tschechoslowakei und lehrt in London. Er lernte, auf Grenzen zwischen Therapeut und Patient zu achten. Die Gogos brachten ihm bei: Es ist okay, über den eigenen Schmerz zu sprechen.

Die Frau, die keinen Ausweg wusste, als sich selbst zu verletzen, liegt in einem verwaisten Krankenhaus: Die Assistenzärzte streiken seit Monaten für höhere Gehälter, für mehr Medikamente. Das Gesicht der jungen Mutter ist verbrannt, ihr Oberkörper, ihr Haar. Sie fragt nach ihren Kindern. Wann kann sie sie sehen? Schwestern geben ihr Schmerzmittel, cremen die Haut ein. Doch ihre Verletzungen sind zu schwer für das, was ein Krankenhaus in Harare leisten kann. Sie wird sterben. Chibanda ist zu spät gekommen, wieder einmal.

„Vielleicht“, sagt der Arzt, als er hinterher von der Frau erzählt, „wäre das nicht passiert, wenn sie mit einer Großmutter geredet hätte.“

Mit einer Großmutter wie Aleta Gukwa. Einer Oma, einer Gogo. Gogos sind Dixon Chibandas Antwort auf jene Wunden, die Gewalt und Armut in Simbabwe geschlagen haben. Und seine Geheimwaffe gegen eine unsichtbare Pandemie: Mehr als 264 Millionen Menschen weltweit, schätzt die WHO, leiden an Depressionen. Unter jungen

Erwachsenen ist Suizid die zweithäufigste Todesursache. Die Hälfte von ihnen bekommt keine Therapie; in manchen Entwicklungsländern bleiben mehr als 80 Prozent der Betroffenen unbehandelt. Behandlungslücke heißt, was eigentlich ein Behandlungsgraben ist und in Ländern wie Simbabwe ein Behandlungsabgrund. Chibanda versucht, ihn zu überwinden. Vor 15 Jahren hatte er eine Idee, geboren aus Verzweiflung: Wenn der Weg zu einem Psychiater zu weit ist, dann braucht es einen Ort, der nah ist an den Menschen. Wo jemand sitzt, der zuhört. Wenn es nicht genug Therapeuten gibt, dann muss man Laien ausbilden. Dixon Chibanda hat mehrere Hundert Gogos auf Bänke gesetzt vor den Kliniken. *Friendship Bench* heißt das Projekt, das aus der Idee gewachsen ist. Sie ist aus dem Süden Afrikas in den Globalen Norden gereist, entgegen dem Strom der Entwicklungshilfen. In New York City stehen Bänke. Kanada und Australien haben Interesse angemeldet.

Eine repräsentative Studie in Harare hat bewiesen, dass die Idee funktioniert: Patienten, die mindestens neun der 14 Fragen auf dem Anamnesebogen bejahten und sich danach regelmäßig mit einer Großmutter trafen, ging es nach einem halben Jahr deutlich besser als einer Kontrollgruppe.

Trotzdem ist Chibanda noch weit von seinem Traum entfernt, in jedes Dorf in Simbabwe eine Bank zu stellen: Die meisten der Gogos arbeiten in und um Harare. Aleta Gukwa ist eine von 125 Großmüttern, die Chibandas Idee in die Provinz bringen soll.

In ihrem Schoß knetet Apolonia Makadho die Plastiktüte, in der sie ihr Patientenbuch ins Krankenhaus getragen hat. Aleta Gukwa hat ihr den kräftigen Arm um die schmale Schulter gelegt, und Makadho hat sich das tränennasse Gesicht im Kleid getrocknet. Jetzt strömen die Sorgen aus ihr heraus, und Aleta Gukwa hört zu.

Makadho ist 56 Jahre alt, seit zehn Jahren HIV-positiv, seit sechs Jahren Witwe. Ein Sohn lebt in Simbabwe, einer in Kapstadt, einer ist verschwunden. Der vierte hat seine schwangere Freundin zu seiner Mutter gebracht und ist auch nach Südafrika gegangen, einer von drei Millionen Simbawern auf der Suche nach Arbeit. Sie haben seitdem nichts mehr von ihm gehört. Die einzige Tochter hat geheiratet, aber ihr Ehemann will den Stiefsohn nicht im Haus haben. Also zieht Apolonia Makadho auch ihn groß.

Im vergangenen Monat hat ein Zyklon ihre Hütte zerstört, der Regen, drei Monate zu spät für ihren Mais,

Ein Arzt kommt selten vorbei in den Gesundheitszentren der Hauptstadt Harare. Hebammen holen Babys, Krankenschwestern impfen Kinder. Und die Großmütter auf den Freundschaftsbänken bieten kostenlose Gesprächstherapie an.



Aleta Gukwa ist 60 Jahre alt, siebenfache Mutter, dreizehnfache Gogo, Oma. Ihre Hantel hat sie selbst gebastelt, die Ziegel für ihre Küchenhütte eigenhändig gebrannt. Mit 124 anderen Großmüttern trägt sie Friendship Bench in die Provinz.

fällt durch das Dach. Makadho besitzt vier Hühner und eine Ente, aber kein einziges Rind in einer Gegend, wo eine Herde Sparbuch und Lebensversicherung zugleich ist. Sie sammelt Feuerholz, für ein Bündel bekommt sie sieben Simbabwe-Dollar, „Bond“, knapp 30 Cent.

Aleta Gukwa schreibt all das in ihre Kladde, die gefüllt ist mit Schicksalen wie diesem. Auf den Bänken der Gogos sitzen Frauen, deren Ehemänner ungeschützten Sex wollen, obwohl sie HIV-positiv sind. Hochschwängere, deren Geburtstermin verstrichen ist, die den Kindsvater nicht mehr erreichen können und die kein Geld haben für die Fahrt zu einem Krankenhaus, das Kaiserschnitte anbietet. Es kommen junge Männer, die keine Arbeit finden und deshalb die Frau nicht heiraten können, die sie lieben. [...]



Der Psychiater Dixon Chibanda und die Großmutter Aleta Gukwa sind sich nie begegnet. Aber gemeinsam versuchen sie, den Abgrund zu überbrücken zwischen denen, die reden müssen, und denen, die zuhören können. [...]

Chibanda ist 53 Jahre alt, Gukwa 60. Beide wirken zehn Jahre jünger, und beide sitzen selten still. Aleta Gukwa steht morgens um vier Uhr auf, wenn die Gemeinde für zwei Stunden das Wasser anstellt, und geht abends um acht ins Bett, nachdem sie noch ein paar Reihen Unkraut gejätet hat. Dixon Chibanda jongliert ein halbes Dutzend Aufgaben.

„Wo ist Prof?“ ist eine häufig gestellte Frage in den Büros von *Friendship*

Verglichen mit Harare wirkt die Provinz Masvingo mit ihren grünen Hügeln wie eine Idylle. Doch auch hier leiden die Menschen an Aids, Armut, Arbeitslosigkeit.

Bench, wo junge Menschen zwischen Holz und Glas an Laptops arbeiten, Machbarkeitsstudien planen und das Jugendprojekt *Youth Bench* koordinieren. „Eben war er noch da“ lautet eine häufige Antwort. Chibanda würde sich am liebsten ganz auf seine ehrenamtliche Arbeit bei *Friendship Bench* konzentrieren. Doch die Regierung bezahlt ihm 2000 Bond im Monat, damit er einmal in der Woche seine Runde im Krankenhaus von Harare macht. Er lehrt an der Universität. Er wird seine Privatpatienten nicht los, er ist der erfahrenste Psychiater im Land, Kollegen überweisen an ihn. Drei Monate im Jahr wirbt er im Ausland Gelder für *Friendship Bench* ein und hält Vorträge. Davon und mit seiner Dozentenstelle in London ernährt er seine Familie.

Viel zu selten hat er Zeit, dorthin zurückzufahren, wo alles begann: in die

Poliklinik von Mbare. Dorthin, wo er vor 15 Jahren in eine Krise geworfen wurde und ihr nichts entgegenzusetzen hatte als ein paar alte Frauen. Sie stehen ihm näher als andere Gogos von *Friendship Bench*. Heute will er sie besuchen.

Als er den ersten Pritschenwagen voller Polizisten mit Schlagstöcken und Helmen sieht, angelt Dixon Chibanda das Stethoskop aus dem Chaos hinter seinem Sitz und legt es sich um den Hals. Eben noch war er ein Typ, der ausgerechnet heute nach Mbare hineinfährt, an einem Tag, als im dichtestbesiedelten Viertel von Harare die Opposition demonstrieren will. Jetzt ist er Arzt. „Klappt jedes Mal“, sagt er.

Er sieht nicht aus wie andere Autoritätspersonen in diesem Land. Jeder Lehrer, jeder Politiker, jeder Mann mit einem Schreibtisch zeigt mit einem Anzug, wie bedeutend er ist. Chibanda weigert sich, Hemd und Krawatte zu tragen. Für wirklich wichtige Termine zieht er eine Weste über sein T-Shirt.

An dessen Saum ist ein Ausweis geklippt, das Foto zeigt das ernste Gesicht eines jüngeren Mannes, der tun muss, was ihm gesagt wird. Seine Haare sind ordentlich kurz geschoren. Heute trägt Dixon Chibanda seine Haare zu vielen kleinen Dreadlocks gedreht und vermeidet es, zu tun, was ihm gesagt wird.

Großmütter gibt es überall, Bänke auch. Aber es brauchte für diese Idee wohl einen Mann wie Chibanda in einem Land wie Simbabwe, dessen Menschen die Kunst beherrschen, aus nichts etwas zu machen. Und mit Abgründen, so tief, dass jemand wie Chibanda mit allen Mitteln versuchen muss, sie zu überwinden. „Wir haben vier Generationen Trauma“, sagt er, „und niemand spricht darüber.“



Die Gogos vor der Poliklinik in Mbare nehmen es mit dem Leid der anderen auf – für wenig Lohn bei vollem Einsatz. Sie sind übrig geblieben aus einer Zeit, in der Simbabwe genug Geld hatte, um Gesundheitshelferinnen einzustellen.

Präsident antwortete: „Was passiert ist“, sagte Emmerson Mnangagwa, „ist passiert.“

Da habe er geahnt, sagt Chibanda, dass Simbabwe in Schwierigkeiten stecke. Dinge verschwinden nicht einfach, nur weil man sie vergessen will. Das sieht er jede Woche in seiner Praxis in der Seitenstraße eines Villenviertels, in einem Bungalow ohne Türschild. Es ist ein anderer Abgrund, in den Chibanda in seinem Behandlungszimmer blickt mit dem kleinen Schreibtisch, einer Giraffe aus Draht und zwei Stühlen. Hier muss er keine Lücke stopfen, die Männer, die zu ihm kommen, können sich einen Therapeuten leisten. *ZANUPF*-Funktionäre erzählen, was sie getan haben und was ihnen getan wurde. All das, worüber Simbabwe nicht redet.

„Erwachsene Männer im Anzug“, sagt Dixon Chibanda, „verwandeln sich auf diesen Stühlen in schluchzende Kinder.“

Wie, fragt er, sollen derart traumatisierte Menschen ein Land führen? [...]

Minibusse hupen sich durch den Verkehr, ohne Rücksicht auf Verluste. Unter einer blauen Plastikplane rasiert ein Barbier seine Kunden, daneben pumpt jemand Autoreifen auf. An den

Mauern der Klinik verkaufen Männer rotes Feuerholz, illegal gehackt in den Parks von Harare.

Dixon Chibanda fährt durch das Tor. Es ist, als würde er aus stürmischer See an einer Hafenmole vorbeisegeln, und plötzlich ist das Wasser ruhig. Die Poliklinik von Mbare ist eines von 42 Gesundheitszentren in Harare, besetzt mit Hebammen und Krankenschwestern. Es sind diese Zentren, vor denen Chibandas Gogos sitzen. Vor jedem weht eine zerschlissene Landesflagge, in jedem hängt ein gerahmtes Foto des Präsidenten, in jedem stehen blaue Kühltruhen für die Impfstoffe, falls der Generator ausfällt. Strom fließt nur einige Stunden lang in dieser Stadt, die nach Sonnenuntergang fast vollständig in Dunkelheit versinkt, in der die meisten Ampeln nicht funktionieren und die meisten Straßenlaternen auch nicht. 50 Babys werden in der Poliklinik jeden Tag geboren, ein Arzt kommt nur ein bis zweimal pro Woche.

Chibanda steigt aus seinem veilchenblauen Land Rover und will das Stethoskop abnehmen. Doch im selben Moment wankt eine alte Frau in den Hof der Klinik, gestützt von ihrer Tochter auf der einen und ihrer Enkelin auf der anderen Seite: Marlyne Chikwana, eine seiner Gogos.



	15 Psychiater
	6 Psychologen
	4 Kinderpsychiater
	662 Gogos (Großmütter)
	0,07 \$ Ausgaben psychische Gesundheit pro Kopf

Behutsam legt er ihr die Hand auf die Schulter und führt sie in das niedrige Gebäude, an den wartenden Patienten vorbei. Eine plötzliche Schwäche im Bein, sagt die Tochter, und sprechen konnte sie auch nicht mehr heute Morgen. Ein Schlaganfall, fürchtet Chibanda und schickt eine Schwester los: Sie soll ein Blutdruckmessgerät suchen, denn es ist keines da.

Genau hier hat es angefangen, genau so: mit Marlyne Chikwana und mit zu wenig von allem. 2005 ließ Mugabe Hütten abreißen, mindestens 700 000 Simbabwe wurden obdachlos. Viele nahmen sich das Leben, selbst das Ausland wurde aufmerksam. Mbare war das Epizentrum der Verzweiflung. Die Regierung geriet unter Druck und beauftragte einen von nur fünf Psychiatern im Land; einen jungen Arzt mit kurzen Haaren, der zu gehorchen

hatte: Dixon Chibanda. Geh und tu was, sagten sie. Aber Geld gibt es nicht. Ungefähr zur selben Zeit starb Erica, eine junge Patientin aus dem östlichen Hochland. Nach zwei Jahren Therapie nahm sie sich das Leben, mit 26 Jahren. Sie konnte sich den Bus nach Harare nicht mehr leisten. „Das hat sehr lange hier gesteckt“, sagt Dixon Chibanda und drückt die Spitzen seiner schmalen Finger aufs Brustbein. Der Abgrund hatte sich vor ihm aufgetan. Wie sollte er die Not lindern? Vielleicht könnte er Krankenschwestern fortbilden? Nein, beschied ihn das Gesundheitsamt, die Krankenschwestern hätten zu viel zu tun.

Es blieben dem Arzt nur Marlyne Chikwana und 13 andere Frauen in braunen Blusenkleidern, die vor der Poliklinik saßen. Relikte einer Zeit, in der Robert Mugabe als Hoffnungs-

Jedes Jahr bekamen sie eine neue Uniform, Schuhe und ein Gehalt, das ausreichte, um Nachbarskindern die Schulbücher zu bezahlen. Heute müssen sie jahrelang um neue Kleider betteln, und dann passen sie nicht richtig. Schuhe gibt es schon lange nicht mehr. Die meisten verdienen 150 Bond im Monat, keine mehr als 500. „Nichts ist das“, sagen sie. Ein Brot kostet 17 Bond, ein kleines Bund Gemüse fünf. Für die Enkel zahlen sie für jedes Trimester an der Grundschule 250 Bond.

1997 hat Harare zum letzten Mal Helferinnen eingestellt. Sie sind in ihrem Beruf alt geworden, aber sie können sich nicht leisten aufzuhören.

Wenn Dixon Chibanda Geldgebern und Journalisten die Geschichte von *Friendship Bench* erzählt, läuft ein roter Faden von seiner Patientin Erica zu den Großmüttern, respektiert von ihren Nachbarn und die natürliche Wahl, wenn man Lientherapeuten braucht. Doch sie waren die einzige Wahl. So wie die Gogos alte Plastiktüten in Streifen schneiden und daraus Taschen häkeln, nutzte Chibanda, was es gab.

„Ich habe nicht daran geglaubt, dass es funktioniert“, sagt der Professor. Er steht an seinem Auto, kramt in einer Tüte nach Schmerzmitteln für die Gogo und ärgert sich über die Sache mit dem Blutdruckmessgerät. „Das zeigt, wie verkorkst dieses Land ist“, sagt er.

„Ein einziges Blutdruckmessgerät für eine Station von 300 Patienten. Das Teil kostet zehn US-Dollar.“

Nichts macht ihn so wütend. Die Regierung hat *Friendship Bench* in den Nationalen Strategischen Plan aufgenommen, aber das bedeutet nicht, dass es ein Budget gibt. Die NGO soll ausländische Spender heranschaffen,

träger galt und Simbabwe noch reich genug war, um Gesundheitshelfer einzustellen. Die meisten von ihnen waren 1986 in der ersten Welle rekrutiert worden, als junge Frauen mit Babys auf dem Rücken.

und sie tut es. Chibanda möchte den Gogos ein regelmäßiges Gehalt zahlen. Die Kliniken schlagen die Bänke zu Feuerholz, wenn man nicht aufpasst, und für sein Projekt in Masvingo hat ihn das Gesundheitsministerium gezwungen, mit einer westlichen NGO zusammenzuarbeiten, deren lokaler Repräsentant den Großmüttern ihr Geld zu spät auszahlt.

Aleta Gukwa muss ihre Gespräche an einem Tisch in einem Nebengebäude führen. Erst als GEO-Reporter auftauchen, fährt der Mann los und holt eine der Bänke, die seit Wochen fünf Autominuten entfernt beim Schreiner verstauben. Dixon Chibanda wird das aussetzen, wie er all die Machtkämpfe in Harare ausgesessen hat, er wird weiter Geld zusammenkratzen. Aber er hat es satt. Als Kind trainierte er Karate, weil er Leute vermöbeln wollte wie Bruce Lee. Heute ist er ein Sensei, ein Meister, und hat gelernt, sich zu beherrschen. Manchmal fällt es ihm schwer. Sein Ärger verfliegt, als er zu den wartenden Gogos tritt. Sie legen die Hände zusammen, und sie lachen breit, die Großmütter und der Professor.

Zwei Jahre lang haben sie ihn gesiezt: „Sie dachten, ich wäre nur auf der Durchreise.“ NGOs kommen und gehen, oft sind es Ausländer, auch sie nutzen die Gogos, sie geben ihnen T-Shirts mit der Aufschrift „Verhindert Cholera“ und Hüte, auf denen „Saubere Hände retten Leben“ steht, sie zeigen ihnen, wie man mit bunten Bändern Mangelernährung bei Kindern misst. Wenn das Programm ausläuft, verschwinden sie.

Die Gogos hätten mit dem Siezen aufgehört, sagt Chibanda, „als sie gemerkt haben, dass ich gekommen war, um zu bleiben.“ [...]

Als die erste große Förderung auslief und Chibanda den Gogos nichts mehr zahlen konnte, blieben einige weg. Die



„Meine Küche ist mein Stolz“, sagt Aleta Gukwa. Sie hat das Regal, auf dem ihr Geschirr steht, selbst entworfen und verbranntes Gummi von Autoreifen in den Lehm gemischt, damit er glitzert.

meisten aber wollten weiter helfen. Und sie merkten, wie es ihnen half. Die Großmütter haben dem Psychiater beigebracht, was ihm seine Professoren ausgetrieben hatten: Es ist in Ordnung, mit Patienten über den eigenen Schmerz zu reden.

Als Aleta Gukwa zu Hause angekommen ist, zieht sie die glitzernden Ballerinas aus, die ihr der Schwiegersohn aus Südafrika geschickt hat. Sie fegt die Maiskörner zusammen, die die Ratten hinters Sofa getragen haben, für die Hühner sind sie noch gut genug. [...] Drei Jahre alt war ihr kleiner Sohn, als er starb. Keinen Monat später folgte ihr Mann. *Kufungisisa* [bedeutet zu viel denken] hat sie schwer niedergedrückt und es gab niemanden, mit dem sie reden konnte, damals.

Sie beriet Aidspatienten, ehrenamtlich, um auf andere Gedanken zu kommen. Von dort wurde sie 2001

als Gesundheitshelferin rekrutiert. Sie ist für 2000 Menschen zuständig. Drei Tage in der Woche geht sie von Haus zu Haus, wiegt Babys, gibt ihnen Vitamin A, führt Statistiken über den Impfstatus. Wenn Malaria ausbricht, arbeitet sie durch, auch am Wochenende. Alle drei Monate bekommt sie dafür 44 Bond.

Als *Friendship Bench* vor zwei Jahren nach Freiwilligen suchten, hat sie sich gemeldet. „Ich kann nicht fassen, wie mein ganzes Leben sich so ausgerichtet hat“, sagt Aleta Gukwa. „Ich bin an einen Ort geführt worden, für den ich bestimmt war.“

Bei den Gogos, sagt Dixon Chibanda, sei er angekommen. [...]

Autorin

Gesa Gottschalk ist GEO-Reporterin und reiste mit **Fotojournalist Brent Stirton** für dieses preiswürdige Doppelporträt nach Afrika.

Gekürzter Nachdruck aus *GEO Perspektive* Nr. 13/2020. Mit freundlicher Genehmigung von GEO

Sie möchten das Projekt unterstützen?

Alle Informationen auf friendshipbenchzimbabwe.org/donate



Gogos wie Aleta Gukwa (l.) helfen ihren Klienten, sich auf ein Problem zu konzentrieren und eine Lösung dafür zu finden. Apolonia Makadho (r.) hatte kein Geld, um Essen zu kaufen und ihre Hütte zu reparieren. Jetzt will sie einen Mikrokredit aufnehmen, Brötchen backen und verkaufen.

Die Ampel steht auf GRÜN

Schon bevor es zur Entscheidung der Ampelkoalition kam, hat sich die Debatte um die Cannabis-Legalisierung immer wieder entzündet. Die DGPPN hat den aktuellen Wissensstand zum Thema zusammengetragen und mahnt, die gesundheitlichen Risiken nicht zu bagatellisieren.

Cannabis ist nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Ländern Europas die am häufigsten konsumierte illegale Substanz. Etwa 26,3 % der Bürger der Europäischen Union (15 bis 64 Jahre alt) haben in ihrem Leben Erfahrung mit dem Rauschmittel gemacht (rund 87,7 Millionen Menschen). Cannabiskonsum kann zu einem Abhängigkeitssyndrom führen, das u. a. auch Toleranzentwicklung und Entzugssymptome einschließt. In Deutschland geht man davon aus, dass bei 1 % der 18–64-Jährigen eine cannabisbezogene Störung (d. h. Cannabismissbrauch: 0,5 % und -abhängigkeit: 0,5 %) vorliegt. In Europa ist die Zahl der Personen, die erstmals eine Suchtbehandlung wegen cannabisassoziierter Probleme beginnen, von 43.000 im Jahr 2006 auf 76.000 im Jahr 2015 angestiegen. Cannabiskonsumern stellen inzwischen bei den erstmals wegen illegalen Substanzkonsums behandelten Personen die größte Gruppe dar [1–3].

→ Kann Cannabis die Entstehung psychischer Erkrankungen fördern?

Insbesondere der intensive Konsum hoher Dosen über viele Jahre hinweg und der Beginn des Cannabiskonsums im Jugendalter können mit Substanzabhängigkeit, spezifischen Entzugssymptomen, kognitiven Beeinträchtigungen, affektiven Störungen, Psychosen, Angststörungen, posttraumatischen Belastungsstörungen und körperlichen Erkrankungen außerhalb des Gehirns (vor allem Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen) einhergehen. Die Literatur ist insgesamt nicht konsistent. Weitgehend konsistent sind jedoch die Hinweise auf die Bedeutung des Cannabiskonsums als Risikofaktor bei der Entstehung von Psychosen und kognitiven Beeinträchtigungen [4, 5]. Zudem stehen Cannabiskonsum und insbesondere der Beginn im Jugendalter in Zusammenhang mit einem erhöhten Suizidrisiko [6].

→ Ab welcher Dosis können negative Folgen für die psychische Gesundheit auftreten?

Die Wirkung von Cannabis ist sehr unterschiedlich und hängt unter anderem von der Konsumerfahrung, dem Cannabisprodukt, der Konsumhäufigkeit, persönlichen Erwartungen und dem Setting ab. Eine Überdosierung kann zu Angstzuständen, Dysphorie, Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Psychosen und zeitweiligem Bewusstseinsverlust führen. Auch körperliche Auswirkungen wie Herzrasen, Herzrhythmusstörungen, erhöhter oder reduzierter Blutdruck, Unterleibsschmerzen, Übelkeit und Erbrechen können auftreten [7–10]. Bei unter 19-Jährigen ist Cannabi-

bis die Substanz, die in der EU am häufigsten zu Drogennotfällen führt [11]. In einer Studie wurden Daten aus elf europäischen Ländern ausgewertet. Je stärker das in einer Stadt kursierende Cannabis war, desto häufiger wurden dort Psychosen diagnostiziert. Die Wahrscheinlichkeit einer psychotischen Störung war im Vergleich zu Nie-Konsumenten erhöht, wobei die Wahrscheinlichkeit bei täglichem Konsum hochpotenter Cannabistypen auf fast das Fünffache anstieg [12].

Methodisch belastbare Daten zur Abschätzung des Risikopotenzials von Cannabinoiden liegen noch nicht ausreichend vor [13, 14]. Nicht nur die Dosis, sondern auch die Häufigkeit des Konsums bestimmen das Risiko für negative Folgen [4]. Es gibt aber Hinweise darauf, dass bei hochpotenten Cannabinoiden im Vergleich zu herkömmlichem Cannabis das Risiko für einen vermehrten Konsum und für Angststörungen zusätzlich erhöht ist [15]. Hervorgehoben werden müssen die Risiken der synthetischen Cannabinoide. Durch ihre potenzierte pharmakologische Wirksamkeit können starke und unvorhersehbare Effekte auftreten, die zu intensivmedizinischer Versorgung und Todesfällen geführt haben [16].

→ Welche gesundheitlichen Gefahren bestehen für psychisch erkrankte Menschen?

Als gesichert gilt, dass Menschen mit einer Psychose, die Cannabis konsumieren, durchschnittlich früher erkranken, häufiger psychotische Rückfälle erleiden und insgesamt einen ungünstigen Verlauf ihrer Psychose haben [16].

→ Besteht ein erhöhtes Suchtpotenzial für psychisch erkrankte Menschen?

Die Rolle von primären psychischen Störungen als Risikofaktoren für eine Cannabisabhängigkeit ist nicht abschließend geklärt, da die Datenlage hierzu heterogen ist [16].

Konsumhäufigkeit	2015	2018
12-Monats-Prävalenz Erwachsene	6,1%	7,1%
30-Tage-Prävalenz Erwachsene	3,1%	3,0%
Abhängigkeit Erwachsene	k.A.	0,6%
12-Monats-Prävalenz 12- bis 17-Jährige	7,3%	8,1%
12-Monats-Prävalenz 18- bis 25-Jährige	15,3%	24,1%

→ Für wen birgt Cannabiskonsum besonders hohe Risiken?

Grundsätzlich gilt, dass die Risiken mit zunehmender Häufigkeit und Dosis an konsumiertem Cannabis zunehmen und durch verschiedene Aspekte beeinflusst werden. Eine positive Eigen- und Familienanamnese bezüglich Suchterkrankungen erhöht die Wahrscheinlichkeit, auch von Cannabis eine Abhängigkeit zu entwickeln. Etwa 10 % aller Cannabiskonsumanten entwickeln über die Lebenszeit eine Abhängigkeit. Diese Rate beträgt 17 %, wenn der Cannabiskonsum in der Adoleszenz beginnt und 25–50 %, wenn die Substanz täglich konsumiert wird. Zwischen 50 % und 90 % aller cannabisabhängigen Personen haben im Verlauf ihres Lebens an einer weiteren psychischen Störung gelitten [4]. Menschen mit einer Psychose und Menschen, bei denen eine Veranlagung für eine Psychose vermutet werden kann (positive Familienanamnese für Psychosen), sind besonders suchtfähig. Besondere Risikofaktoren sind Cannabiskonsum in der Adoleszenz, intensive Gebrauchsmuster sowie der Co-Konsum von Tabak [16].

→ Wie beeinflusst das Rauschmittel die Entwicklung des Gehirns?

Die Befunde zu den ungünstigen Einwirkungen auf die Hirnreifung junger Menschen mehren sich seit zehn Jahren. Cannabiskonsum in Pubertät und Adoleszenz führen zu strukturellen und funktionellen Veränderungen im Gehirn, die Einbußen in Gedächtnis-, Lern- und Erinnerungsleistungen sowie Minderungen der Aufmerksamkeit, Denkleistung und Intelligenz zur Folge haben. Einige Untersuchungen sprechen dafür, dass diese Beeinträchtigungen lang anhalten könnten, wengleich die Evidenz nicht konsistent ist. Es bestehen individuelle Unterschiede. Da die Hirnreifung bis über die Mitte der dritten Lebensdekade hinausreicht, wäre aus entwicklungsbiologischer und klinisch-fachlicher Sicht eine vorsichtige bzw. konservative Abgaberegulierung mit einer Altersbegrenzung ab 21 Jahren empfehlenswert [18–25].

→ Wie wirkt sich Cannabiskonsum auf körperliche Erkrankungen aus?

Lungengesundheit: Die Substanz bewirkt akut eine Erhöhung der Atemwegsleitfähigkeit und des forcierten Ausatmungs-Sekundenvolumens. Chronischer Cannabiskonsum erhöht das Risiko für respiratorische Symptome.

Krebserkrankungen: Die aktuelle Evidenz weist eher auf keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Cannabis-

konsum und Krebserkrankungen des Kopf- und Halsbereichs sowie der Lunge hin, insbesondere wenn in den Studien auch die schädlichen Effekte von gleichzeitig konsumiertem Tabak oder Alkohol berücksichtigt wurden. Bezüglich des Hodenkrebsrisikos zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang mit Cannabis, insbesondere für Nicht-Seminome. Für andere Krebserkrankungen können anhand der aktuellen Datenlage keine Schlussfolgerungen getroffen werden [16].

Hirnstrukturelle Veränderungen: Chronischer Konsum steht im Zusammenhang mit strukturellen Veränderungen in Gehirnregionen, welche eine hohe Dichte an CB₁-Rezeptoren aufweisen (insbesondere Amygdala und Hippocampus, Strukturen verantwortlich für die Gedächtnisbildung). Gezeigt wurden vor allem Veränderungen von Volumen und Form sowie Dichte der grauen und weißen Substanz [26, 27]. Die strukturellen Veränderungen stehen möglicherweise in direktem Zusammenhang mit der THC-CBD-Ratio der konsumierten Cannabispräparate [16].

→ Wie langanhaltend sind die negativen Auswirkungen?

Zumindest die kognitiven Leistungseinbußen scheinen sich nach einer Zeit des Konsumverzichts zu normalisieren. Die Besserung tritt etwa nach vier Wochen Abstinenz ein [16, 28].

→ Welche Folgen hat eine Legalisierung für das medizinische Versorgungssystem?

Die konkreten Folgen für das medizinische Versorgungssystem in Deutschland lassen sich aktuell noch nicht konkret abschätzen. Auf die Gefahren, die mit insbesondere frühem und häufigem Cannabiskonsum einhergehen, wurde bereits vielfach hingewiesen. Erfahrungswerte aus anderen Ländern geben allerdings Grund zur Sorge: So hat sich beispielsweise im Bundesstaat Colorado in den USA die Zahl der cannabisbezogenen Vergiftungen und Krankenhausaufnahmen mehr als verdoppelt. Gleiches gilt auch im Zusammenhang mit tödlichen Verkehrsunfällen unter Cannabiseinfluss. Auch die Gesamtzahl der Suchtbehandlungen nimmt in Europa und den USA zu [29–36].

Literatur

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

Alle Seiten der Psyche

Der Frühling ist da und es gibt Neuerscheinungen in den Bücherregalen. Drei Geschichten wie sie unterschiedlicher nicht sein könnten – auch wenn sich alle um Depressionen drehen.



Der Wahrhaftige

Er ist einer der bekanntesten Komiker: Alexander Bojcan ist trockener Alkoholiker, alleinerziehender Vater und er war jahrelang depressiv. Auf der Bühne und im Fernsehen spielt er Kurt Krömer. Er will sich nicht länger verstecken. Sein Buch ist der schonungslos offene und gleichzeitig lustige Lebensbericht eines Künstlers, von dem die Öffentlichkeit bisher nicht viel Privates wusste. Es ist kein Leidensbericht, sondern eine komische und außergewöhnliche Liebeserklärung an das Leben und die Kunst.

Kurt Krömer

Du darfst nicht alles glauben,
was Du denkst

Kiepenheuer & Witsch, 2022



Die Verliebene

Als die Fotografin Bettina Flitner vor einigen Jahren vom Suizid ihrer Schwester erfuhr, waren die ersten Reaktionen Schock, Lähmung und Verzweiflung. Dann entschied sie sich, sich den Gespenstern der Vergangenheit zu stellen. In ihrem Buch erzählt sie von der unbeschwertten Kindheit der 70er Jahre, den vielen Gemeinsamkeiten der beiden Schwestern und der allmählichen Entfremdung, der Überforderung durch die Erwartungen der Eltern sowie von der Depression der Mutter.

Bettina Flitner

Meine Schwester

Kiepenheuer & Witsch, 2022



Die Gefährtinnen

Zwei Frauen, denen der Tod als letzter Ausweg erscheint: Hella, 69, will sterben. In der Schweiz, in einem Krankenhaus. Diese letzte Fahrt wird ihr alter Passat schon noch schaffen. Kaum auf der Autobahn, fällt etwas Schweres auf die Motorhaube ihres Wagens. Juli, 15, wollte sich von der Autobahnbrücke in den Tod stürzen und ist nur leicht verletzt. Zwei Frauen mit dem Wunsch zu sterben – doch wollen sie zusammen noch, was ihnen einzeln als letzte Möglichkeit erschien?

Ronja von Rönne

Ende in Sicht

dtv-Verlag, 2022



Unter vier Augen

Durchs Objektiv erkennbar

Die einen lichten das Außen ab, die anderen beleuchten innere Schatten – immer geht es um Beziehungen, um das Ganzheitliche, um den Menschen. Psychiater **Arno Deister** sprach mit der Fotografin **Herlinde Koelbl** über Vorurteile, die Macht der Bilder sowie den Ausdruck von Gedanken in der Körpersprache.

Arno Deister: Liebe Frau Koelbl, es ist nicht zu viel gesagt: Sie sind die bekannteste deutsche Fotografin. Ihre Ausstellungen sind weltweit zu sehen, ob in Ankara, Tokio, Melbourne, New York oder Seoul. Wenn Sie sich mit einem Thema befassen, dann ausführlich. Und nicht selten geht es in Ihrer Arbeit um in der Gesellschaft tabuisierte Themen, zu denen auch psychische Erkrankungen gehören. Ich bin daher sehr erfreut, heute die Gelegenheit zu haben, mit Ihnen über die große Wirkungskraft zu sprechen, die Bilder in der Gesellschaft haben. Doch wo viel Kraft steckt, lauern immer auch Gefahren, über die ich heute ebenfalls gerne mit Ihnen sprechen möchte. Darf ich am Anfang fragen, was Sie bewogen hat, sich mit dem Thema „Psychische Erkrankungen“ zu befassen?

Herlinde Koelbl: Das hat eine kleine Vorgeschichte: In der FAZ gab es eine kleine fünfteilige Serie, die hieß *Kunst und Wissenschaft*. In diesem Format tauschten sich immer eine Person aus dem Kunstbetrieb und eine aus der Wissenschaft miteinander aus. Ich hatte damals gesagt, ich würde gern mit einem Hirnforscher zusammengebracht werden – und das wurde dann der Psychiater Leonhard Schilbach. Wir hatten einen sehr guten Austausch und haben uns danach immer wieder in losen Abständen getroffen und über Ideen und Erfahrungen gesprochen.

AD: Das Resultat war 2019 die Ausstellung *Psychische Erkrankungen im Blick*, die von der DGPPN finanziell und ideell gefördert wurde. Über psychische Erkrankungen

wird nur ungerne und wenn, eher negativ gesprochen. Wo haben Sie die Verbindung zwischen der Fotografie und dem Thema „Psyche“ gesehen?

„Die Kamera macht erst sichtbar, was vorher passiert ist.“

Herlinde Koelbl

HK: Wenn man Menschen fotografiert, erlebt man fast alles, was möglich ist. Das Thema hat mich direkt fasziniert: Dass man psychisch erkrankte Menschen bereits am Äußeren erkennt, ist eindeutig ein Klischee. Ich wollte das fotografisch zeigen. Denn wenn man fotografiert, muss man sich mit der Psyche des Menschen ganz grundsätzlich befassen, um sie besser zu verstehen. Ich habe mich lange, lange bevor ich Fotografin wurde, schon mit Verhaltensforschung befasst. Das deckt sich natürlich, weil Körpersprache – die Sprache des Körpers – mit der Psyche eng zusammenhängt. Der Körper zeigt, wie die Lage wirklich ist und wie es im Inneren aussieht.

AD: Ich arbeite ja auch psychotherapeutisch und weiß, dass Menschen immer wieder die Sorge haben, wir könnten ihre tiefsten und intimsten Gedanken irgendwie erraten oder wahrnehmen, wenn wir mit ihnen reden. Kann die Fotografie das? Können Sie das als Fotografin?

HK: Ich würde sagen, nicht die tiefsten Gedanken, weil das etwas Abstraktes ist. Aber wenn die Gedanken bereits einen Ausdruck im Körper gefunden haben, dann kann ich es zeigen. In der Fotografie zeigen sich auch kleinste Kleinigkeiten und Regungen. Diese Spuren muss man erst einmal lesen lernen. Ich habe immer wieder Workshops gegeben und zu den Menschen gesagt: „Trauen Sie sich, wirklich alles zu denken. Sie müssen die Dinge nicht tun, aber wenn Sie sich nicht trauen, diese Dinge zu denken, werden sie es auch nicht bei den anderen sehen oder erkennen können.“

AD: Ja, da stimme ich zu. Die Kamera ist ein Hilfsmittel, aber das, was wichtig ist, ist der Mensch hinter der Kamera.

HK: Ich sage immer: „Das Bild entsteht eine Sekunde, bevor Sie den Knopf drücken“. Die Kamera macht erst sicht-

bar, was vorher passiert ist. Diese Geschichte wird durch die Begegnung zwischen Fotograf und Mensch sichtbar. Allein wie sich der Fotograf dem zu Porträtierten annähert, ist schon dafür ausschlaggebend, wie ein Bild werden wird. Das lässt sich übrigens auch auf den Psychiater übertragen. Wie geht er auf seinen Patienten zu? Ist er arrogant, eitel oder mitfühlend? Auch das ist eine sehr wichtige Ebene.

AD: Als Psychiater begegnet man oft dem Vorurteil, man würde primär Kaffee trinken. Ich habe mir irgendwann die Frage nach unserer eigentlichen Kernaufgabe als Psychiater gestellt und kam zu dem Schluss: Es sind Beziehungen. Wir bauen therapeutisch gestaltete Beziehungen auf. Das passt zu einem Zitat, auf das ich bei Herrn Schilbach gestoßen bin: „Alles ist Kommunikation.“ Gilt das auch für die Fotografie?

HK: Auch. Natürlich. Der Fotograf sollte eine Beziehung zu dem Menschen aufbauen. Nur so kann ein gutes Porträt entstehen. Es gibt natürlich den Schnappschuss, aber das ist nochmals eine andere Ebene. Wenn ich ein richtiges Porträt mache, dann ist die Beziehung etwas Wesentliches. Es kann auch passieren, dass mir jemand bei einem Auftrag nicht so sympathisch ist. Auch dann muss ich professionell sein und darf das Bild nicht davon abhängig machen.

AD: Über Krankheiten offen zu sprechen, ist generell etwas sehr Persönliches. Eine Erkrankung des Geistes ist die intimste Erkrankung von allen. Dennoch schaffen Sie es, dass sich Ihnen Menschen mit psychischen Erkrankungen öffnen. Wie gelingt es Ihnen, dieses Vertrauen zu erlangen?

HK: Ich führe sehr oft Interviews mit den Porträtierten. Zuhören zu können, ist etwas ganz Elementares. Oft sagen Stimme und Ton etwas aus, was man nur hört oder ahnt, wenn man gut zuhört. Musik und Ton in der Sprache sind mitentscheidend. Die Menschen müssen spüren, dass ich sie annehme und nicht verurteile.

AD: Ich habe vor relativ langer Zeit oberflächlich den bekannten Schriftsteller, Journalisten und Moderator Benjamin von Stuckrad-Barre kennenlernen dürfen. Sie haben ihn in einem schwierigen Lebensabschnitt begleitet, der von Drogen, Magersucht und Abstürzen unterschiedlicher Art gezeichnet war. Sie waren bei ihm zu Hause und haben ihn sogar in der Klinik begleitet. Wie haben Sie diese Zusammenarbeit empfunden?

HK: Er hatte mich ursprünglich gefragt, ob ich ein Interview mit ihm mache. Er war jedoch in keinem guten Zustand. Ich habe ihm also stattdessen vorgeschlagen, ihn zu begleiten und eine Art Tagebuch zu machen. Bei dieser Arbeit konnte ich alle seine Stadien miterleben. Es ist hart zu sehen, wie ein Mensch nicht mehr mit sich zurechtkommt. Auch hier war der Schlüssel meiner Arbeit, alles anzunehmen und nicht zu urteilen.

AD: Die Art, wie wir mit psychischen Erkrankungen umgehen und wie wir sie wahrnehmen, hat auch viel mit unserem kulturellen Hintergrund zu tun. Lassen Sie uns nochmals etwas ausführlicher über die Bilder Ihrer Ausstellung *Psychische Erkrankungen im Blick* reden. Würden Sie sagen, dass sich die Wahrnehmung je nach kulturellem Hintergrund unterscheidet? Gibt es zum Beispiel nationale Unterschiede in der Rezeption Ihrer Ausstellungen?

HK: Ich glaube ja. Der körperliche Ausdruck in den einzelnen Kulturen ist unterschiedlich. Es gibt Kulturen, in denen man bloß nicht zu viel Emotionen zeigen darf. Da ist die Wahrnehmung natürlich ganz anders. Der Ausdruck kann nicht so deutlich gemacht werden, weil die Menschen sich zügeln müssen.

„Ein Foto kann durch seine emotionale Aussagekraft Weltbilder verändern.“

Arno Deister

AD: Vor über 40 Jahren habe ich mich mit dem Thema der audiovisuellen Selbstkonfrontation bei Menschen mit psychischen Erkrankungen befasst. Gerade Menschen mit psychischen Erkrankungen haben oft völlig andere Vorstellungen davon, wie sie wahrgenommen werden. Haben Sie damit Erfahrungen gemacht?

HK: Ja, das betrifft aber nicht nur Menschen mit psychischen Erkrankungen, sondern jeden, im Sinne von: Ich sehe doch ganz anders aus, oder? Ich bin doch nicht so dick? Nicht so ernst? ...

AD: Das stimmt. Das durften wir alle besonders im Zoom-Zeitalter feststellen. Es gibt Studien darüber, wie



Gäste bei der Vernissage *Psychische Erkrankungen im Blick*

sich die Wahrnehmung der Menschen und ihre Vorstellung von sich selbst verändert haben, indem sie sich bei Zoom dauernd selbst anschauen müssen oder dürfen. Menschen haben oft die Vorstellung, man sieht es ihnen an, wenn sie in gesellschaftlichen Kontexten unterwegs sind. Sie haben Angst, stigmatisiert zu werden. Ich kann mir daher vorstellen, dass es diesen Menschen wesentlich hilft, wenn sie dank Ihrer Bilder sehen, dass das eben nicht der Fall ist.

HK: Es gibt immer noch das Vorurteil, dass sich psychisch erkrankte Menschen anders bzw. komisch verhalten; dass sie eine andere Körpersprache haben. Dieses Bild stammt aus einer Zeit, in der es in jedem Dorf oder Viertel den sogenannten „Dorfdeppen“ gab und man damit Menschen mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung meinte. Das hat sich inzwischen gewandelt. Psychische Erkrankungen sind heute eher Krankheiten, die sich nicht immer in der Körperlichkeit äußern. Ich glaube, psychische Erkrankungen an sich haben sich verändert, weil sich die Gesellschaft verändert hat. Der Druck in den letzten 10 bis 20 Jahren ist sehr, sehr groß geworden. Der Mensch muss funktionieren, darf keine Schwächen zeigen. Das macht auf Dauer psychisch krank – besonders in Pandemiezeiten.

AD: Das Thema der Stigmatisierung, in vielen Fällen auch die Diskriminierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, bewegt uns schon sehr lange. Das *Aktionsbündnis Seelische Gesundheit* ist trialogisch besetzt. Vertreten sind im Vorstand sehr gleichberechtigt Betroffene, Angehörige und die, die sich professionell damit befassen. Bei unserer Arbeit wird deutlich, dass Stigmatisierung auch ein wechselseitiges Prinzip ist.

HK: In jeder Stadt gab es früher eine Nervenheilanstalt. In München war es Haar. In diese Klinik kamen psychisch erkrankte Menschen und es hieß einfach: Der ist jetzt in Haar. Allein dieses Wort war eine Stigmatisierung, denn wenn einer in Haar war, wusste man nicht, wie der hinterher noch tickt. Die Stigmatisierung ging früher also schon von einem Krankenhaus aus. Allein ein Aufenthalt dort brachte die Menschen schon aufs Abstellgleis.

AD: Früher wurden auch Medikamente gegeben – gerade bei psychischen Erkrankungen –, die auch sichtbare Nebenwirkungen hatten und Bewegungsabläufe oder den Gesichtsausdruck beeinträchtigt haben. Das war für viele ein Grund, diese Medikamente nicht zu nehmen. Sie haben die soziale Kontrolle in einem eher dörflich-ländlichen Umfeld angesprochen. Es gibt immer wieder Menschen, die die Anonymität der Großstadt suchen, um diesem Effekt der engen sozialen Kontrolle ein Stück entfliehen zu können und der Gefahr des „die Menschen sehen es mir an“ zu entgehen.

Lassen Sie mich einen kleinen Sprung machen: Es hat mich sehr fasziniert, als ich gesehen habe, dass Sie ursprünglich aus dem Modedesign stammen. Dabei geht es ja mehr um den Ausdruck nach außen, während es bei Ihrer Fotografie eher um den Blick in das Innere geht, oder?

HK: Ja, allerdings muss man auch den äußeren Ausdruck sehen und festhalten. Dieses Erkennen ist etwas ganz Wichtiges. Das Wort „wahrnehmen“ ist für mich ein Schlüsselwort, das in einem Bild zum Ausdruck zu bringen ist.

AD: Ein Foto kann durch seine emotionale Aussagekraft Weltbilder verändern. Denken wir zum Beispiel an den „Bruderkuss“ von Honecker und Breschnew 1979, die Mondlandung 1969 oder den Einsturz des World Trade Centers 2001. Was muss ein Bild mitbringen, um sich im kollektiven Gedächtnis zu verankern und im besten Fall etwas zu verändern?

Nicht verpassen!

Die Ausstellung *Psychische Erkrankungen im Blick* wird 2022 in Form einer Wanderausstellung in Kooperation mit der *Deutsche Bahn Stiftung* an acht großen deutschen Bahnhöfen ausgestellt. Der Auftakt im Berliner Hauptbahnhof befindet sich in Planung. Mehr dazu in Kürze auf dgppn.de

HK: Bilder, die uns im Gedächtnis bleiben, haben Emotionen und berühren die Menschen. Ein Bild sollte eine Erzählung haben, nicht nur eine Oberfläche. Es erzählt von der Vergangenheit, der Gegenwart und vielleicht auch der Zukunft. Das ist natürlich ein hoher Anspruch, aber es gibt immer wieder solche Bilder und die werden auch bleiben.

„Sehen Sie auch Gefahren in der Kraft der Bildsprache?“

Arno Deister

AD: Wie kann man Bilder zur Entstigmatisierung in Kampagnen nutzen? Denn das ist es ja, was wir mit der Ausstellung und Ihren Bildern erreichen wollen: dass sich das Bild von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft ändert. Was braucht es dafür?

HK: Bei der Ausstellung stand unter dem Bild eben nicht der Hinweis, ob es sich um einen Patienten oder medizinisches Personal handelt. Das war ganz bewusst so gewählt. Indem die Menschen zugeordnet haben und oft falsch lagen, sind sie in ihre eigene Vorurteilsfalle gelaufen. Mit seinen Vorurteilen konfrontiert zu werden, ist sehr effektiv. Immer öfter sprechen auch bekannte Menschen darüber, dass sie – vorübergehend – psychisch krank waren. Es hilft also, die Menschen möglichst normal darzustellen und sie über ihre Erkrankungen sprechen zu lassen. Man muss die Menschen damit konfrontieren, dass jeder in eine solche Situation kommen könnte. Es kann der Nachbar sein, es kann in der Familie sein, es kann der Kollege sein. Dieses Denken muss erst einmal einsetzen: Es kann jeden von uns treffen.

AD: Wenn Menschen aus einem politischen oder kreativen Kontext über ihre psychischen Erkrankungen sprechen, führt das oft zu ganz neuem Denken und damit auch zu einem neuen Verhalten. Sehen Sie auch Gefahren in der Kraft der Bildsprache? Gibt es Grenzen?

HK: Das Wichtigste ist, dass wir immer die Würde des Menschen achten und uns respektvoll verhalten – besonders wichtig ist der Respekt vor Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dieses Gebot muss zwingend bei allen bildlichen oder textlichen Veröffentlichungen beachtet werden. Heutzutage verurteilen wir immer sehr schnell.

Man muss aber offen auf diese Menschen zugehen und grundsätzlich auch offen für das Thema sein.

AD: Wir haben wahrscheinlich alle Bilder von besonderen Ereignissen oder Situationen im Kopf, die wirkmächtig waren. Über ein paar Beispiele haben wir bereits gesprochen. Aber wir haben auch Bilder vor Augen, die entwürdigend sein können. Und deswegen sind Würde und die Bedeutung der Menschenrechte in der Psychiatrie ein sehr, sehr großes Thema.

Lassen Sie uns an dieser Stelle zu einer ganz authentischen Persönlichkeit in den Medien kommen: Angela Merkel gehört zu Ihren bekanntesten Fotomotiven. Wie unterscheidet sich die Arbeit mit einem der prominentesten Gesichter Deutschlands, über das die ganze Welt spricht, von der Arbeit mit Gesichtern, über die – zugespitzt formuliert – niemand sprechen will?

„Menschen sind zu allem fähig.“

Herlinde Koelbl

HK: Bei *Spuren der Macht* waren auch Gerhard Schröder, Joschka Fischer, Renate Schmidt, Heide Simonis und viele weitere dabei. Mit Angela Merkel habe ich dann weitergemacht und ihre Arbeit weiterverfolgt. Es ist immer interessant zu sehen, wie die äußeren Umstände einer solchen Position, also die Macht, das öffentlich ausgesetzt Sein und der Druck die Menschen verändern. Deshalb müssen sich solche Menschen eine Art Schutz zulegen, damit nicht immer alle Emotionen sichtbar sind. Ich habe sehr viel über Macht und Struktur gelernt.

AD: Bevor wir zum Ende kommen: Sie haben sich schon mit zahlreichen extrem spannenden Themen und Projekten befasst. Welches davon war das Spannendste?

HK: Das ist schwer zu sagen. Eines der ganz wichtigen Projekte, die ich gemacht habe, waren die jüdischen Porträts. Dabei habe ich in der ganzen Welt Menschen fotografiert und interviewt, die damals dem Holocaust entkommen sind. Mit diesen Menschen darüber zu sprechen, was sie erlebt haben, gehört zu meinen stärksten Erlebnissen. Das

sind menschliche Tragödien, es ist deutsche Geschichte, es ist Macht, es ist Grausamkeit. Es zeigt, dass Menschen zu allem fähig sind. Das ist alles in diesen Erzählungen enthalten und bleibt unvergessen.

AD: Was hat das mit Ihnen gemacht? Hat Ihre Arbeit, haben die Menschen, die Sie gesehen und fotografiert haben, etwas an Ihrem eigenen Bild von der Welt, aber auch vielleicht an dem Bild von sich selbst verändert?

HK: Ich würde es anders sagen: Ich habe von allen Menschen etwas gelernt. Manchmal etwas sehr Positives durch ihre Einstellung, wie sie leben, wie sie denken, was sie tun und wie sie es tun. Und natürlich habe ich auch etwas von den Menschen gelernt, die eher negativ eingestellt sind. Durch die Gespräche mit diesen Menschen habe ich einen Einblick in ihr Denken erhalten und damit hat sich eine weitere Ebene der Auseinandersetzung eröffnet. Das alles hat mein Leben sehr bereichert.

AD: Das kommt der Auseinandersetzung mit psychischen Erkrankungen aus psychiatrischer Sicht sehr nahe. Ich glaube, wir können alle sehr viel voneinander lernen. Ich bin Ihnen außerordentlich dankbar dafür, dass Sie auf diesem Gebiet arbeiten. Vielen Dank auch für dieses Gespräch.



Prof. Dr. med. Arno Deister ist Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin. Seit 2021 ist er Vorsitzender des Aktionsbündnisses *Seelische Gesundheit*. Von 2017 bis 2018 war er Präsident der DGPPN. Bis Ende 2021 war er zudem Chefarzt des Zentrums für Psychosoziale Medizin in Itzehoe.



Herlinde Koelbl ist Fotografin und Dokumentarfilmerin. Unter anderem fotografierte und interviewte sie in Kooperation mit Prof. Dr. med. Leonhard Schilbach und der DGPPN Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie Mitarbeiter einer psychiatrischen Klinik für die Ausstellung *Psychische Erkrankungen im Blick*, die 2019 in München, auf dem DGPPN Kongress in Berlin und 2020 in Cottbus zu sehen war.

Ethik, Recht und psychische Gesundheit

2022

23.–26.11.2022
CityCube | Berlin
→ plus Digitalangebot

Ein Kongress – viele Begegnungen

Ein Ort für echte Begegnungen, den direkten Austausch und persönliches Networking für im Bereich der psychischen Gesundheit Tätige aus ganz Europa: Der Startschuss für den DGPPN Kongress 2022 ist bereits gefallen.

Die ethischen und rechtlichen Bedingungen ärztlichen Handelns sind äußerst komplex und dynamisch. In Psychiatrie und Psychotherapie wird deren Bedeutung wie in kaum einem anderen Fach sichtbar. Unter dem Leitmotto „Ethik, Recht und psychische Gesundheit“ findet der Expertengipfel der Psychiatrie und Psychotherapie vom 23. bis 26. November 2022 mit einem attraktiven und spannenden Live-Programm im CityCube Berlin statt. Hier bringen Hochkaräter aus Wissenschaft, Versorgung und Gesundheitspolitik die Teilnehmenden an den Puls der Zeit und teilen neue Ansätze, Forschungsergebnisse sowie Erkenntnisse in vielfältigen Formaten, die teilweise live übertragen und aufgezeichnet werden.

Dabei werden die Fortschritte in der Grundlagen- und Versorgungsforschung sowie therapeutische, gesellschaftspolitische und versorgungsrelevante Inhalte in dialogischen Veranstaltungen thematisiert. Immer mit Bezug auf die Praxis, sind alle Facetten und psychiatrische Störungsbilder abgedeckt. Zu Wort kommt bei den rund 650 Einzelveranstaltungen, wo der Fachbereich um neue Einblicke und Erfahrungen bereichert – seien es etablierte Persönlichkeiten oder junge Nachwuchspsychiater. Damit ist der DGPPN Kongress einmal mehr der bedeutendste Expertentreff der Psychiatrie und Psychotherapie, dem rund 9000 Teilnehmende jährlich einen festen Platz in ihrem Terminkalender einräumen. Wie kein anderes Event steht er für den interdisziplinären Austausch sowie Fort- und Weiterbildung auf höchstem Niveau.

Wissenstransfer für die sprechende Medizin

Wer seine wissenschaftlichen Beiträge und gewonnenen Erkenntnisse mit der Fachwelt teilen möchte, kann dies in Form von Symposien, Diskussionsforen, freien Vorträgen oder Posterpräsentationen tun. Das Anmelde- und Einreichungsportal ist bereits geöffnet. Neben dem facettenreichen Programm macht

auch das besondere Kongressgefühl die Teilnahme in Berlin einzigartig, auch durch all das, was abseits der Säle geschieht: Zwischen und nach den Veranstaltungen wird genetzwerkt und sich ausgetauscht – interdisziplinär und persönlich. In diesem Jahr sorgt nach aktueller Planung die Networking-Reception nach coronabedingter Pause wieder für Gelegenheiten zum direkten Austausch und einen Ausklang des ersten Tages in entspannter Atmosphäre.

Jetzt einreichen

- bis zum 19. April
Symposien und Diskussionsforen
- bis zum 17. Juni
Freie Vorträge
- bis zum 17. Juni
Poster/E-Poster

Punktsieg für Fortbildungswillige

Mit dem Kongressbesuch können auf einen Schlag rund 30 CME-Punkte gesammelt werden. Besonders punktreich sind die zusätzlich buchbaren und ausschließlich vor Ort stattfindenden 1-Tages- und 2-Tage-Workshops, für die es bis zu 10 Punkte gibt. Und auch nach dem offiziellen Kongressende gibt es weitere Punkte, denn ein Teil der gestreamten Inhalte wird im Nachgang on Demand inklusive Lernerfolgskontrollen auf einer Plattform zur Verfügung gestellt und zusätzlich von der Ärztekammer zertifiziert.

Das Video-on-Demand-Programm 2021 kann noch bis Ende Mai abgerufen werden. Alle Kongress-Teilnehmenden können mit ihren Zugangsdaten auf die Inhalte zugreifen. Auch wer nicht teilgenommen hat, kann das Angebot noch nachträglich neu buchen.

Psyche und Kunst

Kunst eröffnet einen alternativen Zugang, kann zur Aufklärung über psychische Erkrankungen beitragen und Berührungängste abbauen. Jedes Jahr bewerben sich zahlreiche Kunstschaffende mit ihren Initiativen um einen der begehrten Ausstellungsplätze auf dem Kongress. Ob Fotoausstellungen, Zeichnungen oder Kunstobjekte: Der Vielfalt sind keine Grenzen gesetzt. Dank eines aktualisierten Anmeldeprozesses können Vorschläge erstmals über ein Anmeldeformular auf der Kongresswebsite eingereicht werden. Gezeigt werden die ausgewählten Projekte dann in Halle B und im Übergang zu Halle 7. Wer auf dem DGPPN Kongress ausstellen darf, hat die Chance, seine Werke einer großen Zielgruppe zu präsentieren und damit neue Perspektiven auf psychische Erkrankungen zu eröffnen.

100.000 Euro für den Fortschritt

Auch die bereits etablierten DGPPN-Preise stehen auf dem Kongress im Rampenlicht. Denn auf dem Jahresevent für Psychiatrie und Psychotherapie werden Fortschritt und Wissenstransfer großgeschrieben. Gesucht werden innovative und herausragende Arbeiten, die auf dem Gebiet Vorbild- und Signalcharakter haben. Besonders neue Ansätze, Blickwinkel und Impulse für das Fach und ein integratives Denken in Forschung, Versorgung und Gesellschaft stehen dabei im Fokus. Vor allem der Nachwuchs ist dabei gefragt.

■ Jetzt schon vormerken

- DGPPN Kongress 2022
- 23.–26. November im CityCube Berlin
- Digitalangebot
- zwei verschiedene Pakete buchbar
- alle beliebten Formate in Planung
- Workshop-Programm vor Ort
- CME-Zertifizierung wird beantragt

Alle Informationen sowie Zugang zum Anmelde- und Einreichungsportal auf dgppnkongress.de

Vor Ort und digital

Wer am DGPPN Kongress 2022 teilnehmen möchte, hat zwei Möglichkeiten. Bei beiden lohnt es sich, eine frühe Entscheidung zu treffen. Bis zum 30. September gilt der Frühbucherrabatt. Für Studierende und Neumitglieder gibt es sogar die Möglichkeit, kostenfrei teilzunehmen. Die Stipendien für Studierende sind jedoch limitiert.

Berlin- und Online-Paket

- Ticket zum DGPPN Kongress 2022 im CityCube Berlin mit Zugang zum gesamten wissenschaftlichen Programm sowie zur Industrieausstellung und dem Angebot im Bereich Psyche und Kunst an allen vier Kongresstagen; zusätzlich kostenpflichtig buchbar ist das Workshop-Programm, das ausschließlich vor Ort angeboten wird.
- Auch der Zugang zu den acht Livestreaming-Sälen ist enthalten. Wer also morgens lieber von zuhause ausgewählte Veranstaltungen aus dem CityCube anschaut und nachmittags die Kollegen vor Ort treffen möchte oder umgekehrt, kann hier flexibel entscheiden. Das gestreamte Programm wird aufgezeichnet und steht für eine spätere On-Demand-Nutzung bis voraussichtlich April 2023 zur Verfügung.

Online-Paket

- Ausschließlich Zugang zum Livestreaming-Angebot, d.h. aus acht Sälen werden während des Kongresses im November ausgewählte Veranstaltungen live aus dem CityCube auf eine Online-Kongressplattform übertragen und für eine spätere On-Demand-Nutzung aufgezeichnet. Das Video-on-Demand-Programm steht voraussichtlich wieder bis April 2023 zur Verfügung.

Der Umwelt zuliebe

Nachhaltig zu handeln heißt, verantwortungsvoll und auch klimaschonend mit Ressourcen umzugehen. Daher arbeitet die Fachgesellschaft gemeinsam mit ihren Partnern und Dienstleistern kontinuierlich an Lösungen, um den Kongress möglichst umweltbewusst zu organisieren. Wir hoffen, dass Sie uns bei dieser Initiative unterstützen und Ihren Kongressbesuch möglichst ressourcenschonend gestalten, indem Sie unnötigen Müll vermeiden und emissionsparend anreisen.

In Berlin dabei sein heißt ...

... **Wissen en masse:** Mehr als 650 Einzelveranstaltungen, darunter über 180 Symposien, 80 Workshops und 40 State-of-the-Art-Symposien – gemeinsam decken sie sämtliche Facetten der Psychiatrie und Psychotherapie ab. Diese Vielfalt gibt es nur vor Ort.

... **interdisziplinäres Networking:** Rund 9000 Experten vernetzen sich interdisziplinär – eine einmalige Gelegenheit, um sich inmitten des Kongressgeschehens, aber auch in interaktiven Formaten, persönlich auszutauschen.

... **sich intensiv fort- und weiterbilden:** In mehr als 80 praxisnahen Workshops wird kompaktes und vertieftes Wissen vermittelt.

... **den Nachwuchs treffen:** Bis zu 600 Studierende besuchen jährlich den Kongress. Auf sie warten Diskussionsforen, rund 20 Symposien, Meet-the-Expert-Runden, Lectures, Workshops und Angebote zum Vernetzen.

... **preisverdächtige Projekte:** Wie jedes Jahr werden die Träger der DGPPN-Preise für ihre herausragenden Arbeiten auf dem Kongress gewürdigt.



Extreme Zeiten für die Psyche

Dass Naturkatastrophen und Wetterextreme und damit die Klimakrise eine Gefahr für die Gesundheit von Menschen darstellt, ist allgemein bekannt. Weniger bekannt ist, wie groß bereits jetzt das Ausmaß der direkten und indirekten Auswirkungen auf die psychische Gesundheit ist.

Die heutige Studienlage zeichnet bereits ein eindeutiges Bild: Der Klimawandel beeinflusst die Psyche. Eine Meta-Analyse zeigt, dass Menschen, die Naturkatastrophen miterlebt haben, ein fast doppelt so hohes Risiko für eine psychische Erkrankung aufwiesen verglichen mit Menschen ohne eine solche Erfahrung. Mehr als jeder Vierte ist psychisch erkrankt, insbesondere Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und Depressionen waren häufiger als unter den Nicht-Betroffenen. Zum Teil berichten Studien auch von erhöhten Zahlen von Angsterkrankungen und Alkoholabhängigkeit oder -missbrauch [1]. Unter Kindern und Jugendlichen lag die Prävalenz von PTBS nach Naturkatastrophen über mehrere Studien hinweg bei bis zu 60%; bis zu 45% der Kinder litten unter depressiven Symptomen [2]. Auch die weniger offensichtlichen Aspekte des Klimawandels wirken sich auf die psychische Gesundheit aus: So deuten immer mehr Studienbefunde auf einen Zusammenhang zwischen Luftverschmutzung und dem Risiko psychischer Erkrankungen hin, z. B. Depression,

Schizophrenie oder Demenz [3]. In einer großen Meta-Analyse konnte ermittelt werden, dass ein Anstieg der Feinstaubbelastung mit mehr psychiatrischen Notfällen und Suizidalität in den folgenden Tagen einherging; über einen längeren Zeitraum zeigte sich ein Zusammenhang zwischen höherer Feinstaubbelastung und höherer Depressionsprävalenz [4].

Hitze

Die Auswirkungen hoher Temperaturen auf die psychische Gesundheit gehören zu den am besten erforschten Aspekten des Zusammenhangs zwischen Klima und Psyche. Eine 2021 veröffentlichte Meta-Analyse ergab, dass höhere Temperaturen mit einem größeren Risiko für psychische Erkrankungen einhergehen [5]. Dies betraf vor allem affektive und organische psychische Störungen, Schizophrenie sowie neurotische und Angsterkrankungen. Auch das Sterblichkeitsrisiko aufgrund psychischer Ursachen steigt mit den Temperaturen; das höchste Mortalitätsrisiko hatten Men-

schen mit substanzbezogenen und organischen psychischen Störungen wie z. B. Demenzen. Eine Analyse hitzebedingter Todesfälle konnte zeigen, dass psychische Erkrankungen zu den wichtigsten Risikofaktoren gehörten, das Mortalitätsrisiko während Hitzewellen verdreifachten und damit schwerwiegender waren als kardiovaskuläre oder Lungenerkrankungen [6]. Ein möglicher Grund für die größere Vulnerabilität von psychisch Erkrankten gegenüber Hitze könnten Interaktionen mit der Einnahme von Psychopharmaka oder eine eingeschränkte Thermoregulation sein [7, 8]. Dass Hitze die Psyche belastet, zeigt sich auch in einem Anstieg von Aufnahmen in psychiatrische Kliniken bzw. Notaufnahmen aufgrund psychischer Ursachen [9]. Insbesondere zum Zusammenhang zwischen Hitze und Suiziden zeigt sich ein eindeutiger Trend. Britische Forscher fanden heraus: je höher die Temperaturen, desto höher auch die Zahl der Suizide [9].



Überschwemmungen

Die am häufigsten auftretenden Naturkatastrophen sind Überflutungen in Folge von Extremwetterereignissen. Nicht nur durch die unmittelbare Notfallsituation mit Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit, sondern auch durch Folgeerscheinungen wie die Entstehung von durch Wasser übertragbare oder Infektionskrankheiten, Exposition von Giftstoffen und die Krise für die Gesundheitsversorgung stellen sie schwerwiegende Belastungsfaktoren für die Gesundheit von Menschen dar [10]. In Bezug auf die Psyche sind insbesondere Befunde zur Entstehung von PTBS, Depressionen und Ängsten als Folge von Überschwemmungskatastrophen bekannt. Studien finden einen signifikanten Anstieg von PTBS-Prävalenzen in betroffenen Regionen im Vergleich zu unversehrten Gebieten [11]. Nach Über-

schwemmungen in England litten ein Jahr nach dem Ereignis 36,2 % der Betroffenen unter PTBS, 20,1 % unter Depression und 28,3 % unter Ängsten [12]. Einzelne Studien finden Belege für vermehrten Alkohol- und Substanzge- und -missbrauch sowie gehäuft häusliche Gewalt infolge von Überschwemmungen [10]; uneindeutig sieht die Datenlage zur Wirkung auf die Suizidzahlen aus [11]. Studien weisen darauf hin, dass die Schwere der psychischen Belastung mit der Intensität der Katastrophe bzw. dem Grad der Betroffenheit zusammenhängt. Diese können auch weit über die Dauer der akuten Notlage hinaus bestehen [10, 13]. Trauer, psychosozialer Stress aufgrund von wirtschaftlichen Problemen und Wohnortwechsel als Folge von Schäden an oder Verlust von Eigentum sowie eine mangelnde oder unterbrochene Gesundheitsversorgung stellen Belastungs- und Risikofaktoren dar. Diese können länger andauern und das Entstehen weiterer psychischer Störungen begünstigen wie auch bestehende gesundheitliche Probleme verschlimmern.

Stürme

Auch nach tropischen Wirbelstürmen, Zyklonen oder Taifunen leiden viele Menschen unter PTBS, Stress, Depressionen und Ängsten. Studien liegen beispielsweise zu Hurricane *Katrina* im Südosten der USA 2005 oder Hurricane *Sandy* 2012 in Kuba, Jamaica und Haiti vor [10]. 49 % der Bewohner in New Orleans litten in den 30 Tagen nach *Katrina* unter einer affektiven Störung, fast jeder Dritte wies Symptome einer PTBS auf. Viele Betroffene berichten außerdem von Suizidgedanken. Wie stark oder direkt Menschen von Stürmen betroffen sind und wie intensiv Stressoren auftreten, beeinflusst vermutlich die Dauer der psychischen Probleme. So wurden sowohl sinkende PTBS-Prävalenzen innerhalb von 18 Monaten, aber auch anhaltend erhöhte Zahlen bis zu 5 Jahre nach einem Wirbelsturm beobachtet. Im Fall von Hurricane *Katrina* waren es insbesondere die Menschen, die ihren Wohnort wechseln mussten und/oder traumatische Ereignisse miterlebten, die das höchste Risiko hatten, psychische Langzeitfolgen davonzutragen [14]. Schäden an der Infrastruktur bzw. die Unterbrechung der medizinischen Versorgung, die Verschlechterung chronischer Erkrankungen, Wohnortwechsel und der Verlust von Eigentum, Arbeitsplatz und sozialer Unterstützung gehören zu den länger andauernden psychosozialen Stressoren, die die psychische Gesundheit der Menschen in betroffenen Regionen gefährden [10]. Besonders vulnerabel für die negativen Folgen sind Frauen, Menschen mit psychischen Erkrankungen, schwachen sozialen Netzwerken oder niedrigem sozioökonomischen Status [10, 14].



Busch- und Waldbrände

Feuer kann neben erheblichen Schäden an Eigentum, der Bedrohung der körperlichen Unversehrtheit und Erkrankungen auch einen Anstieg psychischer Probleme in den Folgejahren bewirken [10, 15]. So werden am häufigsten zunehmende Zahlen von PTBS, Depressionen und generalisierten Angststörungen verzeichnet. Vereinzelt wurde auch von vermehrtem Alkoholmissbrauch und psychosomatischen Erkrankungen berichtet. Eine Studie zwei Monate nach den Bränden 2016 im kanadischen Fort McMurray ergab, dass 29,1 % der befragten Erwachsenen eine PTBS und 25,5 % eine Depression entwickelt hatten [16]. Unter Kindern gibt es Berichte von bis zu 92 %, die nach Bränden unter PTBS-Symptomen leiden.

Erhöhte Prävalenzen von PTBS, Depressionen und generalisierten Angststörungen können nicht nur in der subakuten Phase auftreten, sondern auch Jahre nach der Brandkatastrophe bei betroffenen Kindern und Erwachsenen bestehen. So litten noch zehn Jahre nach den schweren Buschbränden in Australien 22 % der stark Betroffenen unter einer PTBS, Depression oder schwerer psychischer Belastung [15]. Ausschlaggebend für die psychischen Auswirkungen ist vermutlich die Art der traumatischen Erfahrung und nachfolgender Stressoren, z. B. das Miterleben brennender Häuser, Angst um das eigene Leben oder das anderer sowie mangelnde Unterstützung aus dem sozialen Umfeld oder der Regierung.

Klimagerechtigkeit

Die psychischen Auswirkungen des Klimawandels sind dahingehend ungleich verteilt, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen wegen spezifischer Vulnerabilitätsfaktoren besonders unter Naturkatastrophen, Hitze, Umweltveränderungen usw. leiden. So erleben vor allem indigene Bevölkerungen wie die Ureinwohner Amerikas, die australischen Aborigines oder die Inuit einen rapiden Wandel klimatischer Bedingungen, der sich durch die kulturell verankerte Naturverbundenheit negativ auf die psychische Gesundheit auswirkt [10, 19]. Für Geflüchtete und Migranten, ethnische Minderheiten, Obdachlose und Populationen in ärmeren Ländern hat der Klimawandel ausgesprochen massive und

teils existenzielle Auswirkungen. Eine besondere Neigung, neue psychische Erkrankungen oder eine Verschlechterung bestehender psychischer Probleme zu entwickeln, zeigt sich in vielen Studien für Frauen und Kinder, Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status, psychisch Erkrankte und Menschen mit reduzierten sozialen und ökonomischen Ressourcen. Des Weiteren sind Arbeiter und Landwirte durch Wetter- und Umweltveränderungen oftmals in ihrer wirtschaftlichen Existenz bedroht, was zu starker Verzweiflung und erhöhten Suizidraten führen kann [10, 20]. Somit verschärfen sich durch den Klimawandel weltweit bestehende soziale, wirtschaftliche und gesundheitliche Ungleichheiten [23, 24].



Dürren

Extreme Trockenheit macht Menschen nachweislich zu schaffen: Zum einen weist z. B. die australische Forschung auf eine chronische psychische Belastung, generalisierte Ängste, Depressionen und erhöhte Suizidraten in Verbindung mit der anhaltenden Dürre des Landes hin [17]. Dabei stellen die Landwirte bzw. die ländliche Bevölkerung weltweit eine besonders vulnerable Gruppe hinsichtlich der psychischen Folgen wie Depressionen, Entmutigung und Gefühlen von Hilflosigkeit dar und sind verstärkt von Belastungsfaktoren wie wirtschaftlicher Not und Arbeitsplatzunsicherheit betroffen [10, 18]. Langzeitdürren, deren Häufigkeit und Dauer im Zuge des Klimawandels voraussichtlich zunehmen werden, sind assoziiert mit der Verschlechterung ökonomischer Bedingungen, können den Zugang zu Nahrung und Trinkwasser für große Bevölkerungsgruppen erschweren und zum Teil zur Migration zwingen [17]. Dies kann auch Konflikte über natürliche Ressourcen auslösen.

Neben den direkten Effekten, die Naturkatastrophen und extreme Wetterbedingungen im Rahmen des Klimawandels auf die psychische Gesundheit von Menschen haben können, wirkt sich die Veränderung von Natur und Umwelt auch über indirekte Wege, d. h. vermittelt über soziale, wirtschaftliche oder anderweitig langfristige Prozesse, ungünstig auf die Determinanten psychischer Gesundheit aus.



Migration

Die Flucht an sich, die daraus folgende Unterbrechung sozialer Netzwerke, Arbeitsplatzunsicherheit und Nahrungsmittelunsicherheit bedeuten erhebliche Belastungsfaktoren. Studien in Bangladesch zeigten, dass mit umweltbedingter Umsiedlung oft auch eine Verschlechterung der Wohn- und Arbeitsbedingungen erfolgt und Menschen neben ökonomischen auch nicht-ökonomische Verluste erleben, darunter Identität, Zugehörigkeitsgefühl und psychische Stabilität [21]. Die vulnerabelsten Populationen sind jene, die besonders von empfindlichen Ökosystemen und deren Erträgen abhängig sind [22]. Geflüchtete haben oftmals ein erhöhtes Risiko, psychisch zu erkranken. Eine große Kohortenstudie (n = 1,3 Mio.) in Schweden konnte zeigen, dass das Risiko, an Schizophrenie oder anderen psychotischen Störungen zu erkranken, bei geflüchteten Migranten zweimal so hoch war wie bei nicht Geflüchteten und dreimal so hoch wie bei gebürtigen Schweden [23].

Nahrungsmittelknappheit

Der stetige Temperaturanstieg, die Veränderung von Niederschlagsmustern und höherfrequente Extremwetterereignisse wirken sich auch nachteilig auf die weltweite Nahrungsmittelsicherheit aus, wobei die Beeinträchtigung weiter steigen wird. Dabei sind Verbraucher mit geringem

Einkommen besonders vulnerabel; verschiedene Modelle sagen 1–183 Millionen mehr von Hunger bedrohte Menschen voraus [24]. Steigende Temperaturen und CO₂-Konzentrationen beeinflussen außerdem den Nährstoffgehalt von Ernten negativ.

Meta-Analysen zeigen, dass Ernährung auch mit psychischer Gesundheit zusammenhängt: So fanden Forscher ein reduziertes Risiko für Depressionen bei gesünderer bzw. mediterraner Ernährung, während sich Mangelernährung in psychischen Symptomen wie Fatigue, Gedächtnisschwäche oder depressiven Verstimmungen äußern kann. Eine gesunde Ernährung hingegen unterstützt die psychische Gesundheit, kognitive Leistung, Stimmung und Stressempfindlichkeit. Es gibt auch Befunde, die für eine Wirksamkeit von Ernährungsinterventionen in der Behandlung von Depressionen und ADHS sprechen [25]. Es wird vermutet, dass die psychische Gesundheit ernährungstechnisch durch die Aktivierung des Immunsystems und inflammatorischer Prozesse beeinflusst wird [26].

Kollektive Gewalt

Durch Schäden an Ernteflächen, Salzwasserintrusionen in Flüssen und Grundwasser, Knappheit an Nahrung und Trinkwasser sowie Umsiedlung erfolgen grundlegende politische, ökonomische und soziale Brüche, die auch die Wahrscheinlichkeit von Gewalt und Konflikten zwischen Menschen und Menschengruppen erhöhen können [20]. Es konnte ein hochsignifikanter Effekt von klimatischen Bedingungen auf Konflikte gefunden werden: Jede Einheit mehr Niederschlag oder wärmere Temperaturen erhöhte das Risiko für zwischenmenschliche Gewalt um 4 % und für Konflikte zwischen Gruppen um 14 % [27]. Auch ein Zusammenhang zwischen Dürreperioden, Viehpreisen und Konflikten konnte in Somalia zwischen 1997 und 2009 hergestellt werden, auf dessen Basis bis 2100 eine Zunahme von Konflikten um 58 % unter Annahme eines Temperaturanstiegs von 3,2°C prognostiziert wurde [28]. Zudem gibt es Befunde, die darauf hinweisen, dass höhere Temperaturen mit einem verstärkten Aggressionspotenzial, mehr Selbstverletzungen, Körperverletzungen und Tötungen zusammenhängen [10].

Literatur

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

Mental Entertainment

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

Psyche im Fokus gibt einen kleinen Überblick.

Atypical



Der 18-jährige Sam Gardner leidet unter einer Autismus-Spektrum-Störung. Mit Hilfe seiner Therapeutin, seines Freundes Zahid und seiner Familie versucht er, seinen Weg in ein selbständiges Leben zu finden und unabhängiger zu werden. → Serie | Netflix

Der Rausch



Martin ist Lehrer und fühlt sich alt und müde. Inspiriert von einer Promille-Theorie, startet er mit drei Kollegen ein Experiment: Ein konstanter Blutalkoholwert bei 0,5 Promille soll zu mehr Lebensfreude verhelfen. Ein fragwürdiges Unterfangen. → Film | Amazon Prime oder Apple TV Plus

PsychCast



In lockerer Atmosphäre, jedoch wissenschaftlich akkurat, sprechen zwei Mediziner unter dem Motto „Edutainment für Ohr und Seele“ über psychiatrische, psychosomatische, psychotherapeutische und ähnliche Themen. → Podcast | alle Plattformen

In Therapie



In Kammerspiel-Atmosphäre greift diese fiktive Serie im Setting von klassischen Therapiesitzungen die Geschehnisse rund um den Pariser Anschlag auf das Bataclan im November 2015 auf. Jede Folge umfasst einen Termin und einen Patienten mit seiner individuellen Geschichte. → Serie | Arte

Seuche frisst Seele | Psyche und Pandemie



Nur schlecht drauf und seelisch erschöpft oder schon mitten in einer Depression? Diese Frage stellen sich immer mehr Menschen während der Pandemie. Viele leiden unter dem Wegfall ihres normalen Lebens. Ist das deutsche Gesundheitssystem darauf vorbereitet? → Dokumentation | ARD-Mediathek

Und wer fragt mich?



Wie gehen Kinder damit um, wenn ihre Eltern psychisch erkrankt sind? Betroffene und beteiligte Disziplinen geben Antworten und sprechen darüber, wie Hilfsangebote für Kinder psychisch erkrankter Eltern verbessert werden können. → Podcast | alle Plattformen

Bir Başkadır – acht Menschen in Istanbul



Die Serie behandelt aus acht verschiedenen Blickwinkeln die Vielfalt der türkischen Gesellschaft. Im Mittelpunkt steht dabei die Geschichte der Reinigungskraft Meryem, die unter Ohnmachtsanfällen ohne somatischen Befund leidet und deshalb an die Psychiaterin Peri vermittelt wird. → Serie | Netflix

Raus aus der Depression



Vor dem Aufenthalt in der Psychiatrie haben viele Angst. Dabei ist sie in vielen Fällen der beste Ort, um wieder gesund zu werden, sagt Blogger Schlecky Silberstein. Er erzählt Harald Schmidt in einer Folge, warum in der Psychiatrie viel gelacht wird und dass die Patienten abends Monopoly spielen. → Podcast | alle Plattformen

Studien

merk-würdig

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

Hotline-Rap

In den USA sank zeitweilig die Suizidrate dank eines Songs des Rappers *Logic*. Der Songtitel enthielt die Telefonnummer der amerikanischen Suizidpräventionshotline *Lifeline*. Laut Forschern der Medizinischen Universität Wien gingen nach der Veröffentlichung des Songs 10.000 Anrufe mehr bei der Hotline ein. Gleichzeitig konnte ein Rückgang der Suizidrate um 5,5 % beobachtet werden. Im Gegensatz zum Werther-Effekt, bei dem Berichte über Suizide prominenter Personen zu Nachahmern führen, kam es, laut den Autoren, hier zum gegenteiligen, präventiv wirkenden Papageno-Effekt. Die Ergebnisse unterstreichen die Möglichkeiten von Kooperationen, z. B. zwischen dem Gesundheitssektor und der Musik- und Unterhaltungsindustrie.

Quelle: Niederkrotenthaler T et al. (2021) Association of Logic's hip hop song "1-800-273-8255" with Lifeline calls and suicides in the United States: interrupted time series analysis. *BMJ* 375:e067726



Pilz vs. Pils

Der in *Magic Mushrooms* enthaltene Wirkstoff Psilocybin kann zur Verringerung von Rückfällen bei Alkoholkranken beitragen. Hinweise darauf fanden Forscher des Zentralinstituts Mannheim. Im Fokus stand dabei ein bestimmter Rezeptor (mGluR2) im Gehirn, der die Glutamat-Ausschüttung reguliert und damit eine zentrale Rolle bei der Selbstregulation im Rahmen der Alkoholsucht spielt. Im Tierversuch konnte bei Nagern ein kausaler Zusammenhang zwischen verminderter mGluR2-Funktion und unter anderem auch dem Alkoholverlangen nachgewiesen werden. Psilocybin erhöht die mGluR2-Spiegel, was wiederum zu einer Verringerung von Rückfällen führt. Die Erkenntnisse können zur Entwicklung neuer Therapieansätze beitragen.

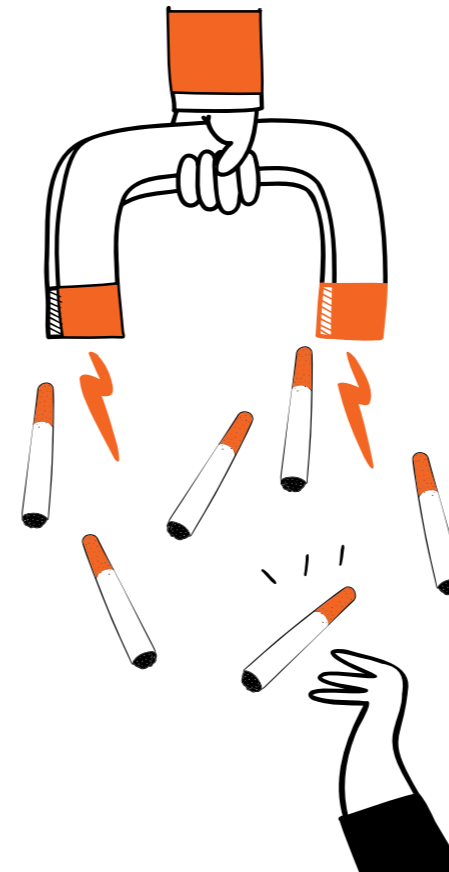
Quelle: Meinhardt M et al. (2021) Psilocybin targets a common molecular mechanism for cognitive impairment and increased craving in alcoholism. *Sci Adv* 2021 7(47):eabh2399



Aufgeheizte Stimmung

Aggressive Vorfälle vermehren sich, sobald es wärmer als 30 °C wird. Zu diesem Ergebnis kamen mehrere psychiatrische Kliniken des Zentrums für Psychiatrie (ZfP) Südwürttemberg bei einer Untersuchung. Anhand der *Staff Observation Aggression Scale* – mit der am ZfP Gewaltvorfälle erfasst werden – sowie Daten des Deutschen Wetterdienstes konnte belegt werden, dass die Anzahl der Vorfälle an Hitzetagen um ca. 15 % zugenommen hatte. An Tagen mit Temperaturen über 33,5 °C stieg die Anzahl aggressiver Vorfälle sogar um 33 %. Die an der Studie beteiligten Kliniken verfügen über keine Klimaanlage, sodass ein ausreichender Hitzeschutz für die Patienten nicht gegeben war. Angesichts des Klimawandels und damit einhergehender Temperaturanstiege ist für die Zukunft eine Zunahme dieses Phänomens zu erwarten.

Quelle: Eisele F et al. (2021) Aggressive incidents in psychiatric hospitals on heat days. *BJPsych Open* 7(45):e99, 1–3



Magnet vs. Rauchen

Magnetstimulation unterstützt bei der Rauchentwöhnung. Zu diesem Ergebnis kam eine amerikanisch-israelische Forschergruppe anhand einer Doppelblindstudie. Sie belegt den positiven Effekt der tiefen, repetitiven transkraniellen Magnetstimulation. Insgesamt nahmen rund 260 Personen teil, die mindestens einen, oft sogar mehr als drei erfolglose Versuche der Rauchentwöhnung hinter sich hatten. Durch die Stimulation tiefer liegender Hirnregionen hatten nach den ersten sechs Wochen 28 % der Studienteilnehmer mit dem Rauchen aufgehört. In der Kontrollgruppe waren es nur knapp 12 %. Vor jeder Behandlung sollten die Probanden – unterstützt von Bildern und Geräuschen zum Thema – reflektieren, warum sie rauchen. Auf jede Behandlung folgte ein Motivationsgespräch. In den USA wurde diese Methode der Rauchentwöhnung bereits zugelassen.

Quelle: Zangen A et al. (2021) Repetitive transcranial magnetic stimulation for smoking cessation: a pivotal multicenter double-blind randomized controlled trial. *World Psychiatry* 20(3):397–404

Anorexie hat innen kein Futter.

Reich an Ballaststoffen

Ein ungesundes Verhältnis zum Thema Essen ist echter Ballast für die Seele. Übernehmen Anorexie, Bulimie oder Binge-Eating die Kontrolle, ist das nicht nur schwerwiegend für die Psyche; auch der Körper leidet gravierend unter den Folgen. In Deutschland leiden etwa 14 von 1000 Frauen und 5 von 1000 Männern unter einer Essstörung. Aron Boks war lange Zeit einer von ihnen. Dabei ist er kein Problemkind. Ganz im Gegenteil. Er hat viele Freunde, ist intelligent, in behüteten Verhältnissen aufgewachsen und als Autor, Moderator und Slam-Poet schon sehr jung erfolgreich geworden.

Aron ist außerdem hochgradig essgestört. Seine Krankheit entwickelt sich schließlich so extrem, dass er einen BMI unter 17 und Schäden am Herzen hat. Wie er heute mit seiner Krankheit lebt, und dass Essstörungen eben keine reine Mädchen- bzw. Frauenkrankheit sind, sondern sehr wohl auch in der Männerwelt vorkommen, erzählt er im Interview auf der PSY-Website.

Wie folgeschwer nagender Hunger im Wechsel mit zügellosem Übermaß sein kann, weiß auch Katharina Bühnen. Sie ist Ärztliche Direktorin des Heckscher-Klinikums für Kinder- und Jugendpsychiatrie in München. Schon zu Beginn ihrer Laufbahn hat sie sich auf Essstörungen speziali-

siert und weiß, wann das Maß voll ist. Im Experteninterview erklärt sie, wodurch sich die unterschiedlichen Formen der Erkrankung auszeichnen, wie Angehörige helfen können und wie man als Behandelnder zu den Betroffenen durchdringen kann.

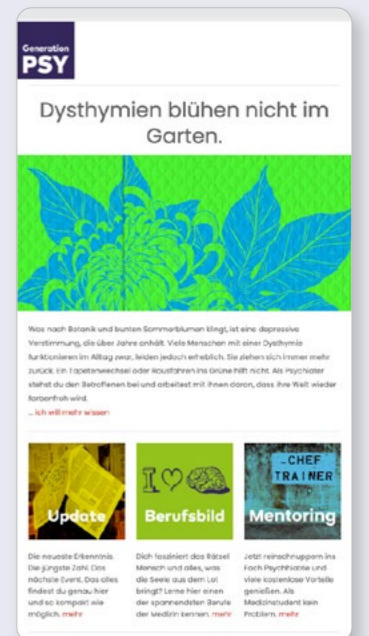
Dass Essstörungen stark an unserer Gesellschaft zehren, zeigen außerdem die Zahlen und Fakten im Lexikon-Artikel. Zu lesen ist hier, welche Warnzeichen es gibt, dass Essstörungen nicht mit der Muttermilch aufgesogen werden, welche Gruppen besonders anfällig und schutzbedürftig sind und wie die Heilungschancen aussehen.

„Anorexie hat innen kein Futter.“ – das ist der neue Claim der Generation PSY-Kampagne. Das Themenspecial dagegen hat es voll in sich. Es braucht mehr Fachkräfte, die helfen können, Essstörungen den Nährboden zu entziehen. Alles über den Weg in eine der spannendsten Disziplinen der Medizin und alle bisherigen Kampagnen von ADHS bis Sucht gibt es auf generation-psy.de.

Nicht wie gewohnt der Lieferservice, sondern die DGPPN-Geschäftsstelle bringt das neue Kampagnenmotiv der Generation PSY in die Kliniken und Universitäten Deutschlands. Bei Interesse wenden Sie sich bitte an kontakt@generation-psy.de.

PSY-Telegramm

Was macht den Beruf aus? Wie fasse ich Fuß im Klinikalltag? Wie lasse ich mich nieder? Und was muss ich wirklich unbedingt über Psyche und Co. wissen? Der Wissenshunger von Studierenden, Assistenzärzten und frisch Approbierten ist groß. Damit er gestillt wird, gibt es in Kürze regelmäßig alle spannenden News für die Generation von morgen im PSY-Telegramm. Jetzt auf generation-psy.de abonnieren.



Aktuelle Debatte

Suizid- assistenz

In einem Beschluss von 2020 hat das Bundesverfassungsgericht das Verbot der geschäftsmäßigen Suizidbeihilfe (§ 217 StGB) für verfassungswidrig erklärt. Derzeit arbeitet der Bundestag an einem Gesetz, das die Risiken einer völlig unregulierten Suizidbeihilfe minimieren soll. Eine Bundestagsdebatte ist für diesen Sommer, die Abstimmung über verschiedene Gesetzesentwürfe für Herbst 2022 geplant.

Die Hilfestellung bei der Durchführung eines Suizids, beispielsweise durch das Aushändigen eines tödlichen Medikaments, wird Suizidbeihilfe oder assistierter Suizid genannt, wenn die Tatherrschaft beim Suizidenten liegt. Von anderen Formen der Sterbehilfe, vor allem von der strafbaren aktiven Tötung auf Verlangen, ist dies streng abzugrenzen. Die DGPPN hat im vergangenen Jahr Eckpunkte verfasst, die aus psychiatrischer Sicht bei einem legislativen Schutzkonzept berücksichtigt werden sollten. Zusätzlich wurden die DGPPN-Mitglieder zu ihren Einstellungen und Erfahrungen zu assistiertem Suizid befragt.

Suizidassistenz seit 2020 in Deutschland unreguliert

Nach langer und intensiver Debatte verabschiedete der Deutsche Bundestag 2015 das „Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“. Der neu geschaffene § 217 StGB sollte vor allem „geschäftsmäßige“, also z. B. in Sterbehilfevereinen organisierte Formen der Suizidassistenz verhindern; in Einzelfällen blieb die Beihilfe zum Suizid zulässig.

Am 26. Februar 2020 erklärte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) § 217 StGB aufgrund einer Vielzahl von Klagen von Sterbehilfeorganisationen, Patienten, aber auch Ärzten für verfassungswidrig, da dieser es Suizidwilligen faktisch unmöglich mache, ihr Grundrecht auf selbstbestimmtes Sterben wahrzunehmen. Das Urteil bezieht sich dabei auf das allgemeine Persönlichkeitsrecht, das als Ausdruck persönlicher Autonomie ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben und auch die Freiheit einschließt, sich

das Leben zu nehmen und hierfür auch von Dritten Hilfe zu beanspruchen, wobei niemand zu einer solchen Hilfe verpflichtet werden könne. Das BVerfG nennt keine materiellen Voraussetzungen außer, dass die Entscheidung des Suizidenten freiverantwortlich und von gewisser Dauerhaftigkeit und innerer Festigkeit getragen sein muss. Das BVerfG stellte jedoch auch fest, dass der Gesetzgeber ein legitimes Ziel verfolgt, wenn er verhindern möchte, dass Suizidassistenz sich als normale Form der Lebensbeendigung durchsetzt, und er dafür Sorge tragen möchte, dass der Entschluss, begleiteten Suizid zu begehen, tatsächlich auf einem freien Willen beruht.

Seit dem Urteil des BVerfG wird auch innerhalb der Ärzteschaft eine intensive Diskussion um die Rahmenbedingungen der Suizidbeihilfe geführt, die auch die ethischen Grundlagen des Arztberufs betreffen: 2021 hob der 124. Deutsche Ärztetag das berufsrechtliche Verbot der ärztlichen Suizidbeihilfe zwar auf, betonte aber zugleich, dass die Suizidassistenz keine ärztliche Aufgabe sei.

Besondere Relevanz für die Psychiatrie

Suizidalität und Suizidprävention sind essenzielle Themen des Fachs Psychiatrie und Psychotherapie: Zwischen 50 und 90% der Suizide stehen in Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Menschen mit Depressionen haben ein stark erhöhtes Suizidrisiko [1, 2]. Auch die Beantwortung der Frage, inwiefern die Selbstbestimmungsfähigkeit einer Person gegeben oder durch eine psychische Erkrankung eingeschränkt ist, zählt zur psychiatrischen Kernexpertise. Neben der Beeinträchtigung durch eine

psychische Störung können laut BVerfG auch mangelnde Informiertheit, Aufklärung und Beratung, mangelnde Dauerhaftigkeit/innere Festigkeit und psychosoziale Einflüsse/Pressionen die Freiverantwortlichkeit einer Suizidentscheidung einschränken.

Kern des Diskurses um Freiverantwortlichkeit, Suizidalität und psychische Erkrankungen sind häufig die Fragen: Welche Rolle spielen psychische Erkrankungen beim Suizidwunsch? Wie stark beeinträchtigen sie die Freiverantwortlichkeit? Was ist unter „unheilbar“ im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen zu verstehen [3]? Und was ist die Aufgabe der Ärzte bei alledem?

Eine gesetzliche Regelung muss her

Mit seinem Urteil vom 26. Februar 2020 hat das BVerfG detaillierte Rahmenbedingungen benannt, um den Gefahren einer unregulierten Suizidbeihilfe zu begegnen: Insbesondere an die Freiverantwortlichkeit, also die Selbstbestimmtheit, Dauerhaftigkeit und Ernsthaftigkeit des Suizidwunsches sind nach den Vorgaben des Gerichts hohe Anforderungen zu stellen. Der Staat soll einerseits die Selbstbestimmung Suizidwilliger respektieren und gleichzeitig dort, wo die Selbstbestimmung erheblich eingeschränkt ist, der staatlichen Schutzpflicht nachkommen. Notwendig ist eine Prüfung, ob der Entschluss, einen begleiteten Suizid zu begehen, tatsächlich auf einem freien Willen beruht. Um dem gerecht zu werden, soll eine gesetzliche Neuregelung geschaffen werden – ein Vorhaben, das die neue Regierung im Koalitionsvertrag festgehalten hat. Schon vor der Wahl der neuen Regierung im September 2021 wurden einige Gesetzesentwürfe für die Regelung des assistierten Suizids veröffentlicht.

Der „Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben“ von Renate Künast, Katja Keul und anderen sieht vor, dass Sterbewillige in medizinischer Notlage von dem jeweils behandelnden Arzt beraten und begutachtet werden, der die Freiverantwortlichkeit und Festigkeit des Wunsches prüft, umfassend aufklärt und bei Zweifeln ein zusätzliches Gutachten einholt. Nach Bestätigung der genannten Annahmen durch einen zweiten Arzt kann das Betäubungsmittel nach mindestens zwei Wochen verschrieben werden, wobei davon bei außergewöhnlicher Härte abgesehen werden kann. Menschen mit Suizidwunsch ohne terminale Erkrankung sollen bei einer zuständigen Behörde ein Mittel zur Selbsttötung beantragen können. Hierfür müssen sie in einer schriftlichen

Erklärung ihren Sterbewunsch und freien Willen erörtern und sich mindestens zweimal innerhalb von mindestens einem Jahr von einer zugelassenen, privaten, unabhängigen Beratungsstelle informieren lassen, welche die Erklärung bestätigt.

Der „Entwurf eines Gesetzes zur Regelung der Suizidhilfe“, vorgelegt von einer Abgeordnetengruppe um Katrin Helling-Plahr und anderen, nennt als Voraussetzung für die Suizidhilfe den autonom gebildeten freien Willen, der unbeeinflusst von einer akuten psychischen Störung gebildet werden muss. In einem zweistufigen Prozess müssen Suizidwillige sich zunächst in einer staatlich anerkannten Beratungsstelle beraten lassen, die in der Bescheinigung eventuelle begründete Zweifel an der autonomen und unbeeinflussten Willensbildung vermerkt. Es können (fach-)ärztliche, psychologische, sozialpädagogische, sozialarbeiterische oder juristische Expertisen hinzugenommen werden. In einem darauffolgenden Arztgespräch soll eine Aufklärung stattfinden, damit ein tödliches Medikament verschrieben werden kann. Die Verschreibung muss im Zeitraum zwischen zehn Tagen und acht Wochen nach dem Beratungsgespräch stattfinden, sofern diese Wartezeit zumutbar ist. Es besteht keine Pflicht zur Suizidhilfe, die Fachqualifikation des Arztes soll dem Entwurf zufolge vom Bundesgesundheitsministerium geregelt werden.

Der bisher restriktivste Vorschlag stammt von einer Abgeordnetengruppe um Lars Castellucci und Kirsten Kappert-Gonthier. Dieser fasst die Suizidbeihilfe weiterhin als Straftatbestand auf und definiert Ausnahmetatbestände für die Zulässigkeit. Voraussetzung ist neben der Volljährigkeit eine Untersuchung durch einen am Suizid unbeteiligten Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie an zwei Terminen mit einem Mindestabstand von drei Monaten, der die Einschränkung der autonomen Entscheidungsfindung durch eine psychische Erkrankung ausschließt. Ein darauffolgendes Beratungsgespräch wird nach Maßgabe des begutachtenden Psychiaters individuell angepasst. Es kann von einem weiteren Arzt, Psychotherapeuten, einer psychosozialen Beratungsstelle, Suchtberatung und/oder Schuldenberatung durchgeführt werden und soll umfassend aufklären. Zwischen Beratung und Suizid muss eine Wartezeit von mindestens zwei Wochen verstreichen, der Suizid muss spätestens zwei Monate nach der psychiatrischen Begutachtung erfolgen. In Ausnahmefällen kann die Begutachtung auch an nur einem Untersuchungstermin stattfinden.

Diesem Gesetzesentwurf nach ist eine psychische Erkrankung nicht grundsätzlich ein Ausschlusskriterium für die Genehmigung zur Suizidbeihilfe; es muss jedoch in jedem Fall sichergestellt werden, dass diese die freie Willensbildung zum Suizidwunsch nicht beeinflusst. Das Gesetz sieht außerdem ein Werbeverbot für Suizidbeihilfe vor und wird flankiert von einem Antrag zur Stärkung der Suizidprävention. Klar ist, dass dieser Entwurf den psychiatrischen Fachärzten eine besondere Rolle beimisst.

Was die psychiatrische Ärzteschaft denkt

Bereits 2020 hat sich die DGPPN bezüglich eines legislativen Schutzkonzepts positioniert und sich für gerichtliche Entscheidungen im Verfahren zur Prüfung der Freiverantwortlichkeit und für fachärztliche Beratung, Aufklärung und Begutachtung ausgesprochen (siehe DGPPN-Stellungnahme vom 21. August 2020). Außerdem wurde die Vermittlung nahtloser Hilfen bei Einschränkung der Freiverantwortlichkeit sowie die Verhinderung gefahrenträchtiger Angebote und die Förderung von Suizidprävention empfohlen.

Nicht nur für die weitere ärztliche Diskussion, auch für den öffentlichen und politischen Diskurs über die gesetzliche Neuregelung, sind die Einstellungen und Erfahrungen der deutschen Psychiaterinnen und Psychiater zur Suizidassistenz von großem Interesse. In diesem Zuge hat die DGPPN im Sommer 2021 eine Umfrage unter den Mitgliedern der Fachgesellschaft gestartet. Insgesamt 2048 Mitglieder füllten den Online-Fragebogen aus, davon im Vergleich zur Mitgliederstruktur überproportional viele Männer (53 %) und überproportional viele über 50-Jährige (Durchschnittsalter: 53 Jahre).

→ Die große Mehrheit war der Meinung, es brauche eine gesetzliche Regelung des assistierten Suizids, wobei die meisten Mitglieder es für den wichtigsten Aspekt halten, dass Beratung, Begutachtung und Suizidbeihilfe von unterschiedlichen Institutionen bzw. Personen durchgeführt werden. Vielen Teilnehmenden war es zudem wichtig, dass kommerzielle Suizidbeihilfe verboten und die Suizidprävention gestärkt wird und ohne Vorliegen einer terminalen Erkrankung eine strengere Prüfung bzw. Regelung erfolgen soll.

→ Etwas mehr als die Hälfte war der Meinung, dass eine ärztliche Beratung zwingender Bestandteil der Genehmigung sein sollte. Grundsätzlich hielten die meisten Mit-

glieder die Einschätzung der Freiverantwortlichkeit einer Entscheidung zur Suizidbeihilfe für eine Kompetenz und Aufgabe von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie.

→ Die meisten Teilnehmenden waren außerdem für eine Wartezeit von mindestens einem Monat. Anders sahen es die Befragten überwiegend dann, wenn eine terminale Erkrankung vorliegt. Hier hielten die meisten eine kürzere Wartezeit von unter vier Wochen für angemessen. Das Medikament soll laut Umfrageergebnis entweder durch eine ärztliche Verordnung oder durch eine behördliche Genehmigung zugänglich gemacht werden.

→ Die meisten rechnen für die Zukunft mit einer steigenden Zahl der assistierten Suizide. Zwar denken viele, die Möglichkeit der Suizidassistenz könne die Angst vor einem qualvollen oder fremdbestimmten Tod lindern. Gleichzeitig wird aber befürchtet, dass ältere und kranke Menschen unter Druck geraten könnten und dass absehbar auch das Töten auf Verlangen legalisiert werden könnte.

Noch vor der Sommerpause plant der Bundestag nun eine Debatte zum Thema Suizidbeihilfe; die Lesungen der Gesetzesentwürfe sind für Herbst 2022 vorgesehen. Die vollständigen Ergebnisse der Umfrage unter DGPPN-Mitgliedern zur Suizidbeihilfe und einem legislativen Schutzkonzept werden in Kürze in der Zeitschrift *Der Nervenarzt* veröffentlicht.

Literatur

- 1 Harris EC, Barraclough B (1997) Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 170:205–228
- 2 Cavanagh JTO et al. (2003) Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 33:395–405
- 3 Sheehan K, Gaird KS, Downar J (2017) Medical assistance in dying: special issues for patients with mental illness. *Curr Opin Psychiatry* 30:26–30

Veranstaltungshinweis

Die DGPPN veranstaltet am 21. Juni 2022 im Quadriga-Forum ihr Hauptstadtsymposium zum Thema „Suizidassistenz“ mit renommierten Experten aus Psychiatrie, Politik und Gesellschaft.

Die Veranstaltung wird als Livestream übertragen. Programm und Anmeldung über [dgppn.de](https://www.dgppn.de)

Nicht so leicht

Schon bevor die drei globalen Herausforderungen Pandemie, Krieg in Europa und fortschreitender Klimawandel am Horizont auftauchten, hing der Himmel voller Wolken. Gesellschaftlicher Zusammenhalt ist jetzt wichtiger denn je. Miteinander zu reden, stärkt nicht nur das Wir-Gefühl, sondern tut dem Einzelnen gut.

Selten war die psychische Gesundheit der Weltbevölkerung solchen Mehrfachbelastungen ausgesetzt wie aktuell: Allein eine der globalen Krisen wäre Herausforderung genug, doch kaum hat sich die Pandemie aus der akuten Phase herausbewegt, belastet der Ukraine-Krieg die aufkeimende Hoffnung auf ein Stück Normalität und schiebt sich in den Vordergrund, wo es doch spätestens jetzt vorrangig um den Erhalt des Planeten für die kommenden Generationen gehen muss. Aber auch auf nationaler Ebene gibt und gab es schon vorher genug Aufgaben zu bewältigen: steigende soziale Ungleichheit und Altersarmut, Rassismus, rechtsradikale Strömungen und zunehmende Polarisierungen, Überforderung durch die digitale Transformation, prekäre Arbeitsbedingungen und allgemeine Arbeitsverdichtung, Pflegenotstand, die Aufhebung des Generationenvertrags ...

All diese ungelösten Probleme können zu einem Anstieg von Stress führen – insbesondere bei Menschen, die bereits vorbelastet sind und/oder eine psychische Erkrankung haben. Der erhöhte Stress kann dazu beitragen, dass zwischenmenschliche Konflikte leichter eskalieren. Auf gesellschaftlicher Ebene werden aus Rissen tiefe Gräben, die immer schwerer zu überwinden sind; haben doch soziale Beziehungen und der gesellschaftliche Zusammenhalt in der Corona-Krise besonders gelitten. Bereits jetzt zeigt sich hierzulande, dass der Bedarf an therapeutischer Hilfe drastisch gestiegen ist. Welche Auswirkungen hat die allge-

meine Verunsicherung auf die psychische Gesundheit? Wie können wir angesichts aller anstehenden Herausforderungen wieder miteinander ins Gespräch kommen und Gräben überwinden? Wie kann Vertrauen in die Zukunft zurückgewonnen werden? Der Schlüssel dazu: immer wieder in den Dialog treten.

Vor diesem Hintergrund organisiert das *Aktionsbündnis Seelische Gesundheit* in diesem Jahr seine Woche der Seelischen Gesundheit vom 10.–20. Oktober 2022 unter dem Leitmotiv „Reden hebt die Stimmung – Seelisch gesund in unserer Gesellschaft“. In verschiedenen Veranstaltungsformaten stellen sich kleine und große Einrichtungen und Organisationen mit ihrem Hilfsangebot vor. Ob Vorträge, Workshops, Podcasts oder Kunstaussstellungen: Alle Veranstaltungen tragen dazu bei, Berührungsängste abzubauen und Betroffene sowie deren Angehörige einzubinden. Jährlich beteiligen sich rund 50 Regionen und Städte mit insgesamt über 400 Präsenz- und Online-Veranstaltungen. Die Angebote der Woche der Seelischen Gesundheit sind in der Regel kostenfrei und richten sich an alle Generationen. Sie sollen jeden motivieren, offen über seine Probleme zu reden, sich Hilfe zu suchen und vor allem Hilfs- und Beratungsangebote in der Nähe kennenzulernen. Zum Start der Woche findet am 10. Oktober, am *World Mental Health Day*, die große Auftaktveranstaltung in Berlin statt, die auch bei YouTube in einem Livestream übertragen wird.

The poster has a light blue background. At the top left is the logo for 'Aktionsbündnis Seelische Gesundheit' (a colorful circle) and at the top right is the logo for 'Woche der Seelischen Gesundheit' (a green circle). The central image is a large, dark blue hot air balloon with a basket containing two silhouettes of people, floating against a bright yellow sun with long, pointed rays. Below the hot air balloon, the text 'REDEN HEBT DIE STIMMUNG' is written in large, bold, blue capital letters on a yellow rectangular background. Below that, 'Seelisch gesund in unserer Gesellschaft' is written in blue on a yellow background. At the bottom right, the dates '10.–20. OKTOBER 2022' and the website 'WWW.SEELISCHEGESUNDHEIT.NET' are displayed in blue.

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Reinhardtstraße 29 | 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)
Alessia Kehler | Isabelle Lork (Koordination)
Paula Schick Tanz | Annika Walinski | Robert Zeidler

Layout und Reinzeichnung

Irene Pranter

Auflage

10.500 Exemplare

Erscheinungsdatum

April 2022

Design- und Gestaltungskonzept

wenkerottke.

Schlusskorrektur

Heide Frey

Druck

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

ABBILDUNGEN

Titelseite und S.11 bis S.17: Brent Stirton; S.2 und S.31: Claudia Burger; S.7: iStock/Tom Nulens; S.8: unsplash/Add Weed; S.9: iStock/Sanja Radin; S.18: Buchcover: Verlage; S.22: Herlinde Koelbl; S.25: Bildarchiv Bayerischer Landtag/Rolf Poss; S.27 links: Jochen Rolfes, rechts: JohannesRodach_PP; S.28: picture alliance/imageBROKER | Michael Jänecke; S.32: picture alliance/NurPhoto | Ying Tang; S.34: picture alliance/Zoonar | Stefan Ziese; S.35 oben: picture alliance/imageBROKER | Gerhard Zwirger-Schoner, unten: picture alliance/Europa Press/ABACA; S.36: picture alliance/NurPhoto | Nicolas Economou; S.40: iStock/Sirfuji; S.42: picture alliance/photothek | Florian Gaertner

DGPPN

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

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

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

21. Juni 2022

HAUPTSTADT SYMPOSIUM

Assistierter Suizid

Alle Infos und Anmeldung auf
dgppn.de

ISSN 2749-1056 (Print)

ISSN 2749-2478 (Online)