

# PSYCHE IM FOKUS



Das Magazin der DGPPN

## **Dunkle Vergangenheit**

SED-Unrecht in der  
DDR → **S. 42**

## **Bunte Gegenwart**

Gleichstellung und  
Sexualität → **S. 10**

## **Gemeinsame Zukunft**

Partizipativ forschen  
→ **S. 30**



Notfallpatient Erde

# Liebe Leserinnen und Leser,



welche Gefühle verbinden Sie mit dem Klimawandel? Er berührt nicht nur unsere physische Welt, sondern auch unsere Psyche auf tiefgreifende Weise. Angst ist in diesem Zusammenhang das am häufigsten untersuchte, jedoch gibt es auch Gefühle, die handlungsleitend und motivierend wirken können. Über diesen Themenkomplex und darüber, welchen Beitrag wir als Fachleute für die Psyche leisten können, um der großen ökologische Krise zu begegnen, habe ich mit Lea Dohm von der *Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG)* gesprochen.

Das Thema „Ökologische Psychiatrie und Psychotherapie“ wird uns auf dem diesjährigen DGPPN Kongress in Berlin intensiv beschäftigen. Die wichtigsten Highlights rund um die Veranstaltung haben wir in dieser Ausgabe für Sie zusammengestellt. Ich freue mich insbesondere, dass wir für die Kongresseröffnung die renommierte Meeresbiologin Antje Boetius vom Alfred-Wegener-Institut gewinnen konnten, die in ihrem Vortrag die Beziehung zwischen Mensch und Natur in den Blick nimmt.

Um Beziehungen geht es auch, wenn wir von Partizipativer Forschung sprechen – genauer gesagt um Forschung auf Augenhöhe zwischen Wissenschaftlern und Betroffenen. Der Vorteil liegt auf der Hand, denn die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten können direkt in den wissenschaftlichen Erkenntnisprozess einfließen. *Psyche im Fokus* stellt das Konzept und einige Praxisbeispiele vor. Es wird klar: Die Psychiatrieforschung befindet sich im Wandel.

Voranschreiten bedeutet ja nicht nur, die Zukunft im Blick zu haben, sondern auch in den Rückspiegel zu schauen. In diesem Heft beleuchten wir zwei historische Wendepunkte, die noch immer ins Heute hineinreichen: Zum einen geht es in der Rubrik „Psychiatrie und Gesellschaft“ um die Streichung der Homosexualität aus dem Diagnosekriterienkatalog, die sich nun zum 50. Mal jährt. Zum anderen werfen wir ein Schlaglicht auf einen Forschungsverbund, der sich mit den langanhaltenden gesundheitlichen Auswirkungen des SED-Unrechts zu DDR-Zeiten befasst.

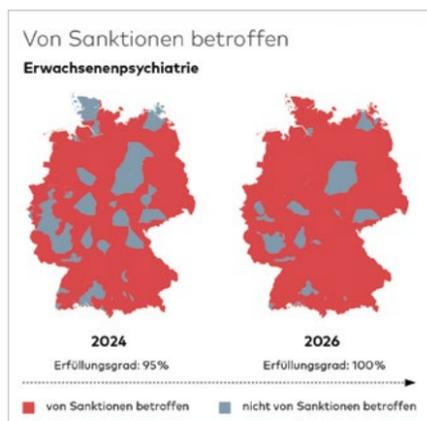
Gesundheitspolitische Befassungen im Hier und Jetzt haben wir wie gewohnt auf den ersten Seiten für Sie auf dem Radar und zu guter Letzt darf eine Vorschau auf die neue Nachwuchskampagne der Generation PSY nicht fehlen.

Ihr Andreas Meyer-Lindenberg – für den Vorstand der DGPPN

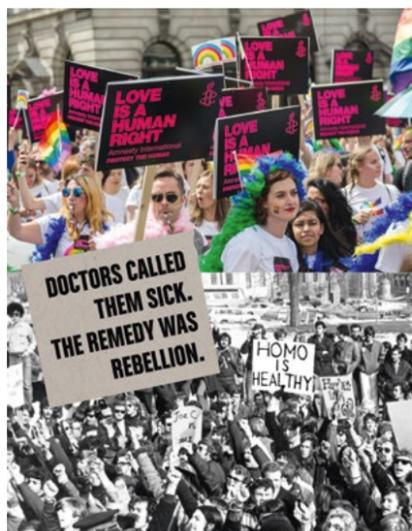
*Präsident*

# THEMEN dieser Ausgabe

## 01 EDITORIAL



- ## 04 GESUNDHEITSPOLITIK
- Dauerbrenner Personalausstattung
  - Weiter eine Grauzone
  - Ja zu „Mental Health Surveillance“
  - Vertane Chance – we won't recover



## 10 PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT

Kein LGB im DSM



## 16 UNTER VIER AUGEN

Andreas Meyer-Lindenberg und Lea Dohm im Gespräch

## 23 MEDIATHEK



## 24 DGPPN KONGRESS 2023

Ein Kongress – viele Perspektiven



## 30 WISSENSCHAFT

Korrelation in Ko-Relation

## 34 WISSENSCHAFT

Merk-würdige Studienergebnisse

## 36 INSIDE DGPPN

- 2 x 2 (neue Vorstandsmitglieder)  
- Wissen schaffen

## 40 NACHWUCHS

Schwerpunkt Trauma



## 42 VON GESTERN FÜR HEUTE

Unsichtbare Wunden – das Erbe der DDR

## 48 IMPRESSUM

## KALENDER

Termine für die nächsten sechs Monate, die man auf keinen Fall verpassen darf!

Verschaffen Sie sich einen schnellen Überblick über bevorstehende Veranstaltungen der DGPPN.

17./18.11.23 und 02./03.03.24  
Workshop Digitale Psychotherapie: Das Curriculum befasst sich mit dem Einsatz von DiGAs. Infos und Anmeldung auf [dgppnakademie.de](http://dgppnakademie.de)

19.02.24  
Netzwerktreffen Ethikberatung in der Psychiatrie

29.01.–02.02.24  
Kompaktkurs P&P:  
Anmeldung ab 16.10.23 geöffnet auf [dgppnakademie.de](http://dgppnakademie.de)

**!** Bitte beachten Sie, dass manche politische Entscheidung erst nach Redaktions- bzw. Produktionsschluss gefallen ist. Über das aktuelle Geschehen informieren wir auf [dgppn.de](http://dgppn.de) sowie auch im Mitgliedernewsletter.

# Gesundheitspolitik

## Dauerbrenner Personalausstattung

**Die PPP-RL beschert den Kliniken nicht nur Unnügen an Bürokratie – sie sieht auch Strafzahlungen für vom Fachkräftemangel geplagte Kliniken vor, die 2024 scharfgestellt werden sollten. Gemeinsam mit anderen Verbänden hat sich die DGPPN dagegen zur Wehr gesetzt. Die großen Schwachstellen der Personalausstattungs-Richtlinie sind seit Jahren offenkundig.**

Hochwertige psychiatrisch-psychotherapeutische stationäre Behandlungen sind schon immer ein zentrales Anliegen der DGPPN. Da multiprofessionelle und den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen folgende Therapien nur mit ausreichend Personal (in ausreichender Zahl und Qualifikation) durchgeführt werden können, hat sich die DGPPN in Vertretung ihrer Mitglieder in alle diesbezüglichen Gesetzgebungs- und Richtlinienentwicklungsverfahren eingebracht, unter anderem in PEPP (*Pauschalierendes Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen*), PsychVVG (*Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen*) oder jetzt in die G-BA-Richtlinie *Personalausstattung in Psychiatrie und Psychosomatik* (PPP-RL). Seit gut zehn Jahren werden die Bemühungen rund um eine angemessene Finanzierung stationärer psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlungen zudem von der *Plattform Entgelt* getragen, einem breiten Bündnis aus mehr als 15 zentralen Akteuren der stationären psychiatrischen Versorgung.

Im ersten Halbjahr dieses Jahres hat sich die *Plattform Entgelt* mit voller Kraft der Abwendung der unverhältnismäßigen und verfehlten Sanktionen der PPP-RL gewidmet. Denn zu Beginn des Jahres 2024 sollen im Rahmen der seit 2020 geltenden G-BA-Richtlinie Strafzahlungen fällig werden, wenn Kliniken die personellen Mindestvorgaben der Richtlinie nicht einhalten können. Analysen zeigen, dass vier von fünf Kliniken davon betroffen sind. Die Plattform befürchtet statt der beabsichtigten Sicherung deutschlandweit eine dramatische Verschlechterung der psychiatrischen Versorgung. Mit einem gemeinsamen Positionspapier machte sie auf das Problem aufmerksam und gegen die Einführung der Strafzahlungen mobil. Die Bemühungen waren nicht vergeblich: Aller Voraussicht nach wird das Plenum des G-BA zwischen Drucklegung und Erscheinen dieser Ausgabe über

das Aussetzen der Sanktionen entscheiden. Das eigentliche Problem bleibt aber weiter ungelöst – in ihrer aktuellen Form ist die Richtlinie einer leitliniengerechten Behandlung nicht dienlich. Der G-BA hat sich vorgenommen, sie entsprechend zu überarbeiten. Aus Sicht der DGPPN muss die Zeit nun intensiv genutzt werden, damit der G-BA dieses Ziel tatsächlich einhalten kann.

### Das Problem heißt PPP-RL

2016 hatte der Gesetzgeber den G-BA beauftragt, mithilfe möglichst evidenzbasierter Personalmindestvorgaben einen Beitrag zur leitliniengerechten Behandlung zu leisten. In der 2019 veröffentlichten PPP-RL wurden aber Untergrenzen ohne Evidenzgrundlage und ohne die Bezugnahme auf Leitlinien festgelegt. Stattdessen wurden die Personalanhaltszahlen der über 30 Jahre alten *Psychiatrie-Personalverordnung* (Psych-PV) weitergeführt und zu sanktionsbewährten Personaluntergrenzen deklariert. Dass man heute anders behandelt als vor 30 Jahren, dass es neue Behandlungskonzepte gibt und Multiprofessionalität ein zentraler Baustein psychotherapeutischer Behandlung geworden ist, wurde darin nur unzureichend berücksichtigt. Zudem bringt die PPP-RL einen enormen Dokumentationsaufwand mit sich. Es muss zu viel Zeit in Bürokratie investiert werden, die dann für die Arbeit mit Patienten fehlt.

### Der Sanktionsmechanismus

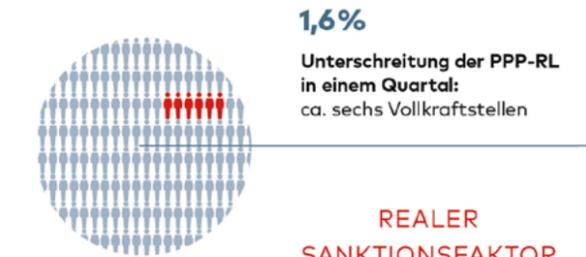
Die Personaluntergrenzen der PPP-RL beziehen sich auf sechs verschiedene in der Behandlung von Patientinnen und Patienten relevante Berufsgruppen: Ärzte, Pflegende, Psychologen, Soziale Arbeit, Bewegungstherapie und Spezialtherapie (Ergotherapie und künstlerische Therapien). Basierend auf der Anzahl der im jeweiligen Krankenhaus behandelten Patientinnen und Patienten wird festgeschrieben, wie viele Vollkraftstunden pro Berufsgruppe, Station und Quartal mindestens geleistet werden müssen. Dabei werden Fehlzeiten nicht mitgezählt, auch wenn diese z. B. aufgrund von Krankheit unvorhersehbar sind.

Werden diese Untergrenzen nicht eingehalten, sieht die PPP-RL Strafzahlungen vor. Diese greifen, sobald auch nur in einem Quartal in einer einzigen Berufsgruppe die Vorgaben nicht erfüllt sind. Die Strafzahlungen werden auch dann fällig, wenn über das gesamte Jahr und das gesamte



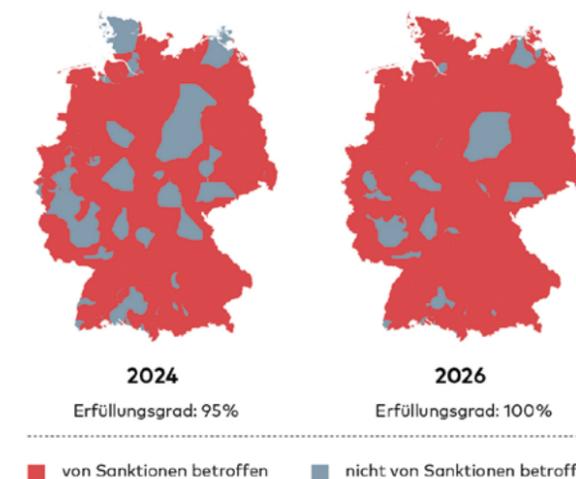
### Beispielberechnung der Sanktionen für ein Quartal

**Klinik der Erwachsenenpsychiatrie**  
500 Betten, 100 teilstationäre Plätze, 6500 Patienten/Jahr,  
Quartalsbudget: 15.843.750 Euro

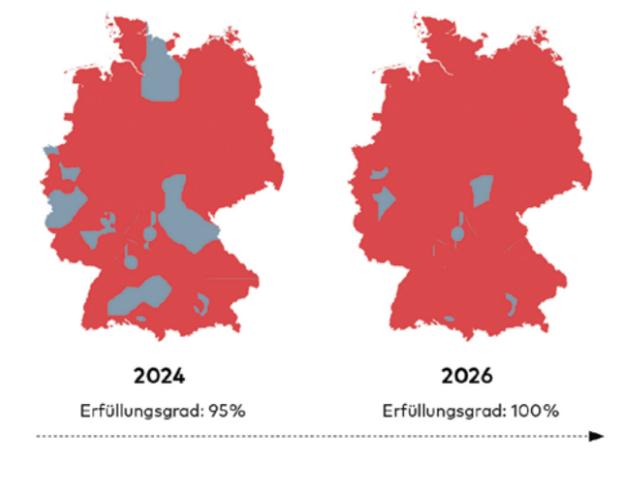


### Von Sanktionen betroffen

#### Erwachsenenpsychiatrie



#### Kinder- und Jugendpsychiatrie



Personal betrachtet alle vorgesehenen Stunden geleistet und alle entsprechenden Finanzmittel verausgabt werden. Die Sanktionen dienen also nicht der Behandlungsqualität, sie sind vollkommen unsachgemäß.

### Folgen für die Versorgung

Die Mitglieder der *Plattform Entgelt* befürchten: Wenn Krankenhäuser aufgrund des Fachkräftemangels die PPP-RL-Vorgaben in der vorgesehenen Kleinteiligkeit nicht einhalten können, würden sie durch die Strafzahlungen in eine Abwärtsspirale geraten. Um Sanktionen zu vermeiden, müssten sie versuchen, Patientenzahlen zu reduzieren und die Personaluntergrenzen zu senken. Auch würde Personal von dort abgezogen, wo es zur Erfüllung der Pflichtversorgung und der PPP-RL-Untergrenzen nicht zwingend notwendig ist. Behandlungsangebote wie die *Stationsäquivalente Behandlung* (StäB) oder die Psychiatrischen Institutsambulanz würden dann nur noch reduziert zur Verfügung stehen oder sogar ganz wegfallen. Wenn Kliniken trotz dieser Maßnahmen die Personalvorgaben nicht in allen Berufsgruppen einhalten können, würden Strafzahlungen fällig, das Budget der Klinik würde sich drastisch reduzieren. Für einige Kliniken wäre der Weiterbetrieb dann wirtschaftlich nicht mehr möglich; ihnen drohe die Schließung.

Mithilfe von Daten der *Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser* (BAG Psychiatrie) und Analysen des Lehrstuhls für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg konnten die Folgen der Sanktionen für die Versorgungslandschaft prognostiziert werden: Mehr als 80 % der psychiatrischen Kliniken in ganz Deutschland wären von den Sanktionen betroffen. In weiten Teilen der Republik würde es zu einer abrupten und ungeplanten

drastischen Verknappung der stationären Versorgung kommen. Ambulante Behandlungen könnten dies nicht auffangen. Weder reichen die Kapazitäten aus, noch ermöglichen die derzeitigen Strukturen die notwendige komplexe Versorgung der in der Regel schwer kranken Patienten.

### Die Forderung

Die Sanktionen in ihrer aktuellen Form sind in ihrer Höhe unverhältnismäßig, in ihrer Ausgestaltung unsachgemäß und in ihrer Wirkung unkontrolliert. Die DGPPN und mit ihr die *Plattform Entgelt* hat deshalb aktuell ein primäres Ziel: Die vorgesehenen Sanktionen in ihrer derzeitigen Form müssen ausgesetzt bleiben. Selbstverständlich sollten Gelder, die tatsächlich nicht für Personal verausgabt wurden, zurückgezahlt werden. Anstelle überhöhter Strafzahlungen muss aber ein gestuftes Verfahren eingeführt werden, das Kliniken zunächst berät und dabei unterstützt, mehr Personal zu gewinnen.

Zudem muss der G-BA die Richtlinie bis 2026 so weiterentwickeln, dass sie tatsächlich evidenzbasiert zu einer leitliniengerechten Versorgung beitragen kann. Dafür bedarf es eines Instruments, das den Personalbedarf ausgehend von den individuellen Behandlungsbedarfen der Patientinnen und Patienten ermittelt. Aktuell wird das von der *Plattform Entgelt* entwickelte *Innovationsfonds-Modell EPIK* erprobt, das genau diesen Ansatz verfolgt. Es bleibt zu hoffen, dass es bei der Weiterentwicklung der Richtlinie Berücksichtigung findet.

**DGPPN Kongress 2023** | Diskussionsforum | PPP-RL und ihre Folgen ab dem Jahr 2024  
29.11.2023 | 15:30–17:00 Uhr

## Weiter eine Grauzone

**Die Debatte um Suizidassistenz geht weiter. Vor der Sommerpause sollte der Bundestag über die aktuellen Gesetzesvorlagen abstimmen – aber keiner der Vorschläge wurde vom Parlament angenommen. Damit bleibt weiter unreguliert, wer auf welchem Wege Suizidbeihilfe erhält und auch, wer sie auf welchem Wege anbietet.**

Seit das Bundesverfassungsgericht 2020 die bis dahin geltende Regelung gekippt hat, debattiert die Politik. Es geht darum, Regelungen zu finden, die erfüllen, was das Gericht vorgegeben hat: Suizidassistenz aus freiem Willen zu ermöglichen und dabei diejenigen, deren freier Wille eingeschränkt ist, vor diesem unumkehrbaren Schritt zu schützen. Im Bundestag wurden drei fraktionsübergreifende

Anträge erarbeitet. Die DGPPN hat Position bezogen und sich bereits im Sommer 2020 dafür ausgesprochen, dass es kein Gesetz ohne Schutzkonzept für vulnerable Gruppen geben darf. Deshalb fordert sie eine Regelung im Rahmen eines gerichtlichen Verfahrens, die Trennung von Begutachtung und Suizidassistenz und den Einbezug fachärztlicher psychiatrischer Expertise. Auch verlangt sie nahtlose Hilfsangebote bei einer Einschränkung des freien Willens, die Förderung von Suizidprävention und die Verhinderung gefahrenträchtiger Angebote.

An der Mitgliederumfrage der DGPPN zum Thema im Jahr 2021 beteiligten sich mehr als 2000 Personen. Die wichtigsten Ergebnisse: Es muss dringend eine gesetzliche Regelung geben; Beratung und Begutachtung des freien Willens und schließlich die Suizidassistenz sind unbedingt von verschiedenen Personen vorzunehmen.

Diese Positionen hat die DGPPN kontinuierlich öffentlich in die Debatte eingebracht. Durch Veranstaltungen wie das Hauptstadtsymposium, Stellungnahmen und eine Vielzahl von Gesprächen mit Politik, Presse und Vertretern der Zivilgesellschaft sollte sichergestellt werden, dass der besondere Bedarf psychisch kranker Menschen im Verfahren Berücksichtigung findet.

Kurz vor der parlamentarischen Sommerpause veröffentlichten die Abgeordneten Künast und Helling-Plahr, die die beiden liberalen Entwürfe in die Debatte eingebracht hatten, einen gemeinsamen Entwurf. Er sah eine Beratung und eine ärztliche Verschreibung des Präparats im Abstand von mindestens drei und maximal zwölf Wochen vor, die Expertise der Beratenden blieb darin allerdings ebenso unregelt wie das konkrete Vorgehen der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit. Geschützt wurde hier vor allem das Recht auf selbstbestimmtes Sterben, nicht das Leben suizidaler Menschen. Dass dieser Entwurf vom Parlament nicht angenommen wurde, sorgte in der Psychiatrie für Erleichterung.

Leider fand aber auch der Entwurf der Abgeordneten Castellucci et al. keine Mehrheit. Er berücksichtigt viele von der DGPPN als wichtig erachtete Aspekte. Allerdings haben die Abgeordneten gegenüber der Version, die beim Hauptstadtsymposium 2022 vorgestellt worden war, noch einmal nachjustiert und aus Sorge um ausreichende psychiatrische Kapazitäten auch Psychologische Psychothera-



peutinnen und -therapeuten für die Begutachtung der Freiverantwortlichkeit zulassen wollten.

Die Ablehnung der Gesetzesvorschläge hinterlässt eine anhaltende Rechtsunsicherheit bezüglich der Suizidassistenz, da weiterhin keine klare Regelung besteht. Immerhin aber hat der Bundestag beschlossen, die Suizidprävention zu stärken – aus Sicht der Psychiatrie ein gutes und richtiges Signal. Die DGPPN wird sich dafür engagieren, dass in dem entsprechenden Gesetz auch die bislang fehlende Dokumentation zu assistierten Suiziden in Deutschland verankert wird.

Noch ist unklar, wann sich das Parlament erneut mit dem Thema beschäftigen wird. Klar ist aber: Die DGPPN wird weiter dafür eintreten, dass ein Gesetz zur Suizidassistenz unbedingt die Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen berücksichtigt und sie im Fall einer Einschränkung des freien Willens vor einem Suizid schützt.

**DGPPN Kongress 2023** | Diskussionsforum | Suizidassistenz  
29.11.2023 | 17:15–18:45 Uhr

# Ja zu „Mental Health Surveillance“

**Über die Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Psyche der Menschen konnten erst sehr spät Aussagen gemacht werden, da keine fortlaufenden Studien über die psychische Gesundheit der Bevölkerung existieren. Ein Projekt sollte das ändern: Seit 2019 wird am Robert Koch-Institut (RKI) eine Mental Health Surveillance aufgebaut. Nun steht die Fortführung aber infrage.**

Die Förderung des Projekts *Mental Health Surveillance* für Deutschland durch das Bundesministerium für Gesundheit wurde von der Fachöffentlichkeit und führenden Akteuren in Prävention und Versorgung begrüßt. Die bisherigen konzeptionellen und empirischen Arbeiten des Projektes sind wegweisend und unverzichtbar für eine nachhaltige Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung. International sind *Mental Health Surveillance*-Initiativen fest etabliert; Deutschland aber hat hier Nachholbedarf. Trotzdem ist die Fortführung der neu aufgebauten *Surveillance* nun in Gefahr. In einem öffentlichen Unterstützungsschreiben hat sich die DGPPN für die kontinuierliche Weiterführung und auskömmliche Finanzierung der *Mental Health Surveillance* am RKI ausgesprochen.

Psychische Gesundheit ist von fundamentaler Bedeutung für die individuelle Funktionsfähigkeit und Lebensqualität und ein essenzieller Bestandteil von *Public Health*. Ihre Entwicklung in der Bevölkerung muss dauerhaft im Blick behalten werden – aufgrund der Krankheitslast psychischer Störungen, der Potenziale von Gesundheitsförderung und Prävention sowie der besonderen Gefährdung psychischer Gesundheit in Krisenzeiten. Nur ein *Surveillance*-System ermöglicht eine kontinuierliche und systematische Berichterstattung zu gesundheitlichen Entwicklungen auf Bevölkerungsebene.

Dann können negative Entwicklungen frühzeitig erkannt und Trends, u. a. von Morbidität und Versorgungslage, aussagekräftig abgebildet werden. *Surveillance* ermöglicht die notwendige Evidenzbasis für eine effektive Steuerung von Maßnahmen zum Schutz und zur Förderung der psychischen Gesundheit in Deutschland. Erst mit einem dauerhaft implementierten und umfassenden System können Handlungsbedarfe aufgedeckt, *Public-Health*-Maßnahmen evaluiert und die Erreichung gesundheitspolitischer Ziele bewertet werden. Dies ist zentral, um psychische Gesund-

heit in allen politischen und gesellschaftlichen Handlungsfeldern zu verankern (im Sinne eines „*Mental Health in All Policies*“-Ansatzes) und die Folgen von politischen Entscheidungen für psychische Gesundheit und Versorgungssysteme zu berücksichtigen. Dass Deutschland hier Nachholbedarf hat, wurde insbesondere durch anfängliche Informationsdefizite über die psychischen Folgen der Corona-Pandemie einer breiten Öffentlichkeit schmerzlich bewusst. Mit den geleisteten Arbeiten konnte das RKI zur Überwindung der bis dato lückenhaften und wenig aktuellen Datenlage beitragen: Ein Konsens über ein Rahmenkonzept und Kernindikatoren der psychischen Bevölkerungsgesundheit wurden unter Einbezug von relevanten Stakeholdern von *Public Mental Health* in Deutschland erarbeitet. Um Veränderungen während der COVID-19-Pandemie engmaschig überwachen zu können, wurde, in Reaktion auf dringliche Informationsbedarfe, von Entscheidungsträgern ein System hochfrequenter Datenerhebung, -analyse und -berichterstattung entwickelt. Um Implikationen für die Versorgungslage abschätzen zu können und im Blick zu behalten, inwiefern Behandlungsangebote in Anspruch genommen werden, werden Daten aus verschiedenen Sektoren herangezogen. Ein kontinuierliches Literaturreview ermöglicht eine dauerhafte Beurteilung der Evidenzlage zur Veränderung psychischer Gesundheit in der Bevölkerung. Zugleich zeigt es den erheblichen Mangel aktueller und belastbarer Ergebnisse auf. Die breite Vernetzung mit (inter-)nationalen Akteuren trägt zu Reichweite, Nutzung und Weiterentwicklung des *Surveillance*-Systems bei.



Diese systematische Überwachung der psychischen Bevölkerungsgesundheit in Deutschland muss unbedingt dauerhaft gefördert und am RKI weitergeführt werden. Damit ein *Surveillance*-System funktional und effektiv ist, ist Kontinuität bei Datenerhebung, -analyse und Berichterstattung zwingend erforderlich. Die bisher entwickelten und konzipierten Kompetenzen, Strukturen und Prozesse sowie Kooperationen sollten erhalten bleiben und für den weiteren Aufbau genutzt werden. Dazu zählt auch das sich im Aufbau befindliche Gesundheitspanel am RKI, als stabile Datengrundlage für die *Mental Health Surveillance*. Ohne eine gesicherte Weiterführung würden die durch das Pro-

jekt geschlossenen Evidenzlücken ab Mitte 2023 neu entstehen; die vielen noch offenen Fragen nicht beantwortet werden. Damit würde bewusst ein Blindflug bezüglich der aktuellen Lage der psychischen Befindlichkeit der Bevölkerung in Kauf genommen. Das wäre unverantwortlich – nicht nur angesichts der gegenwärtigen kollektiven Krisen, die sich nachweislich auf die psychische Gesundheit auswirken. Auch auf künftige Krisenlagen könnte Deutschland sich im Feld psychischer Gesundheit nicht vorbereiten. Vor diesem Hintergrund spricht sich die DGPPN nachdrücklich dafür aus, die *Mental Health Surveillance* am RKI umfassend und dauerhaft zu verstetigen.

## Vertane Chance – we won't recover

**Insbesondere für schwer und komplex erkrankte Menschen ist das fragmentierte Versorgungssystem nicht zu überschauen, gesteigert durch erhebliche Barrieren. In einer Studie konnte das Projekt RECOVER zeigen, dass ein gestuftes und sektorenübergreifendes Versorgungsangebot kosteneffizient und wirksam umsetzbar ist. Dass es dennoch nicht in die Regelversorgung übernommen wird, ist aus Sicht der DGPPN eine vertane Chance.**

Menschen mit akuten Symptomen einer psychischen Erkrankung, Menschen in Krisen oder auch mit chronischen Verläufen haben häufig Schwierigkeiten, die für sie individuell passende Hilfe zu finden. Mitunter scheitern sie auch an den Schnittstellen der verschiedenen ambulanten und stationären Angebote. Vielfach kommt es in der Folge zu Verzögerungen oder gar Abbrüchen der Behandlung und Betreuung. Die DGPPN setzt sich daher schon lange für ein gestuftes Vorgehen innerhalb eines vernetzten Hilfesystems ein. Es sollte sowohl die Koordination und Steuerung der Hilfsangebote beinhalten als auch die Koordination der Patientenwege. Dabei ist es wichtig, vom Bedarf des Patienten auszugehen und ihn durch Leitlinien und definierte Versorgungspfade dabei zu unterstützen, die für ihn beste Entscheidung zu treffen.

Das Projekt RECOVER hat mit Förderung des Innovationsfonds ein derartiges Behandlungsverfahren für Menschen

mit schweren psychischen Erkrankungen umgesetzt: schwe- regradgestuft, integriert, koordiniert und evidenzbasiert. In einer groß angelegten Studie konnte nachgewiesen werden, dass die gestufte sektorenübergreifende Versorgungsform kosteneffizient und wirksam verwirklicht werden kann. Der Behandlungserfolg ist mindestens ebenso gut wie in der Regelversorgung, tendenziell sogar besser.

Dennoch hat der Innovationsausschuss beim G-BA keine Empfehlung zur Übernahme in die Regelversorgung ausgesprochen. Stattdessen sollen die Studienergebnisse gegebenenfalls bei der Weiterentwicklung der *KSVPsych-Richtlinie* berücksichtigt werden. Begründet wird dies damit, dass lediglich positive Tendenzen zu erkennen seien, keine eindeutige Überlegenheit. Außer Acht bleibt dabei, dass gestufte *Managed-Care*-Modelle nicht in erster Linie die Wirksamkeit, sondern die Effizienz steigern sollen – und das weist RECOVER eindeutig und signifikant nach. Zudem wurden die Ergebnisse erzielt, obwohl ein wesentlicher Teil des Projekts zeitlich mit der Corona-Pandemie zusammenfiel.

Angesichts der unbedingten Notwendigkeit eines besseren Versorgungsangebots für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und der überzeugenden Evidenz des Projekts ist die Entscheidung für die DGPPN nicht nachvollziehbar. Eine Aufforderung zur Neubewertung des Projekts wies der Innovationsausschuss jedoch ab. Nötige Innovationen werden somit weiter auf sich warten lassen.



# Kein LGB im DSM

Vor 50 Jahren, im Jahr 1973, wurde die Diagnose „Homosexualität“ aus der DSM-Klassifikation gestrichen. Bis sie auch aus der ICD-Klassifikation entfernt wurde, sollten weitere 20 Jahre vergehen, erst 1991 war es so weit. Trotz dieser formalen Entpathologisierung zeigen sich bis heute negative Auswirkungen des im 19. Jahrhundert entstandenen Krankheitskonzepts für Homosexualität. Der folgende Text ist angelehnt an einen Fachartikel der beiden Referatsleiter und Autoren, der 2018 in *Fortschritte in Neurologie und Psychiatrie* erschienen ist.

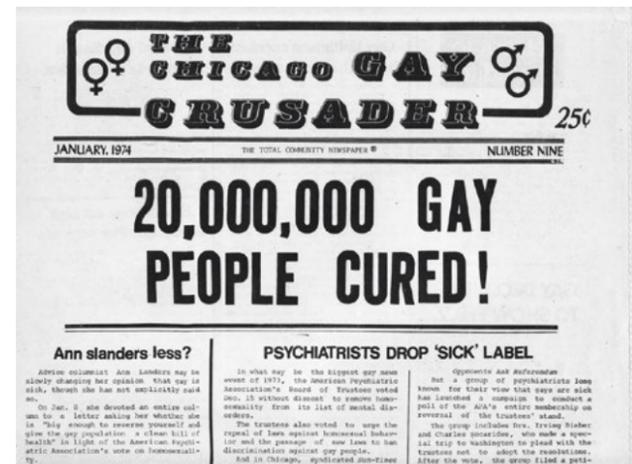
In Deutschland wurde Homosexualität, schon bevor sie psychopathologisiert wurde, als sündhaft betrachtet und entsprechend moralisch und rechtlich bestraft. Der §175 Strafgesetzbuch kriminalisierte über mehr als 100 Jahre homosexuelle Handlungen zwischen Männern und legitimierte ihre staatliche Verfolgung. Erst seit dem 11. Juni 1994 gibt es in Deutschland keine strafrechtliche Sondervorschrift zur Homosexualität mehr.

Gesellschaftlicher und medizinischer Wandel stehen in einem wechselseitigen Verhältnis. Sexuelle Minderheiten, also Menschen mit einer anderen sexuellen Orientierung als die heterosexuelle Mehrheit, stehen weltweit immer wieder im Zentrum politischer, religiöser, gesellschaftlicher und auch medizinischer Diskurse. Darin finden sich sehr konträre Positionen: von der völligen rechtlichen Gleichstellung sexueller Minderheiten und der Anerkennung als

gesunde Normvariante der Sexualität bis hin zu strafrechtlicher Verfolgung und Pathologisierung.

Im 19. Jahrhundert wuchs das öffentliche und wissenschaftliche Interesse an der Bedeutung von Sexualität für Gesundheit und Krankheit. Der Begriff „Homosexualität“ entstand im späten 19. Jahrhundert als Kombination des griechischen Wortes *homós* für „gleich“ und des lateinischen Wortes *sexus* für „Geschlecht“. Als Gegensatz dazu wurde später der Begriff „Heterosexualität“ geprägt.

Die Entstehung des Fachgebiets der Psychiatrie und deren Akademisierung zum Ende des 19. Jahrhunderts ist eng mit der Kategorisierung und Pathologisierung der Sexualität verbunden. Die moralischen und rechtlichen Vorstellungen von Kirche und Staat prägten die Einteilung in „gesunde“ und „kranke“ Sexualität. Die medizinische Gemeinschaft



wurde maßgeblich beeinflusst vom Werk *Psychopathia Sexualis* des Psychiaters und Gerichtsmediziners Richard von Krafft-Ebing aus dem Jahr 1886. Er katalogisierte darin sexuelle Praktiken und Vorlieben, die nicht den damaligen Vorstellungen von „normaler“ Sexualität entsprachen. Seine Theorien beeinflussten die Entwicklung von Diagnosekriterien und Behandlungsansätzen. Homosexualität wurde als Krankheit oder psychische Störung betrachtet, und man entwickelte verschiedene Methoden, um sie zu „heilen“ oder zu „konvertieren“.

Die Bemühungen von Sexualmedizinern wie Karl Ulrichs, Magnus Hirschfeld und Sigmund Freud, Homosexualität weder zu pathologisieren noch zu kriminalisieren, konnten sich hingegen nicht durchsetzen. Dabei befasste sich Magnus Hirschfeld bereits Ende des 19. Jahrhunderts mit einer offenen, akzeptierenden und nichtdiskriminierenden Betrachtung von Sexualität und Identität in der Medizin und im Strafrecht. Er versuchte, den §175 abzuschaffen und eine liberale und nicht pathologisierende Sexualwissenschaft einzuführen. Sein sexualwissenschaftliches Verständnis

verließ die allseits akzeptierte binäre Geschlechterordnung zugunsten einer individualisierten, non-binären Sicht von Geschlecht, in der alle Menschen einzigartige Mischungen männlicher und weiblicher Eigenschaften sind. Grundlage seiner Sexualpolitik war die so genannte „Zwischenstufenlehre“, die die Emanzipation sexueller Minderheiten von staatlicher Verfolgung und gesellschaftlicher Ächtung und „die volle Verwirklichung der sexuellen Menschenrechte“ weltweit zum Ziel hatte. Schon früh hat Hirschfeld damit eine „Sexualpädagogik der Vielfalt“ formuliert.

Gegen die herrschende Meinung konnten sich diese frühen emanzipatorischen Bestrebungen aber nicht durchsetzen: Homosexualität wurde im Übergang zum 20. Jahrhundert zunehmend psychiatrisiert und als Geisteskrankheit bewertet. Die Einschätzung von Krafft-Ebing und seinen Kollegen, dass „gesunde“ Sexualität ausschließlich heterosexueller Geschlechtsverkehr zwischen Menschen mit dem richtigen Zweck (Fortpflanzung), der richtigen Person (Ehepartner) und auf die richtige Weise (Koitus) bedeutet, hielt sich bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts. Homosexualität wurde als Ergebnis pathologischer oder unreifer Entwicklungsprozesse angesehen, psychische Symptome als logischer Ausdruck der Krankhaftigkeit von Homosexualität bewertet.

**Konversion**

Basierend auf der Annahme, dass Homosexualität eine Krankheit sei, wurden sogenannte „reparative“ Verfahren oder auch „Konversionsverfahren“ entwickelt. Als Grundlage dienten u. a. psychoanalytische Erklärungstheorien: Mangelnde emotionale Unterstützung oder eine mangelnde Ablösung vom gleichgeschlechtlichen Elternteil führe zu Homosexualität als Fehlentwicklung, bei der es zu einer Vermengung kindlicher emotionaler und erwachsener sexueller Bedürfnisse komme. Diese Verfahren zielen darauf ab, Homosexualität in asexuelles oder heterosexuelles Verhalten zu wandeln. Die Praktiken variieren und umfassen

eine Mischung aus spiritueller „Heilung“, psychologischer Interpretation, Hypnose, Elektroschocktherapie, Verhaltensmodifikationstechniken, Techniken zur Selbstkontrolle und Training zur Übernahme „typischer“ Geschlechterrollen.

Zahlreiche Studien belegen mittlerweile, dass Konversionsverfahren nicht nur unwirksam sind, sondern auch schädigend sein können. Sie führen häufig zu Verunsicherungen der eigenen Sexualität und der Beziehungs- und Bindungsfähigkeiten sowie zu vermindertem Selbstwertgefühl. Das Stresserleben nimmt zu, die Behandlung kann zu psychischen Erkrankungen wie Angst, Sucht, Depressionen und Suizidalität führen.

Es war daher von besonderer Bedeutung, dass verschiedene medizinische Vereinigungen sich basierend auf aktuellen wissenschaftlichen Untersuchungen gegen diese Verfahren positioniert haben. Weltgesundheitsorganisation (WHO), American Psychological Association (APA) und Weltärztevereinigung haben betont, dass Homosexualität keine Störung ist, die behandelt werden muss, und Konversionsverfahren im Widerspruch zu den Prinzipien der Menschenrechte und der sexuellen Selbstbestimmung stehen. Auch die DGPPN äußerte sich in ähnlicher Weise. Endgültig abgelehnt und als unethisch, unwirksam und potenziell schädlich eingestuft hat die medizinische und wissenschaftliche Gemeinschaft Konversionsverfahren allerdings erst nach der Streichung der Diagnose aus DSM und ICD-11 in den letzten Jahren. Mittlerweile haben viele Länder Gesetze erlassen, um Konversionsverfahren zu verbieten oder einzuschränken und die Rechte und die Sicherheit von LGBT-Q+Personen zu schützen.

**Entpathologisierung**

Die Bandbreite gelebter natürlicher Sexualität wurde erst durch Studien von Sexualwissenschaftlern wie die von Alfred Charles Kinsey deutlich. Seine Untersuchungen in der US-Bevölkerung ergaben z. B., dass mehr Menschen gleichgeschlechtliche sexuelle Erfahrungen gemacht hatten, als vermutet. Diese Erkenntnisse führten zu einer sexuellen Liberalisierung und einem Wandel der bisherigen religiösen oder institutionellen Sexualmoral. Es kam zu einer Enttabuisierung sexueller Themen und einer wachsenden Toleranz und Akzeptanz sexueller Bedürfnisse und Lebensweisen, insbesondere von Frauen und sexuellen Minderheiten. Die alten, pathologisierenden Sichtweisen konnten mit dem Aufkommen quantitativer objektiver Wissenschaften nicht mehr aufrechterhalten werden.



**Zur Nomenklatur**

Die Abkürzung LGB steht für „lesbian, gay, bisexual“. Abkürzungen wie LGBTQ, LGBTQIA\* erfassen weitere Orientierungen und Identitäten (trans, queer, inter-, asexuell). Im Text beschränken sich die Verfasserinnen auf LGB, da das die Zielgruppe der besprochenen Diagnosen und Maßnahmen ist und sich zudem die zitierten Studienergebnisse auf diese Gruppe beziehen. Die Verfasserinnen betrachten das dichotome Konstrukt von Hetero- und Homosexualität aufgrund der Mehrdimensionalität der sexuellen Orientierung kritisch. Zur Vereinfachung wurde diese weltweit benutzte Nomenklatur für diesen Artikel aber trotzdem verwendet.

1972 wurde nach vielen Debatten in der APA Homosexualität aus dem DSM gestrichen. Ein symbolisches Ereignis dafür war der (anonymisierte und maskierte) Auftritt von John E. Fryer bei der APA-Konferenz im Jahr 1972. Als erster US-amerikanischer Psychiater hielt er eine öffentliche Rede über seine Homosexualität und das Leben als homosexueller Psychiater. In Folge des Auftritts strich die APA die Diagnose aus dem DSM. Aus der ICD wurde die Diagnose aber erst 1991 entfernt. Die Kategorie „Ich-dystone Homosexualität“ wurde im DSM-III-R endgültig gestrichen, während sie sich in der ICD-10 noch in Form der F66-Diagnosen findet, sie gelten jedoch als veraltet und sind in der ICD-11 nicht mehr enthalten.

Auf der 64. Generalversammlung des Weltärztebundes im Oktober 2013 wurde die Stellungnahme *WMA Statement on Natural Variation of Human Sexuality* verabschiedet. Sie erklärt, dass Homosexualität keine Erkrankung ist und deshalb auch nicht der Heilung bedarf. Zudem weist sie darauf hin, dass direkte und indirekte Diskriminierung und Stigmatisierung von Menschen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung häufig Ursache für psychische und physische Erkrankungen sind. Der Text für die Stellungnahme wurde von der Bundesärztekammer in enger Zusammenarbeit mit der DGPPN erarbeitet und gemeinsam mit der französischen Ärztekammer und der *British Medical Association* beim Weltärztebund eingereicht.

### Psychische Belastung

Psychische Belastungen von LGB-Personen müssen differenziert betrachtet werden. Lange galten sie als Ausdruck der Krankhaftigkeit von Homosexualität. De facto zeigen die Daten aber eindeutig, dass – ähnlich wie bei heterosexuellen Personen – die überwiegende Mehrheit der LGB-Personen keine psychischen Erkrankungen oder Suizidalität aufweist. Es treten dieselben psychischen Belastungen und Erkrankungen auf wie bei heterosexuellen Personen, zum Teil allerdings häufiger oder mit schwererer Ausprägung.

Mittlerweile ist gut belegt, dass diese höhere Belastung von LGB-Personen auf die schädlichen Auswirkungen gesellschaftlicher Stigmatisierung zurückzuführen ist. Das Minoritätenstressmodell von Meyer betont, dass LGB-Personen die gleichen Stressoren wie heterosexuelle Menschen haben, aber zusätzlich spezifische Minoritätenstressoren. Dazu gehören Diskriminierung, Gewalt, Geheimhaltung der sexuellen Orientierung und internalisierte Homophobie.

Verdeutlicht wird dies durch Studien, in denen gezeigt wird, dass Jugendliche vor ihrem Coming-out Angst haben, von ihren Eltern oder im Freundeskreis abgelehnt zu werden. Mobbing in Schulen und die Angst vor dem Coming-out sind die größten Probleme im Leben von LGBT-Jugendlichen. Zudem zeigen internationale Studien, dass es signifikante Zusammenhänge zwischen der Lebenszufriedenheit und der psychischen Belastung von LGB-Personen und dem Maß an struktureller Stigmatisierung im eigenen Land, z. B. durch diskriminierende Gesetzgebung und fehlenden Schutz, gibt. Das strukturelle Stigma ist folglich von besonderer Bedeutung für das Wohlbefinden und die Gesundheit von LGB-Personen.

Homophobes Mobbing ist stärker mit Suizidgedanken der Opfer verbunden als das bei anderen Mobbing-Formen der Fall ist. Jugendliche, die von stereotypen Geschlechterrollen abwichen, hatten unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung eine erhöhte Depressivität und von Jugendlichen mit Suizidversuchen waren 75 % entweder LGBT und/oder Opfer von Mobbing aufgrund von Geschlechtsrollenabweichungen. Leider wird die Diskussion über die psychischen Belastungen von LGB-Personen dadurch erschwert, dass vermehrte Belastungen häufig zur neuerlichen Pathologisierung benutzt werden.

### Noch ein weiter Weg

Auch wenn Homosexualität formell entpathologisiert ist, existieren weiterhin zahlreiche pathologisierende Verhaltensweisen in Politik und Medizin – in Deutschland und im Rest der Welt. So wurde zum Beispiel bei einer 2018 in Deutschland durchgeführten Staatsprüfung für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten Homosexualität den „Störungen der Sexualpräferenz“ zugeordnet. Das russische Duma-Gesetz von 2013 gegen „Homosexuelle Propaganda“ will Jugendliche davor schützen, zur Homosexualität „verführt“ zu werden. Mit demselben Ziel verabschiedete Florida 2022 das sogenannte „Don't say gay“-Gesetz. Bewusste oder unbewusste homophobe Überzeugungen können insbesondere im medizinischen und therapeutischen Bereich beträchtliche negative Auswirkungen für die Betroffenen haben. In vielen psychoanalytischen Instituten wurden homosexuelle Personen noch bis vor wenigen Jahren systematisch aus der Psychotherapie-Ausbildung ausgeschlossen.

Die Entfernung der Diagnose „Homosexualität“ aus psychiatrischen Klassifikationssystemen war ein notwendiger

Schritt, da die Pathologisierung weder wissenschaftlich noch medizinethisch zu vertreten war. Ganz im Gegenteil führte sie zu Diskriminierung und Stigmatisierung und stellte damit selbst ein Risiko für die psychische Gesundheit von LGB-Personen dar. Heute betonen psychiatrische Fachgesellschaften die Wichtigkeit von Akzeptanz und Respekt gegenüber den natürlichen Variationen der menschlichen Sexualität.

Der Mangel an Auseinandersetzung und die geringe Verbreitung neuer wissenschaftlicher Theorien, die sexuelle Orientierungen entstigmatisieren, führen dazu, dass sich alte Theorien und ihre negativen Auswirkungen weiterhin halten können. Der Prozess der Entpathologisierung und der Anerkennung verschiedener sexueller Orientierungen und geschlechtlicher Identitäten als gesunde Formen von Sexualität und Identität ist keineswegs abgeschlossen.

### Autoren

#### Dr. med. Lieselotte Mahler

ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Ärztliche Direktorin und Chefärztin der Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie in den Kliniken im Theodor-Wenzel-Werk. Sie leitet die AG Sozialpsychiatrie und Versorgungsforschung der Charité Berlin. Gemeinsam mit Götz Mundle leitet sie das DGPPN-Referat „Sexuelle Orientierungen und Identitäten in Psychiatrie und Psychotherapie“.

#### Prof. Dr. med. Götz Mundle

ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Ärztlicher Leiter am Gesundheitszentrum für Flüchtlinge (GZF) in Berlin. Gemeinsam mit Lieselotte Mahler steht er dem DGPPN-Referat „Sexuelle Orientierungen und Identitäten in Psychiatrie und Psychotherapie“ vor.

**DGPPN Kongress 2023** | Film | „Cured“

29.11.2023 | 15:00–17:00 Uhr

**Die Regenbogen-Revolution**

Der Film unternimmt eine Zeitreise zu einem bedeutsamen, doch oft übersehenen Meilenstein im Kampf für die Rechte der LGBT-Community: Die Streichung von Homosexualität aus dem Diagnosekatalog war das Resultat eines langwierigen und erbitterten Kampfes. Die bemerkenswerten Menschen, die diesen Durchbruch errungen haben, werden von Patrick Sammon und Bennett Singer in ihrem Dokumentarfilm gebührend geehrt. Der Film dient als eindrucksvolles Denkmal für ihre Errungenschaften. Neben der Darstellung der damals gängigen Methoden zur vermeintlichen „Heilung“ von Homosexualität durch Archivmaterial werden auch Augenzeugenberichte und Interviews mit den Personen gezeigt, die damals eine maßgebliche Rolle spielten.

# Und das sind die Aussichten

Notfallpatient Erde: Die Veränderungen, die der Klimawandel mit sich bringt, gefährden nicht nur unsere Lebensgrundlagen, sondern auch die psychische Gesundheit. Wie gehen wir mit dieser hochemotionalen Situation um und was gilt es, jetzt zu tun? Diese Fragen treiben auch Andreas Meyer-Lindenberg und die Klimapsychologin Lea Dohm um.



**AML:** Frau Dohm, wir haben uns in diesem Klimakontext schon des Öfteren gesehen und werden das auch weiter tun. Als Mitgründerin von *Psychologists/Psychotherapists for Future*, Wissenschaftliche Mitarbeiterin für die *Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG)*, Journalistin und Autorin beschäftigen Sie sich mit der Frage, wie wir auf gesunde Art und Weise mit den Gefühlen in Bezug auf die Klimakrise umgehen und sie in konstruktive Handlungen übersetzen. Warum ist das so ein wesentliches Thema für Sie?

**LD:** Weil mir persönlich die Klimakrise und die ökologischen Krisen große Sorgen bereiten und es mir nicht gut damit geht. Mein Engagement ist mein persönlicher Coping-Mechanismus.

**AML:** Da sind wir auch schon mittendrin: Was kann man gegen diese Ohnmachtsgefühle tun? Wir haben in der DGPPN die Task-Force „Klima und Psyche“ ins Leben gerufen, um uns damit auseinanderzusetzen. Entstanden ist da-

raus einerseits die sogenannte „Berliner Erklärung“ – eine Selbstverpflichtung des Fachs „Psychiatrie und Psychotherapie“ mit Forderungen, die wir an die Politik gerichtet haben. Zusätzlich gab es auch ein Positionspapier zum Thema „Klimawandel und psychische Gesundheit“, in dem es um die Mechanismen und die Folgen sowie eine gewisse Psychopathologie ging. Stichwörter sind hier *Klimaangst* oder auch *Eco-Distress*. Dies wurde als ein mögliches Forschungsthema definiert. Ich glaube, Sie sind hier etwas anderer Meinung?

**LD:** Ja, ich bin über die Psychopathologie gestolpert, weil es aus meiner Sicht eine berechtigte und normale Reaktion auf ein reales Problem ist, und Gefühle an sich erst einmal nichts Pathologisches haben. Wenngleich ich Ihnen zustimme, dass es ein Forschungsthema ist – im Übrigen nicht nur die Angst, sondern alle „Klimagefühle“, wie auch in meinem gleichnamigen Buch beschrieben. Fachlich korrekter wäre der Begriff „Transformationserleben“. Und es betrifft letztlich alle ökologischen Krisen, die darauffolgenden gesellschaftlichen Probleme und die daraus entstehenden

psychischen Belastungen. Das erachte ich als wichtiges Forschungsfeld, auch wenn ich die Aufgabe der Psychotherapie und der Psychiatrie und auch der Wissenschaft verstärkt an anderer Stelle sehe.

**AML:** In der Tat richtig: Angst hat einen Sinn. Ohne Angst würden wir nichts ändern, denn sie löst *Fight-or-Flight*-Reaktionen aus. Im therapeutischen Kontext kommt sie vor, wenn sie hilflos macht, das Leben einschränkt und zum Risikofaktor für die Entstehung einer psychischen Erkrankung wird. Angst per se ist also nicht pathologisch, obschon Klimaangst zum Teil eben gerade solche Menschen betrifft, die Symptome und auch Risikofaktoren einer generalisierten Angststörung aufweisen. Über die Unterschiede müssen wir weiter diskutieren und brauchen mehr Daten.

**LD:** Absolut. Ich stimme auch zu, dass die Heftigkeit oder die Dauer der Angstgefühle ausschlaggebend sind. Bei der Einschränkung der Alltagsbewältigung bin ich mir nicht ganz sicher: Es könnte mit Blick auf Klima und Ökologie

sogar ein Vorteil sein, wenn wir unseren Alltag hinterfragen und schauen, wo wir uns entsprechend anpassen müssen.

**AML:** Das stimmt natürlich. Was wir normalerweise in der Klinik unter Alltagsbewältigung verstehen, ist allerdings eher etwas wie morgens aufstehen, sich waschen, zur Arbeit gehen zu können etc. ...

**LD:** Mir ist niemand bekannt, bei dem oder der allein die durch den Klimawandel ausgelösten Gefühle eine derartige Alltagseinschränkung zur Folge gehabt hätten. Bei den *Psychologists for Future* haben wir ein kostenfreies Beratungsangebot für Menschen geschaffen, die sich für das Klima engagieren. Wir erhalten jährlich etwa 300 Anfragen und diese Zahl ist weder steigend noch sinkend. Dabei sind klimabedingte Ängste eher gering vertreten, obwohl es hier erwartbar wäre. Stattdessen geht es oft um Konflikte im Familien- oder Bekanntenkreis oder Überlastung aufgrund von zusätzlichem Engagement über den eigentlichen Beruf hinaus, was in der Regel ehrenamtlich geschieht.

**AML:** Lassen Sie uns doch noch etwas tiefer eintauchen in diese anderen Klimagefühle ...

**LD:** Aus praktischer Erfahrung und aus der Forschung wissen wir, dass im Grunde jedes Gefühl mit dem Klima assoziiert sein kann. Ich empfinde zum Beispiel auch Freude, dass ich ein solches Gespräch mit Ihnen führe.

Angst ist das am häufigsten untersuchte und populärste Gefühl in diesem Bereich. Auch Traurigkeit spielt eine Rolle. Stichwort *Solastalgie* – Panu Pikhala aus Finnland hat dazu viel veröffentlicht. Interessant ist hierbei, dass Traurigkeit zwei Bereiche umfasst: einerseits alles, was man unter *Eco Grief* zusammenfassen könnte, und andererseits die Traurigkeit, die entsteht, wenn wir uns von vertrauten Alltagslichkeiten verabschieden müssen. Zum Beispiel kann die Entscheidung, nicht mehr in den Urlaub zu fliegen, traurig machen. Als stark handlungsleitende Gefühle sind Wut und Ärger von Vorteil, da sie ein großes motivationsspendendes Potenzial zur Veränderung haben. Es fehlen noch Schuld und Scham: Interessant auch für unser Fach. Allerdings sind sie weniger handlungsleitend, sondern eher für eine innere Auseinandersetzung relevant. Wir müssen anerkennen, dass wir eine große Realschuld tragen. Und dann gibt es noch das große Gefühl namens Hoffnung. Es gilt, gründlich zu prüfen, an welchen Stellen dieses Gefühl berechtigt ist und an welchen nicht. Falsche Hoffnung ist hier genauso wenig hilfreich wie ihr Gegenteil, also die Hoffnungslosigkeit oder innere Kapitulation. Was das Handeln betrifft: Es funktioniert wenig, erst darauf zu warten, bis man hoffnungsfroh ist, um sich dann einzubringen. Im Gegenteil: Hoffnung wird in der Regel *nach* dem Handeln spürbar.

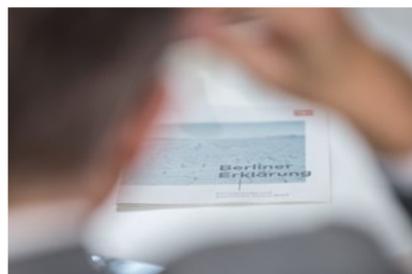
**AML:** Das ist bei vielen Resilienzmechanismen so. Wenn man aktiv wird, fühlt man sich danach besser – Stichwort *Selbstwirksamkeit*. Da wir es mit einem globalen Phänomen zu tun haben, sind viele Menschen entmutigt, bezogen auf die individuelle Wirksamkeit.

**LD:** Verständlich und umso wichtiger, diesen Menschen wirksame Handlungsmöglichkeiten anzubieten. Hoffnungslosigkeit, Belastungsgefühle und auch Leidensdruck betreffen insbesondere auch Menschen aus Bereichen wie Wissenschaft, Meteorologie oder Journalismus, die sich intensiv mit alledem auseinandersetzen und ständig mit naturwissenschaftlichen Fakten konfrontiert werden. Wenngleich ich wie gesagt nicht denke, dass es etwas Pathologisches ist.

**AML:** Da geht es jetzt allerdings in die Semantik, denn Leidensdruck und Einschränkung der Alltagsbewältigung sind doch gerade Kriterien *für* psychische Störungen ...

**LD:** Ja, das kann ich für den Leidensdruck anerkennen, für die Alltagsbewältigung in diesem Fall weniger: Insbesondere diese gerade genannten Personengruppen leisten ja trotz ihrer hoch belastenden Berufstätigkeit oft über lange Zeiten beste Arbeit. Da ist die Alltagsbewältigung nicht eingeschränkt, im Gegenteil: Wir können sie als Musterbeispiel der Resilienz betrachten. Wir können grundsätzlich erwarten, dass die psychische Krankheitslast mit fortschreitendem Klimawandel extrem zunehmen wird. Daher müssen wir überlegen, wie wir dies in der Versorgung bewältigen können; angesichts der Tatsache, dass unsere Versorgungssysteme in Psychiatrie und Psychotherapie bereits jetzt an ihre Grenzen stoßen.

**AML:** Da haben Sie absolut recht. Neben klimaspezifischen Störungen sind die Auswirkungen von extremen Ereignissen auf die Psyche sehr gut belegt. Diese Effekte sind oft länger anhaltend als das Ereignis selbst. Gesellschaftliche Veränderungen wie Klima-Migration und direkte Effekte wie Hitze haben solide Evidenz. Dennoch fehlt meiner Meinung nach in den Klimamodellen die angemessene Berücksichtigung dieser psychischen Aspekte. Die Klimafolgen-Modellierung fokussiert sich meist auf die körperliche



„Unsere Expertise wird heute gesellschaftlich dringend gebraucht.“

Lea Dohm



Gesundheit, sollte jedoch die psychischen Auswirkungen berücksichtigen, denn letztlich bildet die Folgenbeurteilung die empirische Grundlage für Maßnahmen wie CO<sub>2</sub>-Bepreisungen. Es erstaunt mich, wie wenig wir die Psyche berücksichtigen, obwohl psychische Erkrankungen häufig und schwerwiegend sind. Diese Unterschätzung verstärkt die Konsequenzen und Folgen des Klimawandels nochmals deutlich, oder?

**LD:** Ja, absolut, ich bin im hauptamtlichen Team von KLUG die einzige Psychotherapeutin und versuche, die Psyche überall einzubringen, wo es mir nur möglich ist. Viele Menschen stehen bereits heute unter sehr hoher psychischer Belastung. Wenn wir deutlich machen, dass diese mit voranschreitender Klimakrise noch einmal enorm steigen wird, werden Menschen auch außerhalb der typischen grünen „Öko-Bubble“ hellhörig. Gesundheitliche, vor allem auch psychische Risiken sind etwas Verbindendes.

**AML:** Sie haben einen wichtigen Punkt angesprochen: Unser aktuelles System ist nicht ausreichend auf den Umgang mit solchen Extremereignissen vorbereitet, wie es bei der Flutkatastrophe im Ahrtal deutlich wurde. In den USA gibt es mit den Einrichtungen SAMHSA (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*) und DTAC (*Disaster Technical Assistance Center*) eine gute Struktur für psychiatrische Krisenbewältigung. Ich selbst war nach *Hurricane Katrina* in den USA für die psycho-

therapeutische Betreuung der Nothelfer im Einsatz. Trotz des engagierten ehrenamtlichen Einsatzes von Psychiatern, Therapeuten und Medizinern sehe ich in Deutschland noch Raum für Verbesserungen. Was meinen Sie?

**LD:** In den USA gibt es klare Empfehlungen der APA (*American Psychological Association*) für Katastrophenhilfe, um die psychische Gesundheit angemessen zu berücksichtigen. In Deutschland ist dies noch stark ausbaufähig, und es stellt sich die Frage, wer sich eigentlich darum kümmert. Möglicherweise könnten die Fachverbände diese Aufgabe übernehmen und entsprechende Maßnahmen verankern.

**AML:** Guter Punkt. Unser Positionspapier und die Erklärung haben wir breit mit unseren Mitgliedern diskutiert. Alle wollen wissen, wie man mit den psychischen Folgen des Klimawandels umgeht und was man in Notfällen macht. Es gibt einen großen Informations- und Koordinationsbedarf.

**LD:** Und im Hinblick auf das Problembewusstsein ist auch noch einiges zu tun. Ich denke, dass die Notwendigkeit konsequent nachhaltigen Handelns in sämtlichen Lebensbereichen bei den meisten Menschen noch nicht ausreichend klar ist. Es wird als etwas betrachtet, was „irgendwie nett“ wäre, aber die Dringlichkeit und das Ausmaß, wie wir auf diese Weise Leben retten, aber auch psychische Erkrankungen verhindern oder zumindest abmildern können, wird oft nicht erkannt.



„Klimafolgen-Modelle müssen die psychischen Auswirkungen berücksichtigen.“

Andreas Meyer-Lindenberg

**AML:** Genau, das ist so. Dabei gibt es Dinge, die wir tun können. Es gibt viele Bereiche, in denen nachhaltiges Wirtschaften in der Klinik und in Praxen sinnvoll ist. Medikamente sind eine Hauptkomponente des CO<sub>2</sub>-Ausstoßes im Gesundheitswesen. Leitliniengerechte Monotherapien wären auch hierfür sinnvoll. Es gibt eine ganze Menge Synergien. Vieles ist sowohl therapeutisch als auch fürs Klima sinnvoll.

**LD:** Für mich ist das der entscheidende Punkt: Wie kann es gut weitergehen? Wenn wir in die Zukunft schauen im Sinne eines größeren *Planetary-Health-Modells*, bedeutet das aus meiner Sicht eine enorme Aufwertung für die „Sprechende Medizin“. Denn letztlich wird es darum gehen, bei Aufrechterhaltung der medizinisch notwendigen Versorgung gleichzeitig emissionsreduzierende und umweltbelastende Behandlungen, Geräte, Medikamente usw. soweit wie möglich zu reduzieren.

Wir wissen aus der Forschung, dass wir beispielsweise Operationen verhindern können, wenn wir den zugrunde liegenden krank machenden Lebensstil konsequent fokussieren. Wir brauchen eine deutliche Aufwertung von Prävention, nachdem wir als Trend in den letzten Jahrzehnten eher eine zunehmende Spezialisierung im medizinischen Bereich erfahren haben.

Es geht ja hierbei um all die Aspekte, mit denen wir uns zentral beschäftigen, wie: Verdrängung, Handlungsmotivation, Verhaltensänderungen. Wir haben Kenntnisse und Fähigkeiten, die heute auch über die Behandlungszimmer

hinaus im breiten Stil gebraucht werden. Es ist an der Zeit, uns hörbar in den gesellschaftlichen und politischen Diskurs einzubringen.

**AML:** Ja, da sprechen Sie ein wahres Wort gelassen aus, Frau Dohm. Wir haben zum Beispiel lange versucht, in die COVID-Debatte mehr Rationalität einzubringen und Impfungen zu fördern. Aus der Politik gab es viele Anfragen in Richtung „Macht doch mal was, um die irrationalen Befürchtungen abzubauen und die Leute zu motivieren.“ Wir haben die Techniken, aber wir haben sie nicht wirklich erfolgreich in die Breite gebracht ...

**LD:** Darauf sollten wir unser Augenmerk richten und noch viel interdisziplinärer zusammenarbeiten.

**AML:** Ich glaube, das Problem ist noch nicht geknackt: Wie bringe ich solche informationellen Bubbles, wie sie im Moment ja für jedes politisierte Thema entstehen, wieder in einen rationalen, handlungsgeleiteten Diskurs?

**LD:** Meiner Erfahrung nach haben viele das Gefühl, nicht genug zu wissen, um sich in solchen Fragen einzubringen. Verständlich, zumal die anstehende sozial-ökologische Transformation sehr umfassend ist und in viele Richtungen gehen kann. Obwohl ich mich seit Jahren damit beschäftige, habe ich trotzdem das Gefühl, ich muss es noch besser durchdringen. Das geht vermutlich niemals weg, das Feld ist auch sehr dynamisch. Wir sollten jedoch unser vorhan-

denes Wissen in puncto Verhaltensänderungen, Motivationsförderung und Kommunikation nicht unterschätzen. Unser Fachgebiet kann auch wissenschaftliche Erkenntnisse in ihrer Seriosität einordnen. Und auf Grundlage all dessen können wir bereits jetzt schon aktiv handeln. Wir können diese Menschheitsaufgabe angemessen priorisieren und neue Ideen entwickeln. Der Psychologische *Medienleitfaden Klima* ist eine hilfreiche Ressource, um die Klimakrise konstruktiv und ohne Panikmache in den Medien zu präsentieren.

**AML:** Es gibt noch einige offene Fragen. Sie haben auch erwähnt, dass Sie bestimmte Punkte als Forschungsbedarf erkennen und aktiv in diesem Bereich tätig sind ...

**LD:** Aktiv tätig bin ich derzeit vor allem in der Weiterentwicklung von stationären Behandlungskonzepten im Sinne von *Planetary Health*. Dafür haben wir von KLUG an der psychosomatischen Rehaklinik Möhnesee ein sogenanntes „Reallabor“ etabliert, in dem wir gezielt mit den Mitarbeitenden aller Berufsgruppen zusammenarbeiten und sie auf die Arbeit in Zeiten ökologischer Krisen vorbereiten. Mit Blick auf die Forschung gibt es aus meiner Sicht das Problem, dass wir zum Beispiel in der klinischen Psychologie sehr fokussiert darauf sind, also innerhalb eines Forschungsparadigmas arbeiten, das darauf abzielt, am Ende des Prozesses in einem 1:1-Setting zu arbeiten und evidenzbasierte Methoden wie verhaltenstherapeutische Ansätze anzuwenden, die dann weiter erforscht und vertieft werden. Meiner Meinung nach braucht es einen Paradigmenwechsel hin zu mehr Interdisziplinarität und Zusammenarbeit mit anderen Wissenschaftsbereichen, die für existenzielle Fragen von besonderer Bedeutung sind: zum Beispiel Soziologie, Kulturwissenschaften sowie Meteorologie und Biologie. Wir könnten dadurch an Informationen gelangen, die über die bisherige Standardforschung hinausgehen und der Existenzialität der ökologischen Krisen eher gerecht werden.

**AML:** Ja, da stimme ich Ihnen voll und ganz zu. Globale Krisen erfordern definitiv einen interdisziplinären Ansatz. Aus praktischer Sicht weiß ich, dass es schwierig ist, interdisziplinäre Forschung erfolgreich umzusetzen, auch wenn alle sich einig sind, dass es wichtig ist, zusammenzuarbeiten. Die Paradigmen und Anreizsysteme in den verschiedenen Disziplinen können sehr unterschiedlich sein.

**LD:** Das ist absolut richtig, und mein Vorschlag widerspricht den aktuellen Gegebenheiten in der wissenschaftlichen

Landschaft. Fachjournale sind häufig stark auf bestimmte Fachgruppen ausgerichtet, sodass interdisziplinäre Artikel im *Peer-Review-Verfahren* abgelehnt werden, weil sie nicht ins Standardbild des Journals passen. Wir stehen vor großen Hürden, um Wege zu finden, wie wir dies besser zusammenführen können. Die Zusammenarbeit ist dringend notwendig.

**AML:** Vielleicht spielen wir als Fach eine besondere Rolle, da es sich weit in die Natur- und Kulturwissenschaften erstreckt, was es so faszinierend macht. Wir haben auch Kompetenzen in der Gestaltung schwieriger Gruppenprozesse, die in solchen Verbundforschungen auftauchen können.

**LD:** Wir überbrücken genau diese Schwelle zwischen Natur- und Geisteswissenschaften, was uns in eine zentrale Position in dieser Transformation bringt, unterstützt von dem hohen Vertrauen, das wir in der Bevölkerung genießen!

**AML:** Das ist eine gute Stoßrichtung. Wir sind uns einig, dass das Thema *One Health* oder *Planetary Health* noch weiter erforscht und vorangetrieben werden muss. Ich glaube, es ist zwar präsent, aber im Moment wird es noch sehr stark von der Pandemie bestimmt. Wir beschäftigen uns vor allem mit der Surveillance von Viruserkrankungen bei Tieren und fragen uns, welches Virus uns als nächstes treffen wird. Dabei ist der *Mental-Health-Aspekt* noch nicht so in den Köpfen der Handelnden, wie er meiner Meinung nach sein sollte.

**LD:** Was ich wichtig finde, sind zwei Aspekte, die in dem *Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats für globale Umweltveränderungen* konkret benannt werden: Zum einen braucht die Transformation, wenn sie gelingen soll, einen Wertewandel, der weg von individueller Profitmaximierung hin zu Werten wie Naturleben, Zeitwohlstand und Verbindung, Freundschaft und Gemeinschaft geht. In unseren Behandlungen gelingt dies noch nicht immer. Und zum anderen betont das Gutachten, dass diese Transformation auf Einsicht und Voraussicht basieren muss – im Gegensatz zur industriellen Revolution, die übrigens hier als Vergleich herangezogen wird.

**AML:** Das ist durchaus gerechtfertigt!

**LD:** Und wer kommt dafür mehr infrage, als unsere Fachgruppe? Wobei derzeit niemand speziell dafür ausgebildet ist. Aber wir müssen uns jetzt damit auseinandersetzen.

Selbst wenn wir zukünftige Kolleginnen besser in diesem Bereich ausbilden; wir müssen heute und als bereits praktizierende Menschen beginnen. Das ist eine große Aufgabe und dafür brauchen wir alle P-Fächer.

**AML:** Die Resonanz ist schon groß. Das können wir definitiv sagen. Wir haben uns ein Klimaneutralitätsziel gesetzt, das von unserer Mitgliederversammlung mit überwältigender Mehrheit angenommen wurde. Es gewinnt an Bedeutung und es ist gut, dass wir uns damit beschäftigen – auch wenn es eine höchst anspruchsvolle Aufgabe ist.

**LD:** Die BPTK (Bundespsychotherapeutenkammer) hat es zuletzt in die Muster-Berufsordnung integriert: „Sie beteiligen sich an der Erhaltung und Förderung der ökologischen und soziokulturellen Lebensgrundlagen im Hinblick auf die psychische Gesundheit der Menschen“ (§2 MBO).

**AML:** Wir hatten ja bereits Beispiele genannt, bei denen eine richtige Behandlung sowohl für die Psyche als auch für die Umwelt vorteilhaft ist. Wobei es zu Konflikten führen kann, wenn das nicht immer gilt. Ein Beispiel ist die vegetarische Ernährung. Die meisten Untersuchungen und Metaanalysen zeigen: Je mehr vegetarisch gegessen wird, desto depressiver sind die Konsumenten. Man muss also vorsichtig sein.

**LD:** Nicht alles, was der Psyche gut tut ist ethisch vertretbar. Flugreisen z.B. sind wahrscheinlich auch gut für die Psyche, aber enorm klimaschädlich. Das passt zum Stichwort „Wertewandel“.

**AML:** Stimmt. Für mich persönlich sind Flugreisen selbst nicht unbedingt positiv, aber die Ziele, die man erreicht, können es sein.



**LD:** Wie fühlen Sie sich denn persönlich mit der Klimakrise, wenn ich die Eingangsfrage einmal zurückgeben darf?

**AML:** Ich fühle mich zunehmend unter Druck. Seit es auch beruflich zum Gegenstand geworden ist, ist es in meinem Alltag präsenter. Ich frage meine Patienten regelmäßig danach und höre häufig etwas darüber. Ich werde meinen eigenen Ansprüchen nicht immer gerecht und es bleibt ein Gefühl von Handlungsdruck.

**LD:** Ich kann den Druck gut nachvollziehen, freue mich, dass wir an diesem Thema zusammenarbeiten und der Kongress ein Schlaglicht darauf wirft. Gut, dass immer mehr solcher Veranstaltungen stattfinden. Es ist zentral, dass wir in größerem Maßstab gemeinsam ins Umsetzen kommen. Das wird die Herausforderung in den nächsten Jahren sein.

**AML:** Genau – nutzen wir jede Plattform, damit das gelingt! Die Kommunikationsarbeit ist entscheidend dafür, ob wir die Transformation werden bewältigen können oder nicht. Ich möchte sagen: Klimawandel ist real. Wir können uns nicht davor wegducken, aber wir können und müssen etwas dagegen tun, sowohl als Individuen als auch als Gruppe. Das wäre meine Botschaft.

**LD:** Die Verwendung von medizinischen Analogien in der Klimakommunikation ist äußerst hilfreich. Wenn wir den Klimawandel wie einen medizinischen Notfall betrachten, müssen wir aktiv handeln, statt zu leugnen. Wir haben eine Diagnose und eine klare Therapieempfehlung. Wir müssen uns wie in der Medizin nach den Fakten und Evidenzen richten und nicht nach Angst oder Hoffnung.

**Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg** leitet seit 2007 das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim. Sein wissenschaftlicher Fokus liegt auf der Analyse von Risiko- und Schutzmechanismen bei psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie und Depression. Aktuell untersucht er die Auswirkungen der Umwelt und des Klimawandels auf die psychische Gesundheit. Seit 2023 ist er Präsident der DGPPN.

**Dipl.-Psych. Lea Dohm** ist Psychologische Psychotherapeutin, Fachjournalistin, Mitinitiatorin der Psychologists/ Psychotherapists for Future und Autorin des Buchs „Klimagefühle“. Bei der Deutschen Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUAG), beschäftigt sie sich mit der Transformation von Behandlungskonzepten sowie deren praktischer Implementierung mit Blick auf Planetary Health.

# 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.

|   |  |  |                              |
|---|--|--|------------------------------|
| <b>Sur l'Adamant</b>                                  |  | Auf der „Adamant“, einer schwimmenden psychiatrischen Tagesklinik mitten in Paris, können Betroffene malen, singen oder einfach nur einen Kaffee trinken. Der Dokumentarfilm, der mit dem Goldenen Bären ausgezeichnet wurde, nimmt sich viel Zeit, das Schiff und seine Bewohner vorzustellen.                          | → Dokumentation   Kino       |
| <b>Süchtig nach Alles</b>                             |  | Nur noch dieses eine Glas, dieser letzte Zug, dieses eine Match: Viele Menschen sind süchtig. Manche wissen es nicht. Reporter Hubertus Koch hat selbst mit Süchten zu kämpfen und begibt sich in „Süchtig nach Alles“ auf eine Reise quer durch seine und die Süchte anderer.   | → Podcast   ARD-Audiothek    |
| <b>The Son</b>  |  | Der zweite von drei Filmen über psychische Krankheiten und die brutalen Auswirkungen auf die Angehörigen aus der Feder von Florian Zeller: Nach „The father“ kommt nun „The son“ – nach der Demenz die Depression. Dabei geht es im Film nicht darum, wo sie herkam, sondern wie sie langsam die Beziehungen zerfrisst.  | → Film   Amazon Prime        |
| <b>Leben, Lieben, Pflegen</b>                         |  | Der Podcast von Desideria Care gibt Angehörigen von Menschen mit Demenz eine Stimme. Anja Kälin und Peggy Elfmann wissen aus eigener Erfahrung, wie es ist, wenn ein naher Mensch an einer Demenz erkrankt. Im Gespräch miteinander – und mit anderen Betroffenen und Experten – erzählen sie von den Herausforderungen. | → Podcast   alle Plattformen |
| <b>Auf Station – meine Zeit in der Psychiatrie</b>    |  | Was hilft gegen Depressionen oder Psychosen? Wie kommt das Personal mit den vielen heftigen Schicksalen klar? Die vierteilige Mini-Serie begleitet Patienten durch ihre intensive Zeit auf Station in der LVR-Klinik Düren.  | → Serie   ARD-Mediathek      |
| <b>Wann wird es endlich wieder so, wie es nie war</b> |  | Der Film basiert auf dem gleichnamigen autobiografischen Roman von Joachim Meyerhoff und erzählt das Aufwachsen des jungen Joachims in der Direktorenvilla der Schleswiger Kinder- und Jugendpsychiatrie.  | → Film   Amazon Prime        |
| <b>Psyche Today</b>                                   |  | Psychiaterin Stephanie Grabhorn spricht im Podcast über diverse Themen aus dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie. In den bisherigen Folgen geht es unter anderem um StÄB, den Einsatz von <i>Virtual Reality</i> und um Neues aus der Schlafmedizin.   | → Podcast   alle Plattformen |
| <b>Stutz</b>  |  | Schauspieler Jonah Hill porträtiert seinen Therapeuten Dr.Phil Stutz. In ihren Gesprächen, aufgrund wiederkehrender Panikattacken, beleuchten sie Themen rund um frühe Kindheitserfahrungen, psychische Gesundheit und Stutz' therapeutischen Ansatz.  | → Dokumentation   Netflix    |

Kongress 2023

Das gesamte  
Programm auf  
[dgppnkongress.de](http://dgppnkongress.de)

# 2023

**Ökologische Psychiatrie  
und Psychotherapie**

## Vier Tage im Zeichen des Wissenstransfers

# Wegweisendes aus Forschung und Versorgung

**Ende November wird Berlin erneut zum Zentrum der psychischen Gesundheit, wenn sich im CityCube alles um Psychiatrie und Psychotherapie dreht – von innovativen Behandlungsmethoden über wegweisende Forschungsergebnisse bis hin zu gesundheitspolitischen und gesellschaftsrelevanten Aspekten.**

Mit seinen wertvollen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten für alle, die in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen tätig sind, ist der DGPPN Kongress die bedeutendste Veranstaltung im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie im deutschsprachigen Raum. Die Fachkonferenz richtet sich nicht nur an Psychiaterinnen und Psychiater, sondern auch an Medizinerinnen und Mediziner anderer Fachrichtungen, Psychologinnen und Psychologen, Studierende, Pflegefachkräfte, Angehörige anderer Gesundheitsfachberufe sowie weitere Fachleute und Interessierte. Das Programm umfasst verschiedene Formate wie Präsidentensymposien, Lectures, State-of-the-Art-Symposien, Workshops, Diskussionsforen und freie Vorträge.

Unter dem Motto „Ökologische Psychiatrie und Psychotherapie“ befasst sich der Kongress unter anderem mit

dem Verständnis der Wechselwirkungen zwischen der Umwelt und psychischer Gesundheit: Unsere Lebenswelten werden nicht nur von der Interaktion mit anderen Menschen geprägt, sondern auch von der Vielfalt von Pflanzen und Tieren. Selbst der Körper bildet ein komplexes Ökosystem mit Milliarden von Mikroorganismen im Darm und auf der Haut. Die Gesundheit des Planeten und die Gesundheit des Menschen sind daher untrennbar miteinander verbunden.

Allerdings bedrohen Prozesse wie die zunehmende Urbanisierung und vor allem der Klimawandel dieses fragile System. Der Rückgang der Biodiversität, die Verdichtung urbaner Strukturen und der erschwerte Zugang zur Natur haben Auswirkungen auf die Gesundheit des Einzelnen. Extremwetterereignisse wie Überschwemmungen oder Hitzewellen führen zu erheblichen psychischen Belastungen und einem An-



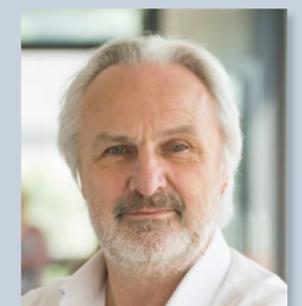
Antje Boetius



Thomas Insel



Eva Hoch



Robert v. Voren

stieg von Depressionen, Angststörungen, traumatischen Belastungsstörungen und Suiziden. Besonders in der jungen Generation nehmen die Ängste in Bezug auf den Klimawandel zu. Mithilfe von Genetik, Bildgebung, Epidemiologie und Künstlicher Intelligenz können Ökosysteme, Biodiversität und ihr Einfluss auf die psychische Gesundheit präzise analysiert werden. Dadurch ergeben sich auch neue Ansätze für Behandlung und Prävention. Der Kongress möchte Fachkräften eine Plattform bieten, um das Bewusstsein für die ökologische Dimension der psychischen Gesundheit zu schärfen. Forscherinnen und Forscher haben die Möglichkeit, ihre neuesten Studien und Projekte vorzustellen und abseits der Vorträge in Interaktion zu treten. Dies fördert den wissenschaftlichen Fortschritt und trägt dazu bei, dass innovative Ansätze zukünftig in der psychiatrischen Versorgung eingesetzt werden können.

Bereichernde Lectures und Symposien, spannende Diskussionsforen und das vielseitige Programm der State-of-the-Art-Symposien bieten jede Menge Input zu den neuesten Erkenntnissen und Trends des Fachbereichs. Ein zentraler Bestandteil sind die State-of-the-Art-Symposien, in denen Expertinnen und Experten den neuesten Stand der Entwicklungen in Forschung und Versorgung zu verschiedenen Störungsbildern und Behandlungen präsentieren.

Zusätzlich lassen sich in rund 100 interaktiven Workshops von Experten auf ihrem Gebiet neue Ansätze

und evidenzbasierte Interventionen erlernen. Praktische Übungen, Fallstudien und Diskussionen in kleinen Gruppen dienen dazu, eigene Fähigkeiten weiterzuentwickeln und neue Perspektiven zu gewinnen. An insgesamt vier Kongresstagen wird ein breites Spektrum an hochrelevanten Themen behandelt. Etablierte Expertinnen und Experten und aufstrebende Talente kommen für den interdisziplinären und kollegialen Austausch zusammen.

Unter der Überschrift *Kunst und Psyche* stehen auch in diesem Jahr Kunstausstellungen und Filmbeiträge auf dem Programm. Die DGPPN hat anregende Werke zusammengestellt, die psychische Erkrankungen in künstlerischer Auseinandersetzung erkunden und dazu anregen, ein tieferes Verständnis für die Psyche zu entwickeln. Einen musikalischen Akzent der besonderen Art setzt die Klezmer- und Weltmusikband *Bohai* bei der Kongresseröffnung, sie präsentiert traditionelle jiddische Lieder neu arrangiert und mit Percussionselementen ergänzt.

#### Gebündeltes Fachwissen

Zahlreiche hochkarätige Referentinnen und Referenten machen den diesjährigen DGPPN Kongress zu einem Pflichttermin. Ein Highlight des Kongresses wird der Eröffnungsvortrag von Antje Boetius sein. Als angesehene Meeresforscherin und Mikrobiologin hat sie sich auf Fragen der marinen Stoffkreisläufe und Lebensvielfalt spezialisiert. Insbesondere beschäftigt sie sich mit den Auswirkungen des Klimawandels auf

die Biogeochemie und Biodiversität des Arktischen Ozeans. In ihrem Vortrag wird sie das Konzept der *Planetary Health* beleuchten und aufzeigen, wie eng die Gesundheit der Meere und die psychische Gesundheit miteinander verbunden sind.

Ein weiterer herausragender Redner ist Thomas Fuchs, ein führender Vertreter der phänomenologischen Psychiatrie. Sein Fokus liegt auf der Betonung der individuellen Erfahrungen des Patienten in der Behandlung. In seiner Lecture wird er zeigen, wie der phänomenologische Ansatz und der ökologische Ansatz in der Psychiatrie zusammenwirken können.

Der niederländische Menschenrechtsaktivist und Russlandexperte Robert van Voren engagiert sich seit den 1980er Jahren gegen den politischen Missbrauch der Psychiatrie. Im Rahmen seiner Lecture wird er über die Auswirkungen des Ukraine-Kriegs auf die seelische Gesundheit der Bevölkerung und auf das psychiatrische Versorgungssystem sprechen.

Eva Hoch, eine international renommierte Forscherin, beschäftigt sich seit über 20 Jahren mit den Effekten von Cannabis auf die menschliche Psyche. In ihrem Vortrag wird sie den aktuellen Forschungsstand, neue politische Entwicklungen sowie die Chancen und Risiken einer Legalisierung kritisch beleuchten.

Manfred Lütz, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Theologe und Kabarettist, wird Themen aus

seinem Buch *Wie Sie unvermeidlich glücklich werden* aufgreifen. Mit humorvollen Geschichten und überzeugenden Argumenten wird er Wege zum Glück aufzeigen.

Stefan G. Hofmann zählt zu den führenden Experten in der Behandlung von Angststörungen und Depressionen durch kognitive Verhaltenstherapie. Seine Forschung hat die Entwicklung dieser Therapieform maßgeblich geprägt und mit neurologischen Methoden weiterentwickelt. Seine Lecture mit dem Titel *Die Zukunft der Psychotherapie* verspricht spannende Einblicke in neue Entwicklungen und Ansätze.

Claudia Hornberg, Diplom-Biologin, Diplom-Ökologin und Fachärztin für Hygiene und Umweltmedizin, erforscht den Zusammenhang zwischen Gesundheit, Krankheit und Lebensverhältnissen. Als Vorsitzende des Sachverständigenrats für Umweltfragen berät sie die Bundesregierung und bewertet regelmäßig die Umweltsituation in Deutschland. In ihrer Lecture *StadtGesundheit – Urbaner Umweltschutz für ein gesundes Leben in der Stadt* spricht sie über die Herausforderungen eines gesunden Lebens in einer gesunden Umwelt.

Pablo Hagemeyer, Psychiater und Psychotherapeut, gibt in seinem Bestseller *Gestatten, ich bin ein Arschloch* sein Wissen über Narzissmus und seelische Verklebungen weiter. Auf dem DGPPN Kongress richtet er sich insbesondere an junge Psychiaterinnen und



John F. Cryan



S. Kittel-Schneider



Pablo Hagemeyer



Thomas Fuchs



Eckart v. Hirschhausen



Swantje Matthies



Manfred Lütz



Claudia Hornberg

rund **40**  
State-of-the-  
Art-Symposien

Alle Informationen  
und Angebote auf  
[dgppnkongress.de](https://dgppnkongress.de)

über  
**200**  
Symposien

über  
**650**  
Einzelveranstaltungen

plus  
Digital-  
angebot

mehr als **80**  
Workshops

Psychiater und spricht im Rahmen des Nachwuchsprogramms über Narzissmus, Verachtung und über Empathie als Lösungsmittel.

Weitere herausragende Referentinnen und Referenten sind der Biochemiker und Pharmakologe John F. Cryan, der über die Interaktion zwischen Gehirn, Darm und Mikrobiom in Bezug auf psychiatrische Erkrankungen sprechen wird, sowie Swantje Matthies, eine Psychiaterin, die sich auf Borderlinestörungen und ADHS spezialisiert hat.

Eckart von Hirschhausen, Arzt, Moderator und Kabarettist, wird in seinem Vortrag *Seelische Gesundheit in Zeiten der Klimakrise* die Verbindung zwischen planetarer Gesundheit und individuellem Wohlbefinden beleuchten und auf die Auswirkungen des Klimawandels auf die psychische Gesundheit hinweisen.

#### Das Beste aus beiden Welten

Der DGPPN Kongress 2023 findet im Präsenzformat statt. Daneben gibt es auch ein Online-Angebot, das es Teilnehmenden ermöglicht, das wissenschaftliche Programm von überall zu verfolgen. Ob vor Ort oder von zuhause aus: Der Kongress verspricht eine inspirierende und informative Veranstaltung zu werden. Grundsätzlich sind zwei Pakete buchbar:

#### Berlin+Online-Paket

Das *Berlin+Online-Paket* enthält den Zugang vor Ort sowie Zugriff auf das Video-on-Demand-Angebot im Nachgang.

#### Online-Paket

Das reine Online-Paket enthält ausgewählte Veranstaltungen im Livestream sowie ebenfalls den Zugriff auf das Video-on-Demand-Angebot.

#### Workshops

Zahlreiche 1-Tages- sowie 2-Tage-Workshops sind zusätzlich buchbar, jedoch findet das Workshop-Programm ausschließlich vor Ort statt.

#### Öko? logisch!

Die DGPPN hat sich zusammen mit ihren Dienstleistern und Partnern dem Ziel der Nachhaltigkeit verpflichtet und handelt damit entsprechend ihrer ökologischen Verantwortung. Ein zentrales Anliegen ist es, den DGPPN Kongress so ressourcenschonend

wie möglich zu gestalten und die CO<sub>2</sub>-Bilanz zu reduzieren. Hierbei folgen wir dem Prinzip „vermeiden, bilanzieren, kompensieren“. In diesem Jahr kompensiert die DGPPN die vor Ort durch die Veranstaltung entstehenden Emissionen über die Organisation *atmosfair*. Dadurch werden insgesamt 345.000kg CO<sub>2</sub> ausgeglichen.

Gemeinsam können wir mehr erreichen und Sie können uns beim Klimaschutz unterstützen! Ihre Mitwirkung als Teilnehmende ist entscheidend für das Erreichen der Klimaneutralität. Wir bitten Sie, mit der Bahn anzureisen und den öffentlichen Nahverkehr zu nutzen. Wenn möglich, wählen Sie ein nachhaltiges Hotel und achten Sie bei der Verpflegung auf Tierwohl und Müllvermeidung. Bringen Sie zum Beispiel eine wiederaufladbare Flasche mit zum Kongress, um die Wasserspender vor Ort zu nutzen.

Als Einzelperson können Sie ebenfalls Ihren CO<sub>2</sub>-Fußabdruck bilanzieren und kompensieren. Mit einem Beitrag von mindestens 6 Euro pro teilnehmender Person können Sie die Emissionen, die durch An- und Abreise sowie Übernachtung entstehen, ausgleichen. Helfen Sie mit, unseren ökologischen Fußabdruck zu reduzieren und leisten Sie einen Beitrag zum Klimaschutz!

#### ■ DGPPN Kongress – alles auf einen Blick

- 29. November bis 2. Dezember 2023
- CityCube Berlin
- teilweise Livestreaming
- Video-on-Demand-Angebot ist in allen Tickets enthalten
- vielfältiges Workshop-Programm vor Ort in Berlin | zusätzlich kostenpflichtig buchbar
- CME-Punkte können vor Ort und digital gesammelt werden
- DGPPN-Mitglieder profitieren von einer vergünstigten Gebühr



# Korrelation in Ko-Relation

Forschung auf Augenhöhe zwischen Wissenschaftlern und Patienten – genau diesen Ansatz verfolgt die partizipative Forschung, die im Bereich der psychischen Gesundheit immer mehr an Bedeutung gewinnt. Doch was steckt dahinter? Und wie praxistauglich ist dieser Ansatz? Die DGPPN liefert eine Einführung in ein ambitioniertes Unterfangen, das dabei ist, die Psychiatrieforschung zu transformieren.

Man stelle sich vor, die medizinische Krebsforschung würde sich auf die biologischen Mechanismen der Erkrankung fokussieren, die Bedürfnisse der Betroffenen in der Versorgung aber fast vollständig außer Acht lassen. Klingt unausgewogen? Und für den Alltag der Patientinnen und Patienten kaum hilfreich? Dies, so berichtet Silke Lipinski von der 2007 gegründeten *Autismus-Forschungs-Kooperation* (afk), war aber lange Jahre Standard in der Forschung zum Thema Autismus: Während sich Forschende hauptsächlich mit biologischen Faktoren der Entwicklung von Autismus beschäftigten, wurden in den Selbsthilfegruppen autistischer Menschen ganz andere Themen diskutiert. Zum Beispiel, dass sie auf der Suche nach Hilfe bei psychischen Belastungen von Therapeutinnen und Therapeuten abgewiesen wurden und einfach keinen Therapieplatz fanden. Trotz der erheblichen Bedeutung für die Lebensrealität autistischer Menschen, wurden die Themen der Gesundheitsversorgung in der Autismusforschung über einen längeren Zeitraum hinweg vernachlässigt oder nur oberflächlich behandelt. Mit dem Ansatz der partizipativen Gesundheitsforschung sollen Diskrepanzen wie diese erkannt und behoben werden. So bearbeiten in der afk autistische Menschen und Autismusforschende der Humboldt-Universität zu Berlin in regelmäßigen Treffen und remote gemeinsam Forschungsprojekte, die bedarfsorientiert sind.

Der partizipative Ansatz ist geprägt durch die kollaborative Zusammenarbeit und Koproduktion von professionellen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern sowie Menschen mit Erfahrungsexpertise in einem Forschungsvorhaben. In der Gesundheitsforschung sind diese Erfahrenen häufig Patientinnen und Patienten mit Krankheits- oder Genesungserfahrung, Angehörige, aber auch Bürgerinnen und Bürger aus der Allgemeinbevölkerung. Was diesen Ansatz von einem traditionellen Forschungsvorgehen unterscheidet, ist dass diese Menschen nicht als „Forschungsgegenstand“ oder als reine „Datenquelle“ gesehen werden, sondern dass sie aktiv und partnerschaftlich am Forschungsprojekt mitwirken. Dabei variiert der Grad der Beteiligung in der Praxis. Es sind frühe Stufen der Partizipation verbreitet, in der Betroffene angehört oder punktuell einbezogen werden, beispielsweise bei der Erörterung von Forschungsfragen. Sie reicht aber weiter bis zur gleichberechtigten Bearbeitung des Projekts von Konzeption über Durchführung, Auswertung und Ergebnisverwertung mit Beteiligung an den zu treffenden Entscheidungen.

## Entwicklung partizipativer Ansätze

Partizipative Forschung ist somit vielfältig und speist sich aus verschiedenen Forschungstraditionen. So prägte schon Kurt Lewin in den 1940er-Jahren den Begriff *Action*

*Research*, also der Aktionsforschung, deren Hypothesen praxisnah sein und Ergebnisse zu einer praktischen Problemlösung führen sollten. Es existieren Berührungspunkte zur Bürgerforschung, die auch im deutschsprachigen Raum unter dem Namen *Citizen Science* bekannt wurde und vor allem in der Natur- und Ökosystemforschung Verbreitung fand. In diesem Jahr startete beispielsweise *Die Zeit* das Citizen-Science-Projekt *Ein Quadratmeter für eine grünere Welt*. In diesem Projekt säen Leserinnen und Leser eine Samenmischung auf ihren Balkonen, Terrassen und Gärten aus und fotografieren die gewachsenen Pflanzen. Mithilfe von KI kann dann das wissenschaftliche Personal der *Senckenberg Gesellschaft für Naturforschung* die eingegangenen Fotos auswerten, Insektenarten bestimmen und die Ergebnisse mit den Einsendenden – ihren Ko-Forschenden – teilen. Weithin bekannt ist auch der sogenannte Mückenatlas, an dem seit 2012 Hobbyforschende mitwirken, indem sie Stechmücken einfangen und „gut erhaltene“ Exemplare an das *Leibniz-Zentrum für Agrarlandschaftsforschung* schicken. Die Forschenden werten mithilfe dieser Einsendungen von mehr als 177.000 Mücken über die Jahre die Verbreitung verschiedener Mückenarten in Deutschland aus.

Aber was genau unterscheidet partizipative Forschung von Citizen-Science-Projekten? Trotz Schnittmengen zwischen den Konzepten liegt der entscheidende Unterschied für Hella von Unger beim Anspruch, den die partizipative Forschung verfolgt. Sie ist Professorin für Soziologie an der LMU München, hat 2014 ein Methodenlehrbuch zu diesem Thema veröffentlicht und verfolgt die Entwicklung der partizipativen Forschung in Deutschland seit Jahren. In Citizen-Science-Projekten liege der Fokus häufig darauf, Wissenschaft für Bürgerinnen und Bürger nahbar und erlebbar zu machen. Der partizipative Forschungsansatz, der aus der sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Diskussion hervorgehe, verfolge dagegen einen stärker emanzipatorischen Anspruch, so von Unger. Menschen sollen partnerschaftlich im gesamten Forschungsprozess beteiligt werden und eine eigene Stimme erhalten. Auch marginalisierte Gruppen sollen so Gehör finden. Diesen Ansätzen gemein sei jedoch, dass sich Forschung für nichtwissenschaftliche Akteurinnen und Akteure öffnet, was sie als insgesamt positive Entwicklung bewertet.

Die Bedeutung partizipativer Forschung ist auch in der Politik erkannt worden. Schon seit Jahren verfolgt das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) das Ziel, die bürgerschaftliche Beteiligung an Forschung und

Forschungspolitik zu unterstützen, um sowohl deren Qualität als auch deren Legitimität zu stärken. Im Juni 2023 wurde die *BMBF-Partizipationsstrategie Forschung* nach einem jahrelangen Prozess der Ausarbeitung veröffentlicht. Kernstück war – wie kann es bei dem Thema anders sein – die Beteiligung eines Bürgerrats von 50 Personen aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen. Diese haben neben Wissenschaft und Politik auch den Blick der Gesellschaft in die Entwicklung der Partizipationsstrategie einfließen lassen. So empfiehlt das BMBF unter anderem eine stärkere Vernetzung und die Entwicklung von Bewertungskriterien für den Erfolg von Teilnahmeprojekten, um partizipative Forschung weiter zu stärken. Das Thema Beteiligung findet auch einen Weg in die Forschungsförderung: 2021 starteten insgesamt 15 Projekte in einer eigenen Citizen-Science-Förderrichtlinie, die das BMBF aktuell mit etwa neun Millionen Euro über vier Jahre fördert. Eine weitere Förderrichtlinie ist geplant.

#### Herausforderungen und Chancen

In Ländern wie dem Vereinten Königreich ist *Patient and Public Involvement (PPI)* schon lange in der medizinischen Forschung verankert. In Deutschland gewinnt die partnerschaftliche Beteiligung von Patientinnen und Patienten in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung, wird jedoch noch selten konsequent realisiert. Welche Hindernisse könnten da eine Rolle spielen? Dr. Nils Heyen vom Fraunhofer-Institut für System- und Innovationsforschung hat 2021 Erkenntnisse aus einem Pilotprojekt veröffentlicht, an dem Patienten und Angehörige am gesamten Forschungsprozess zur Erforschung seltener Erkrankungen beteiligt waren. Dort zeigte sich: Um eine vertrauens- und respektvolle Zusammenarbeit zwischen beruflich und aus der Betroffenenperspektive heraus Forschenden zu ermöglichen, musste ein radikaler Perspektiv- und Haltungswechsel stattfinden. Patientinnen und Patienten waren plötzlich nicht mehr in der Rolle der Hilfs- und Behandlungsbedürftigen und Behandelnde waren nicht mehr die fachlich allein verantwortlichen Expertinnen und Experten. Nun waren sie gleichberechtigt Forschende in einem Team, was besonders herausfordernd war, wenn sich die Parteien aus dem Versorgungsalltag kannten. Dieser Rollenwechsel erforderte von beiden Seiten ein hohes Maß an Reflexion und Anstrengung und eine Moderation, die alle Beteiligten (wann immer nötig) zur Begegnung auf Augenhöhe ermutigte.

Hinzu kommt, dass in hohem Maße partizipative Forschungsprojekte mit einem relativ großen Koordinations-

und Kommunikationsaufwand einhergehen: Besonders die erste Projektphase, in der sich Berufs- und Patientenforschende kennenlernen, ihre Erwartungen abstecken und eine klare Aufgabenverteilung vereinbaren, sind umsichtig zu planen. Auch gilt es, Schulungsbedarf frühzeitig zu ermitteln und dafür Zeit zu reservieren. Gute Kommunikation zwischen allen Projektbeteiligten spielt eine besonders wichtige Rolle, und Entscheidungen können nicht einfach auf kurzem Dienstweg „von oben“ gefällt, sondern müssen gemeinsam gefunden werden. Dies braucht Zeit und Geduld. Darüber hinaus kann die Krankheit selbst, die im Fokus der Forschung steht, Betroffene im Forschungsprozess einschränken. So berichtet Prof. Sebastian von Peter, der selbst partizipative Projekte in der Psychiatrieforschung begleitet, dass Psychiatrieerfahrene im Rahmen der Forschung mit Themen in Berührung kommen, die Krisen auslösen können. Mögliche krankheitsbedingte Ausfälle gilt es daher zu antizipieren und behutsam zu begleiten.

Partizipative Gesundheitsforschung stellt somit Institutionen sowie die Forschenden und die Menschen mit Erfahrungsexpertise vor Herausforderungen. Sie bietet jedoch auch enorme Chancen und Entwicklungsmöglichkeiten: Durch sie können die Relevanz der Forschungsergebnisse für die Praxis gewährleistet und Veränderungen angestoßen werden, die die Lebenswelt der Betroffenen tatsächlich verbessern. Sie generiert Wissen, das kooperativ, dialogisch und multiperspektivisch ist. Zudem stärkt sie die individuelle Befähigung in Gesundheitsentscheidungen, fördert Gesundheitskompetenzen und trägt zur Entstigmatisierung Betroffener bei. In der Wissenschaft stellt sie eine Absage an die Forschung im Elfenbeinturm dar und kann helfen, wissenschaftliche Arbeit international relevant und anschlussfähig zu halten. Denn die partnerschaftliche Beteiligung von Betroffenen wird immer häufiger vorausgesetzt: Wer zum Beispiel im *British Medical Journal* publizieren möchte, muss dokumentieren, wie Patientinnen und Patienten in die Forschung einbezogen waren. Diese sind zudem am Reviewprozess des Journals beteiligt. Die partnerschaftliche Arbeit mit Betroffenen im Forschungskontext wird außerdem als besonders sinnstiftend erlebt, was nicht zuletzt helfen kann, wissenschaftlichen Nachwuchs zu gewinnen und auch zu halten.

#### Die Probe aufs Exempel

Das neue *Deutsche Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG)* wird sich den Herausforderungen der partizipativen Forschung stellen und die Potentiale in seiner Arbeit

nutzen: Betroffene und Angehörige sollen systematisch in alle Forschungsschritte miteinbezogen werden und erhalten Entscheidungsbefugnis. Neben dem dialogischen Zentrumsrat, der bereits 2021 etabliert wurde, um an der inhaltlichen Ausgestaltung des DZPG mitzuwirken, ist an jedem Standort die Einrichtung eines lokalen Rates geplant. Eine Abteilung für PPI soll zudem für den Aufbau nachhaltiger Strukturen und Mitsprachemöglichkeiten sorgen. Überregional entstehen immer mehr partizipative Forschungsnetzwerke: Seit 2007 existiert in Deutschland das Netzwerk *Partizipative Gesundheitsforschung (PartNet)*, der regionale Partner der *International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR)*. Seit 2015 ist zudem *PartKommPlus – Forschungsverbund für gesunde Kommunen* in mehreren Bundesländern aktiv, und in diesem Jahr hat die *Gesellschaft für transdisziplinäre und partizipative Forschung e. V.* ihre Arbeit aufgenommen.

Es werden nach und nach Lösungen für praktische Herausforderungen entwickelt. So wurde an der Medizinischen Hochschule Brandenburg ein Weiterbildungsangebot für Menschen mit (psychischen) Erkrankungen konzipiert, um sie auf die Beteiligung an partizipativer Forschung vorzubereiten. Dort lernen sie unter anderem die Grundlagen der Wissen(schaft)produktion und die kritische Reflexion von Forschungsvorhaben. In *PartNet* organisierte Forschende planen eine Handreichung zur fairen Vergütung von Betroffenen. Und partizipative Forschungsgruppen? Sie zeigen anderen Forschenden mit ihrer Arbeit, dass sich die Beteiligung von Erfahrungsexperten lohnt. So haben Mitglieder der *afk* die Frage, warum autistische Menschen keinen Therapieplatz finden, kurzerhand selbst untersucht. Sie haben nicht nur fehlendes Wissen über Autismus bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten aufgedeckt. Sie haben auch herausgefunden, dass ihnen Weiterbildungsangebote zu diesem Thema fehlen und sie sich diese wünschen. Die Ergebnisse haben zur Weiterentwicklung der Curricula von therapeutischen Ausbildungsinstituten geführt – ein positives Ergebnis, das alle Beteiligten hoffnungsvoll stimmt und die beste Motivation darstellt, auch in Zukunft auf Partizipation in der Forschung zu setzen.

 **DGPPN Kongress 2023** | Symposium | Partizipativ forschen in der Psychiatrie – aber wie? Von der Theorie zur Praxis  
30.11.2023 | 08:30–10:00 Uhr

Studien

# merk-würdig

Studienergebnisse, die ganz sicher im Gedächtnis bleiben

## Traumatraining

Diese australische randomisierte, kontrollierte Studie schloss 130 Erwachsene mit einer klinisch diagnostizierten PTBS ein. Die Teilnehmenden wurden nach dem Zufallsprinzip eingeteilt: Den wöchentlichen 90-minütigen Expositionstherapie-Sitzungen für PTBS folgten zehn Minuten aerobes Training oder in der Kontrollgruppe zehn Minuten passives Stretching. Endpunkt war die Messung des Schweregrads der PTBS mittels einer speziellen Skala. Im Ergebnis zeigten die Teilnehmenden mit aktiver Bewegung eine größere Reduktion der Skalenscores im Vergleich zu denen der Expositionstherapie mit passiver Bewegung. Die angewandte Strategie könnte ein gutes Mittel sein, um die Behandlungserfolge der Expositionstherapie zu steigern.

Quelle: Bryant AR et al. (2022) Augmenting trauma-focused psychotherapy for post-traumatic stress disorder with brief aerobic exercise in Australia: a randomised clinical trial. *Lancet Psychiatry* 10(1):21–29. doi:10.1016/S2215-0366(22)00368-6



## Treffsicherheit

437 Kinder, bei denen entweder kein Elternteil, beide oder eins der Elternteile eine Schizophrenie oder bipolare Störung hatten, wurden in einer dänischen prospektiven Längsschnitt-Kohortenstudie untersucht. Analysiert wurden die motorischen Funktionen von Kindern mit schizophrener, von Kindern mit bipolarer familiärer Vorbelastung und von Kindern der Kontrollgruppe. Vor allem bei Kindern mit familiärer Schizophrenievorbelastung zeigten sich Defizite in der manuellen Geschicklichkeit und im Gleichgewicht sowie beim Zielen und Fangen im Vergleich zur Kontrollgruppe. Die Ergebnisse tragen zur Identifizierung früher Risikomarker bei schweren psychischen Erkrankungen bei, die sowohl in Kliniken als auch als Grundlage für künftige primärpräventive Interventionsstudien genutzt werden können.

Quelle: Burton BK et al. (2023) Impaired motor development in children with familial high risk of schizophrenia or bipolar disorder and the association with psychotic experiences: a 4-year Danish observational follow-up study. *Lancet Psychiatry* 10(2):108–118. doi:10.1016/S2215-0366(22)00402-3

## Daumen hoch für soziale Netzwerke

In einer britischen Studie wurden die Auswirkungen der Nutzung sozialer Medien auf die psychische Gesundheit und Entwicklung von 12.041 Jugendlichen untersucht. Neben der psychischen Gesundheit wurden auch Aspekte des Wohlbefindens und des sozialen Lebens analysiert. Ein Befund war, dass die entsprechende Zeit, die mit sozialen Medien verbracht wird, bei weiblichen Teilnehmerinnen mit Konzentrationsproblemen assoziiert sein kann. Es zeigte sich aber, dass andere Faktoren einen größeren Einfluss auf die psychische Gesundheit hatten, z. B. Mobbing, mangelnde Unterstützung durch die Familie und Unzufriedenheit in der Schule. Die Ergebnisse zeigen die komplexen Beziehungen zwischen der Nutzung sozialer Medien und wichtigen Entwicklungssystemen auf und unterstreichen die Notwendigkeit sozialpolitischer Initiativen, die die Resilienz fördern.

Quelle: Panayiotou M et al. (2023) Time spent on social media among the least influential factors in adolescent mental health: preliminary results from a panel network analysis. *Nature Mental Health* 1:316–326. doi:10.1038/s44220-023-00063-7



## Hormonatisches Risiko

Eine schwedische bevölkerungsbasierte Kohortenstudie mit Daten von über 260.000 Frauen hat den Zusammenhang zwischen der Einnahme von oralen Kontrazeptiva und Depressionen untersucht. Demnach ist insbesondere in den ersten zwei Jahren der Einnahme das Risiko um 71 % erhöht gegenüber Frauen, die keine Kontrazeptiva einnahmen. Je früher im Leben die Einnahme begann, desto höher war die Depressionsrate im Vergleich zu Frauen, die nie „die Pille“ eingenommen haben. Jugendliche Anwenderinnen trugen zudem das höchste Risiko. Eine zusätzliche Geschwisteranalyse bestätigte einen kausalen Effekt der Kontrazeptiva auf das Risiko einer Depression. Die Ergebnisse unterstreichen die Wichtigkeit individueller Risiko-Nutzen-Bewertungen bei der Einnahme von Hormonpräparaten.

Quelle: Johanson T et al. (2023) Population-based cohort study of oral contraceptive use and risk of depression. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 32, e39, 1–8. doi:10.1017/S2045796023000525

## Inside DGPPN

Anknüpfend an die letzte Ausgabe stellen sich hier zwei weitere neue Vorstandsmitglieder vor: Andreas Bechdorf, der sich der Prävention und Frühbehandlung verschrieben hat, und Sylvia Claus, die sich u. a. mit gesundheitspolitischen Fragestellungen wie Personalausstattung befasst. Beide sind zudem ausgewiesene Experten für innovative Versorgungsformen.

# 2 x 2

### Welchen Berufswunsch hatten Sie als Kind?

**SC:** Ich wollte Chirurgin werden, nachdem ich die Biografie von Professor Sauerbruch gelesen hatte. Ich liebte sie mir mit 14 Jahren aus der katholischen Bibliothek aus, nachdem ich alle Jugendbücher schon ausgelesen hatte.

**AB:** Als kleiner Junge war ich fasziniert von großen LKWs und wollte gerne Abschleppwagenfahrer werden.

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

**SC:** Meine zweite Leidenschaft war die Altphilologie. Durch die Beschäftigung mit den Philosophen der Antike habe ich mich mit den Fragen des Menschseins auseinandergesetzt. Während meines PJs wurde mir klar, dass ich die mir wichtigen Themenfelder Dasein, Ethik und Werteorientierung mit der Medizin perfekt verbinden konnte.

**AB:** Während der Schulzeit habe ich mich für psychische Prozesse und das Leben in anderen Kulturkreisen interessiert und dachte schon zu Beginn des Medizinstudiums, dass ich Psychiater oder Entwicklungshelfer werden würde. Ersteres hat geklappt – vielleicht schaffe ich es ja auch noch in die Entwicklungszusammenarbeit.

### Was hat Sie dazu bewogen, im Vorstand der DGPPN aktiv zu werden?

**SC:** Seit 2015 engagiere ich mich in der Bundesdirektorenkonferenz; seit 2019 als Vorsitzende. Gesundheitspolitische Themen liegen mir sehr am Herzen und ich möchte dazu beitragen, die Versorgungslandschaft zu verbessern. Neben einer regen und breitgefächerten Forschungstätigkeit braucht es gute Bedingungen in allen Sektoren. Diese gemeinsam mit den Betroffenen und deren Angehörigen zu entwickeln und politisch zu vertreten, ist eine wichtige Aufgabe der DGPPN, und es ist für mich eine Ehre, daran mitzuarbeiten.

**AB:** Ich möchte noch mehr dazu beitragen, die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung stärker an den Wünschen der Betroffenen zu orientieren und die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Versorgungs- und Psychotherapieforschung in die Praxis umzusetzen.

### Wo sehen Sie derzeit die größte Herausforderung bezogen auf die Versorgung?

**SC:** Seit den 1970er Jahren ist bekannt, dass Kliniken gut qualifiziertes und ausreichend Personal benötigen. Gleiches gilt auch für Niedergelassene. Betroffene brauchen stabile therapeu-

tische Beziehungen und dafür ist Zeit erforderlich. Ich sehe mit Sorge, dass viele Menschen monatelang auf eine ambulante Versorgung warten müssen. Gleichzeitig sind die Kollegen in den Kliniken und Praxen stark gefordert und zeitweise erschöpft. Deshalb ist ein kluger Umgang mit dem Fachkräftemangel unumgänglich.

**AB:** Die vier größten Herausforderungen sind die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen, das fragmentierte Versorgungssystem, der Fachkräftemangel und die Bürokratisierung.

### Von welchen neuen Methoden oder Angeboten erhoffen Sie sich die besten Effekte für die Versorgung?

**SC:** Wir brauchen deutlich mehr *Stepped-care*-Angebote, eine Entbürokratisierung und Ausweitung von am Bedarf der Patienten orientierten sektorenübergreifenden Versorgungsmodellen, wie sie die Modellvorhaben nach § 64b darstellen. Ich erhoffe mir von digitalen Anwendungen und Selbsthilfetools eine gute Unterstützung für leicht Erkrankte und die Fokussierung sehr gut qualifizierter Fachkräfte auf die Gruppe der Schwerekranken (SMI-Patienten). Die zukünftigen approbierten

Psychologischen Psychotherapeuten unterstützen dabei im Schwerpunkt Menschen mit Psychosen, mit Suchterkrankungen, ältere Menschen und diejenigen mit ausschließlich schweren chronifizierten affektiven Störungen.

**AB:** Oh, da gibt es sehr vieles, was gut wirksam ist, was wir aber leider nicht anbieten (können). Die Liste beginnt bei der Etablierung von niederschweligen und präventiven Angeboten für junge Menschen mit ersten psychischen Symptomen über intensiv aufsuchende Behandlung für schwer psychisch Erkrankte bis hin zu Job- und Schulcoaching nach dem *Individual Placement and Support*-Modell (IPS). Sehr dringend ist die Implementierung evidenzbasierter Psychotherapie für Menschen mit schweren psychischen Störungen in die Regelversorgung. Mehr Peer-Interventionen, mehr Globalbudget nach § 64b, mehr digitale Interventionen – es ist sehr viel zu tun!

### Angenommen, Sie hätten einen Wunsch beim Gesundheitsminister frei ...

**SC:** Dann würde ich mir 8000 neue Studienplätze für Medizinstudierende und davon eine Quote zur Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen wünschen.

**AB:** Ich würde mir ein regionales Globalbudget unter Einbezug der Niedergelassenen und niederschwelliger Präventionsangebote wünschen.

### Um psychischen Erkrankungen bestmöglich entgegenzuwirken, ...

**SC:** ... braucht es komplexe, am Bedarf des Einzelnen ausgerichtete sektoren- und rechtskreisübergreifende regionale Versorgungsmodelle unter Einbezug aller relevanten Akteure im Sinne des *Trialogs*.

**AB:** ... müssten wir große Antistigma-Kampagnen in der Allgemeinbevölkerung, an Schulen und am Arbeitsplatz finanzieren können und die oben beschriebenen Interventionen flächendeckend einführen können.

### Warum sollte sich der Medizinnachwuchs für die Disziplin entscheiden?

**SC:** Das Fach ist unglaublich spannend und facettenreich: die große Nähe zu den Neurowissenschaften, die komplexen pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten, aber auch die biografische Einzelarbeit, zentrale ethische und juristische Fragestellungen, die Begegnung auf Augenhöhe mit Betroffenen und Angehörigen. Das alles macht unser Fach einzigartig, ganzheitlich und ermöglicht jungen Menschen eine sinnstiftende Tätigkeit.

**AB:** Psychiatrie und Psychotherapie berühren die Grundfragen des Menschseins. Außerdem können wir die Betroffenen im Gegensatz zu vielen Bereichen der somatischen Medizin gut kennenlernen und im wahrsten Sinne des Wortes ganzheitlich behandeln.

### Wie ist die typische Reaktion, wenn Sie in einer Runde Ihren Beruf erwähnen?

**SC:** „Du kannst mir bestimmt in den Kopf gucken und analysierst mich.“ (Was in meiner Freizeit wirklich nicht der Fall ist und mich auch langweilen würde.)

**AB:** Oft eine gewisse Vorsicht oder Verunsicherung, aus Sorge, durchschaut zu werden. (Klappt nicht so gut, wie viele denken. Das muss aber unter uns bleiben.)

### Würden Sie sich wieder für diesen Beruf entscheiden?

**SC:** Jederzeit!

**AB:** Ja, auf jeden Fall.

## SHORTCUTS

1. Frühaufsteher oder nachaktiv?
2. Action oder Achtsamkeit?
3. Exotisch oder gutbürgerlich?
4. Strand oder Schnee?
5. Podcast oder Serie?



Sylvia Claus

1. Nachaktiv, aber so richtig!
2. Beides, ich bin aber ein ziemlicher „Wusel“.
3. Eindeutig exotisch, ich liebe Asien!
4. Keines von beidem; eher Fahrrad und See
5. Das und Hörbücher auf Autofahrten



Andreas Bechdorf

1. Frühaufsteher, wenn es abends nicht zu spät wird
2. Achtsame Action
3. Gerne mehr exotisch
4. Schnee
5. Podcast, z. B. „Wohlstand für Alle“

# Wissen schaffen

## Wie attraktiv ist die FA-Weiterbildung?

Junge Ärztinnen und Ärzte legen großen Wert auf gute Arbeitsbedingungen. Schon seit Jahren gibt es fächerübergreifend Forderungen an die Politik, an Ärztekammern und Klinikleitungen, die Arbeits- und auch die Weiterbildungsbedingungen für Assistentinnen und Assistenten zu verbessern. Auch in der Psychiatrie häufen sich von Seiten des Nachwuchses die Rufe nach Veränderung.

Eine Verbesserung der Situation liegt nicht nur im Interesse der betroffenen Ärztinnen und Ärzte selbst: Der Fachkräftemangel ist längst auch in der Psychiatrie angekommen. Wenn der Beruf nicht attraktiver wird, werden sich absehbar immer weniger junge Menschen für die aufwändige und anspruchsvolle Weiterbildung im Fach „Psychiatrie und Psychotherapie“ entscheiden. Die hochqualifizierte, ganzheitliche Versorgung insbesondere der komplex und schwer erkrankten Patientinnen und Patienten ist somit in Gefahr.

Eine Ursache für die zunehmenden Personalprobleme liegt darin, dass der psychiatrische Nachwuchs die altersbedingten Verluste der geburtenstarken Jahrgänge nicht kompensieren kann. So gehören die ambulanten psychiatrischen Praxen bundesweit zu denen mit den meisten offenen Niederlassungsmöglichkeiten. Auch für psychiatrische Kliniken ist es seit Jahren extrem schwer, ärztlichen Nachwuchs zu gewinnen und zu halten. Umfragen in anderen Fachdisziplinen und anderen Ländern deuten darauf hin, dass junge Ärztinnen und Ärzte auf schlechte Arbeitsbedingungen mit einer Abkehr von der Fachdisziplin oder gar der Patientenversorgung generell sowie einer Abwanderung ins Ausland reagieren. Die Weiterbildung im Fach „Psychiatrie und Psychotherapie“ birgt im Unterschied zu den meisten anderen Fachdisziplinen einige spezifische Herausforderungen.

Vor allem Theorie, Selbsterfahrung, Fallbesprechungen, Supervision und die ambulanten Behandlungen im Rahmen des psychotherapeutischen Weiterbildungssteils erfordern einen hohen zeitlichen und organisatorischen Aufwand und müssen häufig abends und am Wochenende ohne Kompensation absolviert werden.

Um einen besseren Überblick über die Bedingungen der Facharztweiterbildung im Fach „Psychiatrie und Psychotherapie“ zu erhalten, hat die Nachwuchsinitiative der DGPPN, die *Generation PSY*, eine Online-Umfrage unter Weiterbildungsassistenten und jungen Fachärztinnen und Fachärzten initiiert. Darin werden Rahmenbedingungen der Weiterbildung wie z. B. Überstunden, Dienste, interne Fortbildungsangebote, finanzielle Zuschüsse für externe Bestandteile, regelmäßige Weiterbildungsgespräche, Vereinbarkeit von Familie und Beruf sowie verschiedene Aspekte der Zufriedenheit mit der Weiterbildung erfasst.

Ein besonderes Augenmerk wird auf Erfahrungen der Teilnehmenden mit dem Rotationsjahr gelegt, da die Frage, ob die obligatorische Rotation in die Neurologie beibehalten werden soll, immer wieder kontrovers diskutiert wird. Im letzten Jahr hatte eine kleinere Umfrage zu dem Thema ergeben, dass sich viele Assistentinnen und Assistenten sowie junge Fachärztinnen und Fachärzte mehrheitlich für die Beibehaltung des Rotationsjahres aussprechen, sich aber bessere Rahmenbedingungen wünschen. Die aktuelle Umfrage soll klären, an welchen Punkten angesetzt werden muss.

Die Ergebnisse der Weiterbildungsumfrage werden derzeit mit den Ergebnissen vorangegangener Umfragen der DGPPN zum Thema verglichen, um die weitere Befassung auf eine breite Basis zu stellen.

## Welche Rolle spielen Sicherheitsdienste in der Psychiatrie?

In vielen Krankenhäusern werden Tätigkeiten wie Eingangskontrollen oder der Geländeschutz von Sicherheitsdiensten übernommen. Auch in psychiatrischen Kliniken. Aber spätestens, wenn die Aufgabenbereiche der eingesetzten Dienste darüber hinausgehen, sie beispielsweise bei Aufnahmegesprächen anwesend sind oder in Krisensituationen eingreifen sollen, stellen sich viele Fragen.

Es ist bislang nur wenig darüber bekannt, wie viele Kliniken Sicherheitsdienste in welchem Rahmen und unter welchen Bedingungen einsetzen und mit welchen Aufgaben sie sie betrauen. Eine Arbeitsgruppe der DGPPN hat deshalb in Kooperation mit dem *Verein der Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie und Psychotherapie* (LIPPs) und der *Bundesdirektorenkonferenz e. V.* (BDK) eine Umfrage durchgeführt.

Befragt wurden Chefärztinnen und Chefärzte deutscher psychiatrischer Krankenhäuser und Kliniken. Sie beantworteten u. a. Fragen dazu, ob und wenn ja, in welchen Bereichen der Klinik ein Sicherheitsdienst eingesetzt wird. Auch nach seinen Aufgaben wurde gefragt: Wirkt der Sicherheitsdienst auch in medizinischen Notfallsituationen mit? Ist er in Zwangsmaßnahmen involviert? Zusätzlich wurden auch dienstrechtliche Aspekte erhoben und danach gefragt, inwiefern die Beschäftigten der Sicherheitsdienste für den Umgang mit psychisch Erkrankten geschult sind.

Die Ergebnisse der Umfrage werden auf dem Kongress vorgestellt. Dann wird erstmalig eine Datenbasis für weitere Diskussionen und Forschungen zur Verfügung stehen.

## Wer bleibt wie lang in geschlossenen Heimen?

Laut Bundesteilhabegesetz und UN-BRK haben Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen das Recht, ihren Aufenthaltsort selbst zu wählen. Entsprechend sollten sie nach Möglichkeit nicht gegen ihren Willen in Wohnheimen für Menschen mit Behinderungen, den so genannten „besonderen Wohnformen“, leben müssen. Auch die Unterbringung in geschlossenen Heimen sollte so weit wie möglich reduziert werden. Trotzdem sind derzeit schätzungsweise 60.000 Menschen in Wohnheimen, 6000 davon in geschlossenen Einrichtungen untergebracht.

Eine Task-Force der DGPPN hat sich von 2019 bis 2021 mit dem Thema „Geschlossene Heime“ auseinandergesetzt. Ihre Ergebnisse zeigen, dass insbesondere psychiatrische Kliniken häufig einen Mangel an geschlossenen Heimplätzen in der Region beklagen. Mehr als zwei Drittel der in Heimen untergebrachten Personen wurden direkt aus einer Klinik vermittelt. Häufig waren sie dort vorher schon sehr lange in stationärer Behandlung. Über diese so genannten „Langlieger“, d. h. Patienten, die mehr als sechs Monate in stationärer Behandlung waren, weiß die Forschung noch relativ wenig. Woran leiden Sie? Warum werden sie nicht entlassen? Um diese Fragen zu beantworten, hat die DGPPN in Kooperation mit dem *Arbeitskreis der ChefärzteInnen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern* (ackpa), BDK und LIPPs eine Umfrage durchgeführt. Erfragt wurden Charakteristika der Versorgungsregion, Merkmale der Klinik sowie Gründe für die Nichtentlassung.

Die Ergebnisse werden beim Kongress vorgestellt. Sie sollen dabei helfen, gemeinsam mit der Politik passgenaue Angebote in der Region zu etablieren.

Generation  
**PSY**

**EMDR hat nichts  
mit Trance zu tun.**

## Nachwuchs

# Nach Albtraum kommt Trauma

Gewalttaten, Unfälle, Krieg oder Naturkatastrophen – extreme Erlebnisse können völlig verstören. Wenn Flashbacks belastende Gefühle in hoher Dosis zurückbringen, helfen Psychiaterinnen und Psychiater dabei, dass das Trauma abklingen und der Alltagsrhythmus wieder einsetzen kann. Zum Beispiel mit der Psychotherapie-Methode EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*): Zentrales Element der EMDR-Therapie sind die geleiteten Augenbewegungen – auch bilaterale Stimulation genannt. Dabei folgen die Betroffenen mit den Augen den nach rechts und links geführten Fingern der Behandelnden. Die Augenbewegungen sind mit denen im REM-Schlaf vergleichbar – der Schlafphase, in der die Geschehnisse des Tages verarbeitet werden.

Es geht also nicht um Happy Pills oder elektronische Beats. Und auch nicht um einen hypnotischen Zustand, denn EMDR induziert keine Trance.

Aber nochmal zurück auf Anfang: Wie genau entsteht eigentlich eine Traumafolgestörung? Welche verschiedenen Faktoren können die Schwere dieser Erkrankung beeinflussen? Und was können Menschen, die von Traumafolgen betroffen sind, unternehmen, um ihre belastenden Flashbacks Schritt für Schritt hinter sich zu lassen? Auch für die Angehörigen ist es wichtig zu wissen, wie sie in dieser schwierigen Situation unterstützend tätig sein können. Im Interview klärt Ingo Schäfer, Experte und „Trauma-Fänger“ vom Universitätsklinikum Eppendorf (UKE), umfassend über die Ursachen von Traumafolgestörungen, bewährte Behandlungsstrategien und den aktuellen Stand der Forschung auf. Zudem bietet der Lexikonartikel einen Überblick zu Zahlen, Daten und Fakten. Die Kampagne geht in den nächsten Wochen online auf [generation-psy.de](http://generation-psy.de). Parallel machen sich dann die bunten Poster und Plakate auf die Reise an die Unis und Kliniken.

### ■ Vier Tage Psychiatrie pur

Wer in die Welt der spannendsten medizinischen Disziplin eintauchen möchte, darf den DGPPN Kongress Ende November nicht verpassen. In Berlin treffen sich vom 29.11. bis zum 02.12. nicht nur erfahrene Expertinnen und Experten aus dem Fach, sondern auch Medizinstudierende, PJler und Assistenzärztinnen und -ärzte. Die Generation PSY hat ein abwechslungsreiches Programm zusammengestellt, das speziell auf Nachwuchskräfte zugeschnitten ist und Gelegenheit bietet, tiefgehendes Wissen über aktuelle Diagnoseverfahren und innovative Behandlungsmethoden bei Erkrankungen wie Schizophrenie, bipolaren Störungen, Persönlichkeitsstörungen, Depression und Angst zu erlangen. Kurzum: Die gesamte Bandbreite des Berufs wird abgedeckt. Rund 20 interaktive Formate wie Workshops, Symposien, Meet-the-Expert-Runden, Lectures und Diskussionsforen sorgen für echte Aha-Effekte. Vor allem beim Kongress-Speeddating geht es um all das, was man zum Berufsalltag im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie wissen muss. Die Anmeldung zum Kongress erfolgt über die Website [dgppnkongress.de](http://dgppnkongress.de). Fragen Stellen, Einblicke in die Praxis Erhalten, sich mit den Koryphäen direkt austauschen – alles mit drin.

### Kongress-Speeddating der Generation PSY

29. November 2023 | 17:15–18:45 Uhr | Raum M1



Von gestern für heute

# Unsichtbare Wunden – das Erbe der DDR

Das Herzstück einer engagierten Forschungsinitiative der Universitäten Jena, Magdeburg, Rostock und Leipzig bildet die tiefgreifende Untersuchung der langanhaltenden gesundheitlichen Auswirkungen des SED-Unrechts. Das Projekt widmet sich der Erforschung und Analyse der Folgen durch die politische Repression in der DDR.



1946 gegründet, prägte die SED, die aus der Zwangsvereinigung von SPD und KPD hervorging, maßgeblich das politische, wirtschaftliche und gesellschaftliche Leben in der DDR. Ihre Ideologie und die enge Anbindung an die Sowjetunion führten zu einer autoritären Ein-Parteien-Diktatur, die politische Repression und eine kontrollierte Gesellschaft zur Folge hatte. Die sowjetische Besatzungsmacht sicherte sich ihre Loyalität, indem sie die SED aktiv darin unterstützte, politische Gegner auszuschalten und damit ihre Macht zu festigen. Da andere Parteien und Organisationen unter der Herrschaft der SED entweder verboten oder untergeordnet wurden, kam es zu einer Monopolisierung der politischen Landschaft in der DDR. Wichtige Führungsfiguren der Staatspartei waren unter anderem Walter Ulbricht, Erich Honecker und Erich Mielke, die einen besonders harten Kurs gegen politische Gegner und Abweichler verfolgten. Die Partei nutzte das Ministerium für Staatssicherheit (Stasi) als Instrument

der Unterdrückung, Überwachung und Kontrolle, um jegliche Form von Opposition und individueller Freiheit zu unterdrücken. Die gesamte Staatsführung lag damit in den Händen der SED, und die Bürger hatten wenig bis gar keine politische Mitsprache. Wahlen wurden manipuliert und dienten lediglich zur Bestätigung der Parteilinie. Die Partei kontrollierte auch den gesamten Medienapparat und nutzte ihn zur Verbreitung von Propaganda und zur Ideologisierung der Bevölkerung. Dissidenten und Kritiker wurden als Feinde des Staates betrachtet und mit harten Strafen belegt, einschließlich Inhaftierung und politischer Verfolgung.

Ähnlich wie in den machtpolitischen Strukturen, wurde auch das Rechtssystem der DDR maßgeblich vom Führungsanspruch der Partei geprägt. Die Menschenrechtsverletzungen, die Unzufriedenheit mit der politischen Unterdrückung und die wirtschaftlichen Probleme führten zu wachsender

Unzufriedenheit und zu Protesten in der Bevölkerung. In den 1980er Jahren begann die SED zunehmend, ihre Legitimität zu verlieren. Die Perestroika-Politik von Michail Gorbatschow in der Sowjetunion verstärkte den Druck auf die SED, politische Reformen einzuleiten. Im Herbst 1989 erreichten die Demonstrationen gegen das Regime ihren Höhepunkt, und die SED verlor ihre Kontrolle über die politischen Entwicklungen in der DDR. Am 9. November 1989 fiel schließlich die Berliner Mauer, was den Weg zur deutschen Wiedervereinigung ebnete. Die ersten freien Wahlen zur Volkskammer im März 1990 brachten das Ende der Partei: Sie erlitt eine schwere Niederlage und verlor ihre politische Macht.

### Unsichtbare Wunden

Über dreißig Jahre nach der friedlichen Revolution in der DDR und der Wiedervereinigung scheint das staatliche Unrecht, dem bestimmte Personengruppen in der ostdeutschen

Republik ausgesetzt waren, allmählich zum historischen Thema zu werden. Tatsächlich leiden Überlebende von SED-Unrecht aber bis heute unter teilweise schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen, die insbesondere die psychiatrische, psychosomatische und psychotherapeutische Versorgung vor Herausforderungen stellen. Ein Forschungsverbund der Universitäten Jena, Magdeburg, Rostock und Leipzig, der vom Beauftragten der Bundesregierung für Ostdeutschland gefördert wird, untersucht nun diese gesundheitlichen Langzeitfolgen.

Dabei nimmt das Projekt eine umfassende Perspektive ein, die sowohl die Spätfolgen der Unrechtserfahrungen während der Zeit der DDR als auch mögliche Schädigungen durch den Umgang mit diesen Erfahrungen nach der Wende berücksichtigt. Die Universitäten haben die Forschungsbereiche unter sich aufgeteilt.

**Standort Jena:** organisierte Gewalt in der DDR, grundlagenwissenschaftliche Untersuchung von psycho-biologischen Folgen, curriculare Weiterbildung für die Fallarbeit in Professionen, die sich mit ehemals Verfolgten befassen.

**Standort Magdeburg:** psychosoziale Beratungspraxis, Retraumatisierung durch inadäquate Beratungspraxis, Spätfolgen von durch Hepatitis C kontaminierte Anti-D-Prophylaxe.

**Standort Rostock** fokussiert zwei Opfergruppen: Betroffene von Zersetzungsmassnahmen sowie ehemalige Leistungssportler und -sportlerinnen, die als Minderjährige Opfer von Zwangs doping geworden sind.

**Standort Leipzig:** Opfer von SED-Unrecht und ihre oft bis heute anhaltenden Stigmatisierungsprozesse, aufgeteilt in drei Perspektiven: subjektive

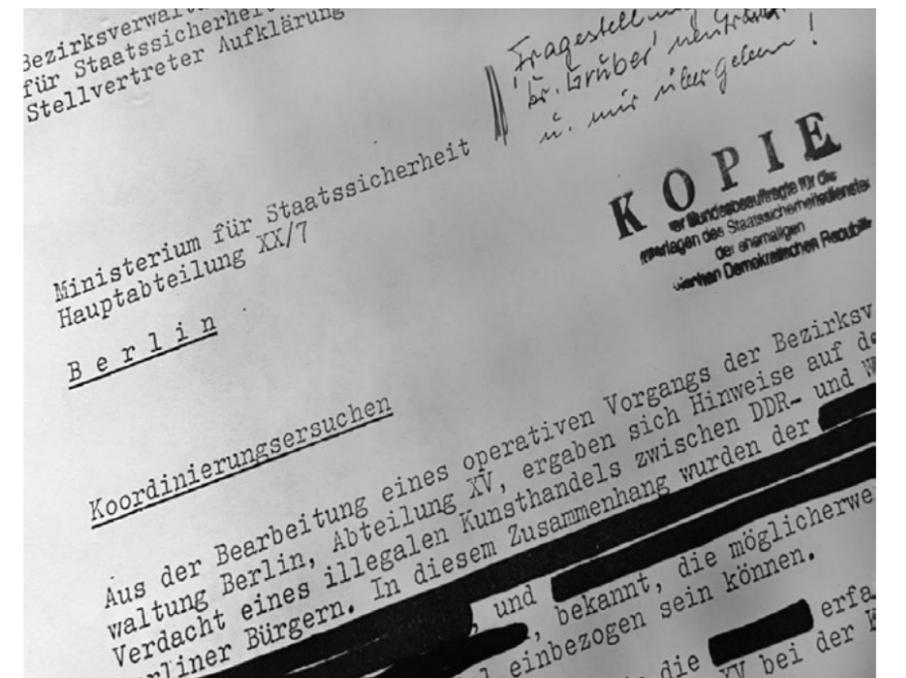
Stigmatisierungserfahrungen der Betroffenen, Haltungen von Behandelnden im Gesundheitssystem, Haltungen der Allgemeinbevölkerung.

### Politische Haft

Von Menschen verursachte, mehrfach und langfristig anhaltende Traumatisierungen werden auch als interpersonelle Typ-II-Traumatisierungen bezeichnet; politische Haftenerfahrungen gehören zu diesen traumatisierenden Ereignissen, die besonders schwere Folgeschäden verursachen können. Studien gehen von mindestens 100.000 Personen aus, bei denen infolge von SED-Unrecht eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder andere psychische Störungen vorliegen. Dabei nimmt durch politische Inhaftierung nicht nur die Wahrscheinlichkeit einer vorliegenden PTBS zu, sondern es steigt auch die Häufigkeit von affektiven, somatoformen, Angst- und phobischen Störungen. Psychische Erkrankungen als Traumafolge-

störungen können auch nach einer Latenz von mehreren Jahren auftreten, was vor allem bei der Begutachtung gesundheitlicher Folgeschäden von Bedeutung ist.

Für Menschen, die vor vielen Jahren in Haftanstalten, aber auch in Kinderheimen traumatisiert wurden, treten gerade im höheren Lebensalter oft neue Probleme auf: Krankenhauseinweisungen oder ein Aufenthalt im Pflegeheim können als massiv retraumatisierend erlebt werden, weil das Alltagsleben in einer Institution Erinnerungen an die Haft wachruft. Auch Arztbesuche können etwa durch die Situation, sich für eine Untersuchung entkleiden zu müssen, massives Angst- und Erinnerungserleben auslösen (*Flashbacks*). Oft fällt es den Betroffenen aber schwer, diese Ängste zu kommunizieren, ihr Verhalten wird deshalb als unkooperativ oder querulatorisch eingeordnet, und oft wird die Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe, so gut es irgend geht, vermieden.



### „Zersetzung“

Das *Ministerium für Staatssicherheit* (MfS), ein Geheimdienst und eine Geheimpolizei ohne verfassungsrechtliche oder mediale Aufsicht, überwachte mit offiziellen und *inoffiziellen Mitarbeitenden* (IM) die Bevölkerung und trat repressiv gegen oppositionelle Gruppen und Einzelpersonen auf. Seit Beginn der 1970er Jahre erhöhten sich indirekte Formen der Repression wie Einschüchterung, Kontaktverbote oder auch das Bedrohen von Familienmitgliedern. Es kam zunehmend zu nicht-strafrechtlichen Repressionen bis hin zur „Zersetzung“. Die angewendeten Maßnahmen umfassten u. a. die Diskreditierung des öffentlichen Rufes, die Verursachung von Misserfolgen in der Arbeitswelt und im sozialen Umfeld, das Verfassen anonymer Briefe oder Anrufe sowie stetige Vorladungen in Regierungsbüros oder zu anderen Autoritäten. Ziel wurden Personen sowohl innerhalb als auch außerhalb der DDR-Landesgrenzen, die vom Ministerium für Staatssicherheit als „feindlich-negativ“ eingestuft wurden (Richtlinie Nr. 1/76 des MfS, 1976). Dazu gehörten kritische Kunstkreise, Kirchengruppen, Ausreisestellende, Republikflüchtlinge und gesellschaftliche Bewegungen, wie die Friedens- oder Umweltbewegungen, sowie im weitesten Sinne als politisch oppositionell eingestufte Bürgerinnen und Bürger. Zersetzungsmaßnahmen sollten das Selbstwertgefühl und das Selbstvertrauen untergraben, Angst, Panik und Verwirrung erzeugen, einen möglichen Verlust an Liebe und Geborgenheit hervorrufen sowie Enttäuschungen schüren [1, 2].

Charakteristisch waren das Entfachen von Unsicherheit und Scham, Ich-Bedrohung, Unberechenbarkeit und ein Machtungleichgewicht zwischen

Täter bzw. Täterin und Opfer. Damit weist auch die nicht-strafrechtliche Repression in der ostdeutschen Republik Attribute der interpersonellen *Typ-II-Traumatisierung* auf, die besonders risikoreich für die Entwicklung von psychischen und physiologischen Langzeitfolgen ist.

### Staatliches Doping

Die Dopingpraxis wurde in der DDR mit zunehmendem politischen Interesse systematisiert; ab 1974 war Doping schließlich Staatssache und wurde von der SED angeordnet, kontrolliert und flächendeckend eingesetzt. Das *Staatsplanthema 14.25*, integriert in dem Plan zum sogenannten *Sportkomplex (Komplex 08)* sowie die gegründete *Arbeitsgruppe Unterstützende Mittel (AG UM)* bildeten die Grundlage zur Durchsetzung eines konspirativen Dopingprogramms. Ausgeklügelte wissenschaftlich beforschte Trainingsmethoden und -gerätschaften sowie der vereinzelte Einsatz verschiedener

Dopingpräparate reichten nicht mehr aus, um international den Anschluss in bestimmten Sportdisziplinen zu halten und das Weltniveau aktiv mitzubestimmen. Zeitgleich bedrohten die zunehmenden Möglichkeiten der Nachweisbarkeit von Dopingmitteln und die damit einsetzenden, unabhängigen Dopingkontrollen bei besonders wichtigen Wettkämpfen die internationale Akzeptanz der DDR. Die Angst vor Aufdeckung wurde führende Kraft in der zwingend notwendigen Geheimhaltung und Überwachung der Dopingforschung und -anwendung. Statt dem Doping, wie es nach außen hin vermittelt wurde, abzuschwören, wurden sämtliche Mittel und Kräfte gebündelt, um ein kooperierendes System von einer Vielzahl an Funktionären aufzubauen, die sich verstärkt mit der Leistungssteigerung mit (fast) allen Mitteln sowie mit dem Versuch, die Dopingkontrollen zu unterlaufen, befassten.

Bisherige Arbeiten zum DDR-Leistungssport weisen darauf hin, dass die



aus dem Staatsdoping resultierenden körperlichen, psychischen und sozialen Schäden komplex und tiefgreifend sind. Schädigungen, welche in einem direkten zeitlichen Zusammenhang mit der Einnahme von Dopingsubstanzen auftraten, wurden bereits in zeitgenössischen Berichten des MfS dokumentiert.

### Anhaltende Stigmatisierung

Im Kontext der DDR-Forschung wird zwar von einer „politisch gewollten Stigmatisierung“ gesprochen, insgesamt haben Stigmatisierungsprozesse in der Forschung zu politischer Verfolgung bisher aber kaum Berücksichtigung gefunden. Tatsächlich war die bewusste soziale Ausgrenzung von Oppositionellen, die etwa als „Asoziale“ gebrandmarkt wurden, Teil der staatlichen Repression. Dabei wurden Menschen bewusst mit negativen Stereotypen in Verbindung gebracht, gezielt Vorurteilen ausgesetzt, vielfach diskriminiert, und sie erlitten teilweise einen erheblichen Statusverlust. Möglicherweise sind diese Stigmatisierungsprozesse immer noch wirksam. Zum einen kann eine Biografie mit Hafterfahrungen oder gescheiterten Bildungsverläufen an sich stigmatisierend wirken. Spezifisch kann aber auch die Entscheidung, sich oppositionell verhalten zu haben, zur Stigmatisie-

rung führen: Da theoretisch eine Wahl zwischen der normativen Anpassung an das politische System und dessen Ablehnung bestand, können Betroffene von Verfolgung durch das DDR-Regime aufgrund ihres Verhaltens selbst für ihr Schicksal verantwortlich gemacht werden. Schuldzuweisungen sind ein häufiger Mechanismus der Stigmatisierung, etwa bei Substanzgebrauchsstörungen. Das Forschungsprojekt in Leipzig geht der Frage nach, ob solche stigmatisierenden Haltungen existieren, ob sie bei Menschen häufiger sind, die selbst in der Deutschen Demokratischen Republik gelebt haben, und ob sie mit der Behandlung von gesundheitlichen SED-Unrechtsfolgen interferieren.

Unter Therapeuten und Therapeutinnen ist das Wissen um die langfristigen Gesundheitsfolgen von SED-Unrecht mutmaßlich gering. Für Betroffene ist die Gefahr groß, als querulatorisch oder paranoid abgestempelt zu werden, wenn Wissen über das erlittene Unrecht, aber auch um die Schwierigkeiten bei der Beantragung von Renten und Entschädigung fehlt. Denn auch das Begutachtungsverfahren, welches durchlaufen werden muss, um eine Entschädigung für das erlittene Unrecht zu erhalten, ist lang, kompliziert und läuft Gefahr, Unrechterfahrungen in der Auseinandersetzung mit einem

als übermächtig empfundenen Staat und dessen Bediensteten zu re-aktualisieren. Ziel des Projekts ist es deshalb, ein Curriculum zu entwickeln, das Menschen in der Beratungs- und Begutachtungspraxis, aber auch Psychiaterinnen und Psychiater sowie Psychotherapeuten und Therapeutinnen für die Langzeitfolgen von SED-Unrecht sensibilisiert und hilft, Unverständnis, fehlendes Wissen und anhaltende Stigmatisierungsprozesse abzubauen.

### Literatur

- 1 Pingel-Schliemann S (2002) Zersetzen. Strategie einer Diktatur. Robert-Havemann-Gesellschaft, Berlin
- 2 Behnke K, Fuchs J (2013) Zersetzung der Seele: Psychologie und Psychiatrie im Dienste der Stasi. CEP Europäische Verlagsanstalt, Hamburg

### Autor

**Prof. Dr. med. Georg Schomerus** ist seit 2019 Professor an der Universität Leipzig und Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Leipzig. Seine klinische und wissenschaftliche Arbeit zeichnet sich durch eine soziale Perspektive auf Psychiatrie aus. Ein besonderer Forschungsschwerpunkt liegt auf den Ursachen und Auswirkungen der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

### DGPPN Kongress 2023

Symposium | Anhaltende gesundheitliche Folgen von SED-Unrecht  
01.12.2023 | 13:30–15:00 Uhr

### Über das Projekt

Im Forschungsverbund kooperieren das Institut für Psychosoziale Medizin, Psychotherapie und Psychoonkologie des Universitätsklinikums Jena (Prof. Dr. Bernhard Strauß), die Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Magdeburg (Prof. Dr. Jörg Frommer, Prof. Dr. Florian Junne), die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universitätsmedizin Rostock (Prof. Dr. Carsten Spitzer) und die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie des Universitätsklinikums Leipzig (Prof. Dr. Georg Schomerus) in insgesamt zwölf Forschungsprojekten, die unterschiedliche Aspekte der gesundheitlichen Langzeitfolgen verschiedener Betroffenen Gruppen von SED-Unrecht in den Mittelpunkt stellen.

# 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  
Andreas Meyer-Lindenberg  
(V.i.S.d.P.)

Registergericht:  
VR 26854 B, Amtsgericht  
Berlin-Charlottenburg

## Redaktion

*Psyche im Fokus* entsteht im Teamwork:  
Julie Holzhausen (Leitung)  
Isabelle Lork (Leitung und Koordination)  
Natalie Berger | Katja John | Sabine Müller |  
Julia Sander | Paula Schickanz |  
Michael Wassiliwizky | Robert Zeidler

## Layout und Reinzeichnung

Irene Pranter

## Auflage

10.000 Exemplare

## Erscheinungsdatum

Oktober 2023

## Design- und Gestaltungskonzept

wenkerottke.

## Schlusskorrektur

Heide Frey

## Druck

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

## ABBILDUNGEN

Titel: istockphoto/IgOrZh; S. 7: picture alliance/epd-bild | Rolf Zoellner; S. 8: Schnartendorff; S. 10 oben: unsplash/Ian Taylor, unten: Richard C. Wandel Photographs, The LGBT Community Center National History Archive; S. 13 oben: Nancy Tucker, courtesy Lesbian Herstory Archives, mitte: Kay Tobin @Manuscripts and Archives Division, The New York Public Library, unten: Kay Tobin @Manuscripts and Archives Division, The New York Public Library; S. 15 CURED.Poster: Story Center Films, LLC; S. 16–21: Claudia Burger; S. 24: Preussmedia/Shutterstock; S. 25: Antje Boetius: Esther Horvath, Thomas Insel: Penguin Random House, Eva Hoch: Sebastian Arlt, Robert v. Voren: Jonas Petronis; S. 26–27: John F. Cryan: Tomas Tyner: AVMS: UCC., S. Kittel-Schneider: Mondelli Würzburg, Pablo Hagemeyer: Christian Stadler, Thomas Fuchs: privat, Eckhart v. Hirschhausen: Dominik-Butzmann, Swantje Matthies: Stefan Schillinger, Manfred Lütz: Thomas Rabsch, Claudia Hornberg: Universität Bielefeld; S. 28: Claudia Burger; S. 30: Adobe Stock/Kubko; S. 37: Sylvia Claus: privat, Andreas Bechdolf: Florian von Ploetz; S. 42: picture alliance/SZ Photo | Rolf Zöllner; S. 45: Zersetzung AM: Anne Maltusch; S. 44 picture alliance/ZB | Ulrich Haessler; S. 46 picture alliance/Pressefoto Baumann;



## DGPPN

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

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

[dgppn.de](http://dgppn.de)

29.11.–02.12.2023

**DGPPN  
KONGRESS  
2023**

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

ISSN 2749-1056 (Print)  
ISSN 2749-2478 (Online)