

PSYCHE IM FOKUS



Das Magazin der DGPPN

Perspektive

Wohnungslose erreichen → **S. 8**

Verantwortung

Gewalt verhindern → **S. 22**

Standards

Leitlinien setzen → **S. 38**



Liebe Leserinnen und Leser,



psychische Gesundheit steht zunehmend im Zentrum gesellschaftlicher und politischer Debatten. Diese Ausgabe von *Psyche im Fokus* greift einige der Themen auf, die uns als Fachgesellschaft derzeit besonders beschäftigen: die zu befürchtende Zunahme an Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die Vielzahl von Reformvorhaben im Gesundheitssystem und sicherheitspolitische Diskussionen.

Gerade die Debatten um mögliche Verschärfungen einiger PsychK(H)Gs und die politisch gedachten vermeintlichen Lösungen zur Verhinderung von Gewalttaten machen deutlich, wie schnell psychische Erkrankungen in einen Kontext von Gefahr und Kontrolle gestellt werden (können). Unsere Fachgesellschaft wird daher nicht müde, immer wieder darauf hinzuweisen, dass eine frühzeitige und vernetzte Versorgung der wirksamste Weg ist, die gesellschaftliche Sicherheit zu stärken. Unser DGPPN-Hauptstadtsymposium widmete sich im März ausschließlich diesem Thema; und das DGPPN-Empfehlungspapier *Versorgung stärken, Gewalt verhindern* zeigt konkrete Möglichkeiten der Umsetzung auf. Die beiden Artikel hierzu finden Sie in der Rubrik *Gesellschaft*.

Besonders ans Herz legen möchte ich Ihnen das Interview mit Dr. Eva Fučík zur Versorgung wohnungsloser Menschen. Diese vulnerable Gruppe ist überdurchschnittlich häufig von psychischen Erkrankungen betroffen – und gleichzeitig erreichen wir sie mit unseren bestehenden Strukturen oft nicht. Das Gespräch zeigt, wie mit Engagement, Flexibilität und neuen Versorgungsansätzen auch diesen Menschen wirksame Behandlungsangebote gemacht werden können.

Darüber hinaus werfen die aktuellen gesundheitspolitischen Reformüberlegungen wichtige Fragen auf: Wie sichern wir den Zugang zur bedarfsgerechten Versorgung von Menschen mit psychischen Beschwerden und Erkrankungen? Wie gestalten wir Strukturen, die den Bedürfnissen psychisch erkrankter Menschen wirklich gerecht werden?

Diese Ausgabe lädt dazu ein, sich mit diesen Fragen auseinanderzusetzen, und zeigt, an welchen Stellen wir uns als Fachgesellschaft schon aktiv in den Diskurs einbringen. Denn eine gute psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung entsteht nicht von ungefähr – sie ist das Ergebnis klarer Haltung, fachlicher Expertise und gemeinsamer Verantwortung.

Ihre Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank – für den Vorstand der DGPPN
Präsidentin

THEMEN dieser Ausgabe

01 EDITORIAL

04 GESUNDHEITSPOLITIK

- Primäre Versorgungssteuerung
- Globale Budgets
- Länder in der Pflicht
- Vergessener Fortschritt



08 UNTER VIER AUGEN

Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank im Gespräch mit Eva Fučík

16 UNTER VIER AUGEN | FAKTEN

Wohnungslosigkeit in Deutschland



18 WISSENSCHAFT

Stigmaforschung



22 PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT

- Hauptstadtsymposium 2026
- Gesunde Sicherheitspolitik?!



28 DGPPN KONGRESS 2026

Profile und Weiterentwicklungen

31 MEDIATHEK

Mental Entertainment

32 MEDIENPREIS

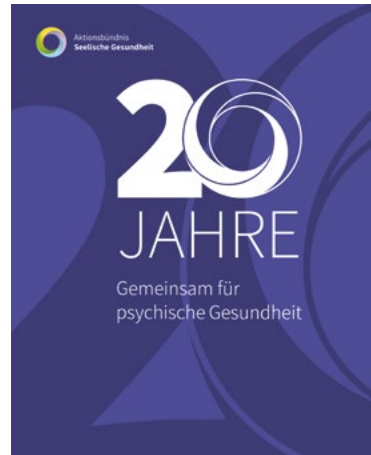
Das Recht auf Selbstbestimmung

36 **STUDIEN**
Merk-würdige Studienergebnisse

38 **LEITLINIEN**
Fünf DGPPN-Leitlinien setzen
Standards



42 **NACHWUCHS**
Facharztweiterbildung



46 **VON GESTERN FÜR HEUTE**
20 Jahre Aktionsbündnis
Seelische Gesundheit

52 **IMPRESSUM**

KALENDER

Wichtige Termine, die Sie sich gern schon vormerken dürfen.

Weitere aktuelle Veranstaltungen finden Sie auf der Website der DGPPN.

04.–06.06.2026

Kongress Psychiatrie im Spannungsfeld von Autonomie und Wohlergehen

Infos auf patientenautonomie-kongress.de

10.–20.10.2026

Woche der Seelischen Gesundheit 2026

Infos auf seelischegesundheit.net

25.–28.11.2026

DGPPN Kongress

Infos und Anmeldung auf dgppnkongress.de



Bitte beachten Sie, dass manche politische Entscheidung erst nach Redaktions- bzw. Produktionsschluss gefallen ist. Über das aktuelle Geschehen informieren wir auf dgppn.de sowie im Mitglieder-Newsletter.

Primäre Versorgungssteuerung

Die DGPPN begleitet die Debatte um eine Versorgungssteuerung im Gesundheitssystem intensiv seit der Veröffentlichung des Koalitionsvertrags im vergangenen Jahr. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat dazu nun einen Referentenentwurf angekündigt, erste Gespräche mit Fachgesellschaften und Verbänden laufen bereits.

In der Planung des BMG wird mittlerweile nicht mehr von einem Primärarztsystem, sondern von einem Primärversorgungssystem gesprochen. Dieses ist grundsätzlich dadurch gekennzeichnet, dass verschiedene Berufsgruppen gemeinsam die Gesundheit der Patientinnen und Patienten stabilisieren, verbessern und möglichst die Entwicklung von Erkrankungen verhindern. Der Zugang zur Versorgung wird also nicht durch eine Hausarztpraxis wie in einem reinen Primärarztsystem gesteuert.

Mit Blick auf Betroffene mit psychischen Erkrankungen darf ein Primärversorgungssystem keine neuen Zugangshürden schaffen. Zudem muss es auch diejenigen Menschen erreichen, die keinen Anschluss an eine Hausarztpraxis haben, etwa junge Menschen mit psychischer Ersterkrankung.

Auch darf ein solches System keine Schnittstellenprobleme erzeugen: Wer nach einem stationären Aufenthalt ambulant weiterbehandelt werden muss, sollte keinen Umweg über die hausärztliche Versorgung gehen müssen. Und letztlich darf die Versorgungssteuerung derzeit bestehende Schieflagen nicht verstärken. Das bedeutet konkret: Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen werden heute oft zu spät und nicht passgenau erreicht, auch wegen einer Fehlallokation von Ressourcen. Basierend auf diesen Prämissen spricht sich die DGPPN dafür aus, dass fachärztlich psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in einem Primärversorgungssystem direkt zugänglich bleiben muss.

Zugleich ist diese Kernforderung auch in die Überlegungen zur Digitalen Ersteinschätzung zu integrieren. Grundsätzlich muss gelten: Digitale Ersteinschätzungstools können bei der Hilfesuche unterstützen, dürfen aber den Zugang zum Versorgungssystem nie im Sinne einer Triage regeln. Zum Jahresbeginn 2026 hat die DGPPN dem BMG ihre

Eckpunkte für ein Digitales Ersteinschätzungstool mit vier Voraussetzungen vorgelegt: Niedrigschwelligkeit, frühe und ausreichende Erkennung psychischer Beschwerden/Störungen und Schweregradeinschätzung, bedarfsgerechte Steuerung und Datensicherheit sowie Schnittstellen.

Diese Voraussetzungen sind im Detail:

- Digitale Ersteinschätzungstools können ein Baustein in einem Primärversorgungssystem sein. Dazu ist jedoch zu gewährleisten, dass keine zusätzliche Barriere entsteht. Zudem erleben Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen oft digitale und analoge Teilhabebeeinträchtigungen, sodass immer auch andere Kontaktmöglichkeiten zum Hilfesystem bestehen müssen.
- Psychische Gesundheit und körperliche Gesundheit stehen in einem sich gegenseitig beeinflussenden Verhältnis. Für ein Ersteinschätzungstool ist es essenziell, neben somatischen Symptomen früh im Entscheidungsbaum nach psychischen Symptomen zu fragen.
- Das Ersteinschätzungstool muss differenzierte Empfehlungen für die Einsteuerung in das Versorgungssystem aussprechen und zwischen akuten psychiatrischen Notfällen und weniger kritischen Situationen unterscheiden, wobei psychiatrische Notfälle gleichwertig mit somatischen Notfällen erfasst werden müssen. Auch sollte die Möglichkeit eines direkten Zugangs zu Fachärzten für Psychiatrie in einem Primärversorgungssystem grundsätzlich erhalten bleiben.
- Gesundheitsdaten sind besonders schützenswerte Daten. Dies gilt umso mehr für Daten, die die psychische Gesundheit betreffen, da psychische, insbesondere schwere psychische Erkrankungen weiterhin stark stigmatisiert sind. Darüber hinaus sollte zumindest in der ersten Ausbaustufe des Tools keine Verwendung von Daten aus der elektronischen Patientenakte (ePA) vorgesehen werden.

Das BMG hat einen sehr ambitionierten Zeitplan vorgelegt. Bis Sommer 2026 soll ein Gesetzentwurf vorliegen, erste Auswirkungen des Primärversorgungssystems sollen laut BMG bereits 2028 spürbar sein. Die DGPPN wird den Prozess auch weiterhin konstruktiv begleiten.

Globale Budgets

Die aktuelle Gesundheitspolitik spart auch in diesem Jahr nicht an neuen Ideen: Abschaffung der telefonischen Krankschreibung, höhere Besteuerung von Alkohol, Tabak und Zucker, Primärversorgungssystem, kleines Sparpaket, großes Sparpaket. Der Reformdruck ist immens, denn die Gesetzlichen Krankenkassen erwarten ein Defizit von rund vier Mrd. Euro.

Die Bundesgesundheitsministerin Nina Warken rief daher im Herbst 2025 die *FinanzKommission Gesundheit* ins Leben. Die Kommission hat den Auftrag, Maßnahmen für eine dauerhafte Stabilisierung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung zu erarbeiten. Mit anderen Worten: eine Strukturreform des Gesundheitssystems. Im März wurde dazu ein erster Zwischenbericht veröffentlicht. Die Auswirkungen der vielen hierin veröffentlichten Vorschläge lassen sich derzeit noch nicht abschließend bewerten. Deutlich aber ist: Einige der Empfehlungen lassen eine Verschlechterung der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen erwarten. Die Rücknahme finanzieller Anreize für Kurzzeittherapien könnte dazu führen, dass diese ressourceneffiziente Behandlung seltener angeboten wird. Ebenso problematisch ist die geplante Streichung der Refinanzierung von Tarifsteigerungen für das Klinikpersonal. Dies würde den ohnehin bestehenden Fachkräftemangel weiter verschärfen und die Krankenhäuser zusätzlich unter Druck setzen. Die Empfehlung, Ausgaben zu sparen, indem Gelder für nicht besetzte Personalstellen zurückgezahlt werden müssen, ist nachvollziehbar – eine entsprechende Absenkung des Gesamtbudgets im Folgejahr dagegen kann eine Abwärtsspirale der Versorgungsqualität zur Folge haben.

Welche Rolle muss die Psychiatrie und kann die DGPPN dabei spielen? Ein Blick auf die Kostenentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung macht deutlich: eine große. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) führt in den Anfang März veröffentlichten vorläufigen Rechnungsergebnissen des Jahres 2025 aus, dass allein die Ausgaben für Krankenhausbehandlungen 2025 um 9,6 % bzw. 9,7 Mrd. Euro gegenüber 2024 gestiegen sind. Ursächlich dafür werden zum einen hohe Vergütungssteigerungen sowie die Refinanzierung bisher nicht abgebildeter Tarif-

kostensteigerungen aus dem Jahr 2024 angeführt. Zudem tragen die stark steigenden Aufwendungen für psychiatrische Behandlungen (11,7 % bzw. 1,2 Mrd. Euro) zum starken Ausgabenanstieg im Krankenhausbereich bei [1].

Globalbudgets als Chance

Mit der flächendeckenden Einführung von Globalbudgets hat die DGPPN eine mögliche Lösung – u. a. zur Kostensenkung – vermehrt in Stellungnahmen und politischen Gesprächen präsentiert. Da das Ende März vom Bundesrat verabschiedete Krankenhausreformenpassungsgesetz (KHAG) die psychiatrischen Kliniken ausspart, gibt es hier besonderen Reformbedarf.

Unter Globalbudgets werden Gesamtbudgets für psychiatrische Kliniken verstanden, die sowohl voll- als auch teilstationäre sowie ambulante Leistungen umfassen. Die Effekte solcher Globalbudgets sind aus Modellprojekten nach § 64b SGB V gut bekannt: Sie ermöglichen erstens eine bedarfsgerechte Behandlung. Die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten ist zugleich höher. Zweitens zeigen die Evaluationen auch deutliche Einspareffekte. Diese resultieren zum einen daraus, dass mehr Patientinnen und Patienten bei gleicher Budgethöhe behandelt werden können. Zum anderen konnte in einer Studie aus dem Jahr 2025 gezeigt werden, dass direkte Behandlungskosten in Kliniken mit Globalbudget signifikant geringer waren als in der Regelversorgung [2]. Schließlich tragen Globalbudgets durch ihren settingübergreifenden Ansatz zur Überwindung der fragmentierten psychiatrischen Versorgungslandschaft bei – sie haben demnach auch einen strukturellen Effekt.

Die DGPPN hat aus diesen Gründen der FinanzKommission Gesundheit die Einführung der Globalbudgets als Teil der Regelversorgung vorgeschlagen. Eine Forderung, die sich der GKV-Spitzenverband ebenfalls zu eigen gemacht hat. Gegenüber der FinanzKommission Gesundheit beziffert der Spitzenverband das so zu erzielende Einsparpotenzial mit jährlich 900 Mio. Euro.

Zu einer umfassenden Strukturreform gehört aber auch, ein größeres Augenmerk auf Prävention allgemein und auf Prävention psychischer Erkrankungen speziell zu legen.

Prävention und Früherkennung sind insbesondere in den Phasen von Adoleszenz und jungem Erwachsenenalter bedeutsam, denn 75 % aller psychischen Erkrankungen treten in dieser Lebensphase erstmals auf. Internationale Studien belegen zudem, dass durch Prävention von psychischen Erkrankungen Gesundheitskosten eingespart werden können.

Die DGPPN erwartet, dass der für Ende des Jahres angekündigte zweite Bericht der GKV-Finanzkommission den Fokus auf strukturelle Reformansätze legt und konkrete Vorschläge für eine zukunftsfähige Versorgung macht.

Der Bedarf an Reformen ist groß, Vorschläge liegen auf dem Tisch – es öffnet sich ein Möglichkeitsfenster für eine strukturelle Verbesserung der psychiatrischen Versorgung. Die DGPPN nutzt dies auch auf landespolitischer Ebene.

Literatur

- 1 Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit (2026) Finanzentwicklung der GKV im 1.–4. Quartal 2025. www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/
- 2 Pfennig A et al. (2025) Flexible, integrated, and person-centered psychiatric care through global treatment budgets: results of the multiperspective study PsychCare. link.springer.com/article/10.1007/s00115-025-01896-6

Länder in der Pflicht



Im März 2026 haben in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz Landtagswahlen stattgefunden. In beiden Bundesländern bringt die DGPPN nun ihre Forderungen für eine bessere Versorgung psychisch erkrankter Menschen in die Koalitionsverhandlungen ein.

Gesundheitspolitik ist ein ebenenübergreifendes Politikfeld, Regelungsvorhaben fallen sowohl in die Zuständigkeit des Bundes als auch in die der Länder; bestimmte Themen, wie zum Beispiel die stationäre Versorgung, unterliegen dabei der Kompetenz beider Ebenen. Die DGPPN hat sich daher auch schon in den vergangenen Jahren immer wieder in landespolitische Diskussionen eingebracht, hat Gesetzes-

novellen eng begleitet und stand mit ihrer Expertise Ministerien, Politikerinnen und Politikern beratend zur Verfügung. Dieses Engagement ist nun nochmals intensiviert worden. Neben den *Forderungen zur Bundestagswahl* hat die DGPPN konkrete *Forderungen zu den Landtagswahlen in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz* erarbeitet. Diese Forderungen basieren jeweils auf der ambulanten, stationären und universitären Expertise der DGPPN vor Ort.

Diese Intensivierung des politischen Engagements ist getragen durch die derzeitige gesamtgesellschaftliche Debatte rund um Sicherheitsbedürfnisse auch gegenüber psychisch erkrankten Menschen. Gerade auf Länderebene steht hinsichtlich möglicher gesetzlicher Anpassungen der PsychK(H)Gs viel auf dem Spiel (siehe S. 24).

Auch vor diesem Hintergrund ist es notwendig geworden, die wissenschaftliche Expertise als Fachgesellschaft frühzeitig auch in die politischen Prozesse einzubringen und evidenzbasierte und vor allem konkrete Vorschläge anzubieten.

Die DGPPN fordert anlässlich der Landtagswahlen in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz eine Stärkung der Versorgung psychisch erkrankter Menschen entlang evidenzbasierter Leitlinien. Auch soll Prävention stärker in den Fokus der Politik rücken – unter anderem durch spezialisierte Beratungsangebote, Früherkennungs- und Frühbehandlungszentren sowie gesundheitsfördernde Lebenswelten und mehr Sensibilisierung im Bildungsbereich.

In Baden-Württemberg macht sich die Fachgesellschaft dafür stark, dass Grundlage jeder Überarbeitung des PsychKHG die DGPPN-Positionspapiere *Prävention von Gewalttaten* und *Versorgung stärken, Gewalt verhindern* sein sollten, um bei allen berechtigten Sicherheitsinteressen eine Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen zu verhindern. In Rheinland-Pfalz sollen Präventionsambulanzen für psychisch kranke straffällige Menschen, angelehnt an das bayerische Modell, eingerichtet werden – ebenfalls eine wichtige Forderung aus dem Positionspapier *Prävention von Gewalttaten*.

Die DGPPN fordert für beide Bundesländer die Einrichtung von flächendeckenden, sektorenübergreifenden Behandlungsmöglichkeiten durch die Einführung von Globalbudgets – eine zentrale Forderung, die auch in den noch anstehenden Landtagswahlen in Sachsen-Anhalt, Berlin und Mecklenburg-Vorpommern Eingang finden wird.

 [Mehr zum Thema](https://dgppn.de/aktuelles/wahlforderungen) | dgppn.de/aktuelles/wahlforderungen

Vergessener Fortschritt

Mit Lecanemab und Donanemab steht die Alzheimer-Therapie an einem Wendepunkt. Erstmals greifen Medikamente kausal in den Krankheitsprozess ein, und Studien zeigen, dass sich das Fortschreiten der Erkrankung im Frühstadium um etwa 30% verlangsamen lässt – ein klinisch relevanter Effekt, der einen spürbaren Gewinn an Lebensqualität bedeuten kann. Doch der medizinische Fortschritt scheint derzeit von gesundheitspolitischer Realität gebremst zu werden.

Die aktualisierte S3-Leitlinie *Demenzen* empfiehlt erstmals den Einsatz der Antikörpertherapien für ausgewählte Patientinnen und Patienten im frühen Krankheitsstadium, eingebettet in ein umfassendes diagnostisches und therapeutisches Gesamtkonzept. Dem stehen die aktuellen Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gegenüber, der weder für Lecanemab, noch für Donanemab einen Zusatznutzen feststellen konnte – mit möglicherweise weitreichenden Folgen für die Erstattungsfähigkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die DGPPN hat die Nutzenbewertungen von Donanemab und Lecanemab auf Grundlage der Einschätzungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), deutlich kritisiert. So ist bei einem Nachweis der Erkrankung durch Biomarker eine kategoriale Aufteilung zwischen leichter kognitiver Störung und früher Demenz, wie in den Analysen des IQWiG zur Nutzenbewertung von Lecanemab geschehen, wissenschaftlich nicht

haltbar. Zudem stellt die DGPPN infrage, ob symptomatisch wirkende Medikamente eine geeignete Vergleichsbasis für kausal wirkende Therapien darstellen. Denn die Bewertung eines potenziell krankheitsmodifizierenden Therapieansatzes sollte das Wirkprinzip angemessen berücksichtigen – was in beiden Fällen nicht geschehen ist. Die Einschätzung des IQWiG, ein Zusatznutzen beider Medikamente sei nicht belegt, ist deshalb methodisch nicht überzeugend. Ganz im Gegensatz: Aus klinischer Perspektive ist der Nutzen der Antikörper aus Sicht der Fachgesellschaft evident.

Die DGPPN hatte schon im Vorfeld deutlich an den G-BA appelliert, die vorliegenden Studiendaten in ihrer Gesamtheit zu berücksichtigen und bei der Entscheidungsfindung methodische Standards und klinische Expertise angemessen einzubeziehen, um eine Bewertung zu erreichen, die der wissenschaftlichen Evidenz und der Versorgungssituation von Menschen mit Alzheimer-Erkrankung gerecht wird.

Sollten nun die (im Vergleich zur rein symptomatischen Standardbehandlung entstehenden) zusätzlichen Kosten von Lecanemab und Donanemab nicht von den Krankenkassen getragen werden, droht eine Versorgungslücke – oder gar der Rückzug entsprechender Therapien vom deutschen Markt. Fest steht: Die Alzheimer-Therapie hat eine neue Phase erreicht. Ob sie auch die Patientinnen und Patienten erreicht, ist jedoch noch offen.

 [Mehr zum Thema](https://dgppn.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen) | dgppn.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen

Unter vier Augen



Psychiatrie ohne Termin

Menschen ohne festen Wohnsitz sind häufiger psychisch krank, werden aber seltener behandelt – die Regelversorgung erreicht sie nicht. Eva Fučík hat deshalb in Frankfurt eine spezielle Praxis gegründet. Im Gespräch mit Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank erzählt sie, warum das nötig ist und was sie dabei über Versorgung, ihre Klientinnen und Klienten und auch sich selbst gelernt hat.

EGM: Sie leiten in Frankfurt eine nervenärztliche Praxis, die sich auf die Versorgung wohnungsloser Menschen spezialisiert hat. Wie lange machen Sie das schon und wie kam es dazu?

EF: Die Praxis existiert seit knapp zwei Jahren. Ich arbeite aber bereits seit etwa acht Jahren in der Wohnungslosenhilfe, zunächst ehrenamtlich. Ich dachte immer, dass dort vor allem somatische Notfallversorgung gebraucht wird – Wunden versorgen, Ungeziefer bekämpfen, sich um körperliche Probleme kümmern. Ich dachte gar nicht daran, dass man dort Psychiaterinnen oder Psychiater bräuchte. Als ich mich dann bei einer Straßenambulanz vorgestellt habe, wurde ich mit Freuden aufgenommen. Man sagte allerdings auch, es würde vermutlich eher um Allgemeinmedizin gehen. Aber direkt mein erster Patient hatte eine schwere Psychose. Er fühlte sich verfolgt, hat Kabel aus der Wand gerissen, deshalb seine Wohnung verloren und ist schließlich auf der Straße gelandet. Der zweite Patient hatte eine Alkoholabhängigkeit, der dritte eine Borderline-Persönlichkeitsstörung. Ich habe daraufhin die Literatur zum Thema durchgesehen und festgestellt, dass schon lange bekannt ist, wie häufig psychische Erkrankungen unter wohnungslosen Menschen auftreten. Trotzdem gibt es kaum angepasste fachpsychiatrische Angebote – und wenn, dann sind sie häufig ehren-

amtlich organisiert. Derart schwere Erkrankungen können aber nicht ausschließlich ehrenamtlich versorgt werden, das gehört in die Zuständigkeit von Fachpsychiaterinnen und Fachpsychiatern. Wohnungslose Menschen verdienen schließlich genauso eine leitliniengerechte Behandlung wie alle anderen auch. Dafür braucht es allerdings angepasste Angebote, denn die Menschen kommen nicht immer von selbst in eine Praxis. Ich hatte das Gefühl, dass man unbedingt etwas tun muss. Deshalb habe ich bei der Kassenärztlichen Vereinigung eine Zulassung beantragt und dann nach etwa zwei Jahren schließlich eine Ermächtigung erhalten.

EGM: Mit wem haben Sie es denn in Ihrer Praxistätigkeit zu tun? Wer kommt zu Ihnen?

EF: Das ist unterschiedlich. Ich bin – das vielleicht kurz vorweg – an eine Einrichtung der Wohnungslosenhilfe angebunden. Ich glaube, dass so ein Angebot nur funktioniert, wenn es an eine solche Einrichtung angeschlossen ist: Dort gibt es Essen, Kleidung, soziale Beratung; es besteht bereits ein gewisses Vorvertrauen.

Studien zeigen, dass viele wohnungslose Menschen das reguläre Gesundheitssystem nicht nutzen – selbst wenn sie krankenversichert sind. Das entspricht auch meiner Erfahrung. Ich habe einige Patientinnen und Patienten mit



Versicherung, die nicht in reguläre Arztpraxen gehen. Aber bei uns gibt es einen Frühstückstreff, eine soziale Beratung – es ist ein Anlaufpunkt. Manche sehen mich dort und denken: „Mit der kann man vielleicht mal reden.“ Und wenn jemand sagt: „Die ist in Ordnung, mit der kann man sprechen“, dann kommen andere nach.

Ein anderer Teil meiner Arbeit ist aufsuchend. Ich gehe direkt in die Unterkünfte, in Not- und Übergangseinrichtungen. Dort sprechen mich dann manchmal Sozialarbeiterinnen an und bitten mich um eine Einschätzung. Zum Beispiel: Ist diese Person in der Lage, sich mit anderen zusammen ein Zimmer zu teilen oder braucht sie ein Einzelzimmer? Über solche Einschätzungen entsteht häufig der Kontakt.

Und damit zurück zu Ihrer Frage danach, mit wem ich da eigentlich arbeite: Es sind tatsächlich alle Bevölkerungsschichten. Ja, es gibt die Personen aus sehr schwierigen Verhältnissen, die im Waisenhaus und in Pflegefamilien aufgewachsen sind. Aber es gibt auch die Ärztin, die an einer Demenz erkrankt ist oder den Studenten mit Psychose.

EGM: Mehr als drei Viertel der wohnungslosen Menschen haben eine psychische Erkrankung, sagen die Studien.

„Mehr als drei Viertel der wohnungslosen Menschen haben eine psychische Erkrankung.“

Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank

EF: Das trifft sich mit meiner Erfahrung. Ich sehe sehr viele psychotische Erkrankungen und affektive Störungen, und Personen, die nach einem biografischen Rückschlag in der Wohnungslosigkeit gelandet sind. Beispielsweise ältere Männer, die in Stresssituationen schon lange vermehrt Alkohol konsumiert, aber bislang keine Abhängigkeit entwickelt haben. Stirbt dann die Frau, nehmen Trauer und Stress zu, kann sich der Freizeitkonsum in eine Abhängigkeit wandeln. Ein Wohnungsverlust kann dann schnell passieren.

EGM: Vermutlich sehen Sie viele Abhängigkeitserkrankungen?

EF: In Frankfurt ist die Wohnungslosenhilfe von der Drogenhilfe getrennt. Wenn, dann sehe ich in meiner Praxis Menschen mit komorbiden Abhängigkeiten. Aber es gibt auch Demenzerkrankungen, mitunter mit wahnhaften Störungen. Da geht es dann z. B. auch darum, Hilfe im Pflegeheim zu organisieren, ein menschenwürdiges Leben zu ermöglichen.

EGM: Bei Wohnungslosigkeit und psychischer Gesundheit stellt sich ja immer die Frage: Was ist Ursache, was ist Folge? Was ist Henne, was ist Ei? Es gibt sicher Fälle, in denen zunächst keine psychische Erkrankung vorliegt und die Belastung der Obdachlosigkeit zu Problemen führt. In vielen Fällen ist es aber vermutlich umgekehrt: Menschen haben psychische Schwierigkeiten, geraten dadurch in Wohnungslosigkeit und diese Situation verschlimmert die Erkrankung noch weiter.

EF: Es gibt Analysen, die zeigen, dass bei einem großen Teil der Betroffenen psychische Erkrankungen bereits vor Beginn der Wohnungslosigkeit bestanden. Das entspricht meiner Erfahrung: Die Menschen werden aufgrund ihrer Erkrankung wohnungslos. Und weil dann häufig lange keine Behandlung erfolgt, verschärft sich die Situation weiter, und es wird immer schwieriger, sie wieder zu stabilisieren.

EGM: Warum nehmen denn so viele wohnungslose Menschen das Gesundheitssystem nicht in Anspruch – selbst wenn sie krankenversichert sind? Wo sehen Sie die größten Zugangshürden?

EF: Für Menschen mit stabilem Alltag ist die Organisation eines Arztbesuchs recht unproblematisch: Man ruft an, vereinbart einen Termin, geht hin, bekommt eine Therapieempfehlung und nimmt dann zum Beispiel Medikamente. Wenn jemand jedoch wohnungslos ist, sieht das ganz anders aus. Häufig kommt der Impuls zur Behandlung von außen, denn gerade bei schweren psychischen Erkrankungen fehlt ja häufig der Behandlungswunsch. Auch eine Terminvereinbarung kann eine Hürde darstellen. Man braucht ein Telefon, muss Warteschleifen aushalten und möglicherweise Gebühren bezahlen. Dann bekommt man vielleicht einen Termin am anderen Ende der Stadt, da muss man erst einmal hinkommen. Manche fahren dann ohne Ticket und riskieren dadurch wiederum Strafen. Am Empfang beginnt die nächste Schwierigkeit: Hat man überhaupt noch eine Krankenkassenkarte? Oft ist sie verloren gegangen oder gestohlen worden. Dazu kommen praktische Fragen: Wohin mit dem gesamten Ge-



päck? Wenn jemand sein gesamtes Hab und Gut mit sich trägt, kann er das nicht einfach im Wartezimmer stehen lassen. Auch die Wartezimmerfähigkeit ist ein Thema. Ich erinnere mich an eine Situation aus einer Institutsambulanz: Dort saß eine Mutter mit ihrem neugeborenen Baby neben einer stark alkoholisierten und verwahrlosten Person. Das ist für beide Seiten eine Belastung. Allein bis zum Wartezimmer gibt es bereits so viele Hürden, dass der Zugang zum System oft scheitert. Und selbst wenn jemand einen Termin wahrnimmt, folgt häufig der nächste Termin erst in einigen Wochen. Für Menschen in Wohnungslosigkeit stehen jedoch ganz andere Fragen im Vordergrund: Wo schlafe ich heute? Wo bekomme ich etwas zu essen? Ein Arzttermin in sechs Wochen hat schlicht keine Priorität. Außerdem brauchen viele Betroffene – gerade nach anhaltender Erfahrung von Ausgrenzung – länger bis sie Vertrauen fassen. Viele schämen sich für ihre Situation. Manche haben auch negative Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem gemacht.

EGM: Welche Rolle spielt denn die Angst vor Stigmatisierung? Also nicht nur wegen der Wohnungslosigkeit, sondern auch wegen einer möglichen psychischen Erkrankung?



„Der Beziehungsaufbau muss behutsam und mit Geduld gestaltet werden.“

Eva Fučík

EF: Wohnungslose Menschen sind doppelt stigmatisiert. Tatsächlich leiden sie mehr unter dem Stigma der psychischen Erkrankung als unter dem der Wohnungslosigkeit. Deshalb wollen viele auch keinen Psychiater oder eine Psychiaterin aufsuchen: Sie möchten nicht zusätzlich als psychisch krank gelten. Der Beziehungsaufbau muss entsprechend behutsam und mit Geduld gestaltet werden, oft dauert es sehr lange. Manchmal bestelle ich Menschen anfangs mehrmals pro Woche ein, manchmal sogar täglich für kurze Gespräche von zehn Minuten. Erst mit der Zeit entsteht eine tragfähige Beziehung.

EGM: Haben Sie denn die Erfahrung gemacht, dass dieser Beziehungsaufbau in den meisten Fällen gelingt?

EF: Bei manchen dauert es länger, manche brechen die Behandlung auch wieder ab. Das muss man aushalten können. Es kommt aber durchaus vor, dass jemand später wiederkommt. Dann freue ich mich natürlich sehr. Manchmal beginnt die eigentliche Behandlung dann erst beim zweiten Anlauf. Aber das ist ja in der Psychiatrie insgesamt nichts Ungewöhnliches. Und ja, natürlich gibt es auch Menschen, die man nicht erreicht, aber in den meisten Fällen funktioniert es. Gerade am Anfang ist der intensive Kontakt für den therapeutischen Erfolg entscheidend.

EGM: Wie schaffen Sie das denn organisatorisch? Wie ist Ihre Praxis aufgebaut, damit das möglich ist? Eine „normale“ Praxis funktioniert ja ganz anders.

EF: Wichtig ist, dass die Praxis an die Einrichtung der Wohnungslosenhilfe angebunden ist, einen Ort, an den die Menschen ohnehin kommen. Organisatorisch arbeite ich etwa drei Mal pro Woche mit offenen Sprechstunden. Denn klassische Termine werden nicht immer exakt eingehalten. Die Menschen müssen einfach vorbeikommen können. Zusätzlich bin ich einen Tag aufsuchend tätig und betreue zwei Not- und Übergangseinrichtungen. Und auch der erhebliche administrative Aufwand benötigt seine Zeit.

EGM: In einer herkömmlichen Praxis ist der Anteil offener Sprechstunden ja meist sehr klein.

EF: Durch unser Setting lässt sich vieles flexibler gestalten. Wenn sich beispielsweise zwei Menschen im Wartebereich nicht gut verstehen oder eine Situation zu eskalieren droht, kann man sie zum Beispiel erst mal zum Frühstück schicken. Das ist in einer normalen Praxis ja nicht möglich. Die Intensität und Häufigkeit der Kontakte wird im regulären Abrechnungssystem leider überhaupt nicht abgebildet. Mit den üblichen Abrechnungen allein könnte man diese Arbeit nicht finanzieren. Ich habe deshalb nach Unterstützung gesucht und sie bei der Franzikustreff-Stiftung gefunden.

EGM: Bei betroffenen Menschen, die krankenversichert sind, erhalten Sie zumindest teilweise eine Finanzierung über die gesetzliche Krankenversicherung?

EF: Die Leistungen können zwar über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet werden, aber die tatsächliche

Intensität der Arbeit spiegelt sich darin nicht wider. Es gibt viel zusätzliche Arbeit – wie die Koordination mit sozialen Diensten oder die Begleitung bei Übergängen in andere Hilfesysteme –, die nicht vergütet wird. Die kann ich nur durch die Unterstützung der Stiftung leisten. Langfristig wäre es natürlich wünschenswert, eine strukturelle Finanzierung zu erreichen. Aber so weit sind wir noch nicht.

Im Prinzip ist das Ziel aber, eine Behandlung wie in der Regelversorgung zu ermöglichen. Grundsätzlich werden die Menschen genauso behandelt wie andere Patientinnen und Patienten. Der Unterschied liegt darin, dass es aufwendiger und damit zeitintensiver ist.

EGM: Nehmen wir einmal an, wir lebten in einer idealen Welt, in der Finanzierung keine Rolle spielt. Wie müsste die psychiatrische Versorgung wohnungsloser Menschen dann organisiert sein? Was bräuchte es aus Ihrer Sicht?

EF: Ich halte es für wichtig, dass es ein verlässliches, niedrigschwelliges fachpsychiatrisches Angebot innerhalb der Wohnungslosenhilfe gibt. Dann können psychische Erkrankungen früher erkannt und behandelt werden. Das verbessert die Prognose deutlich. Außerdem sollten die Menschen so begleitet werden können, wie sie es individuell brauchen. Häufig erlebe ich aber leider, dass Unterstützungsangebote zu früh abgebrochen werden. Dann geht ein zuvor erzielter Fortschritt verloren, und die Betroffenen geraten wieder in eine Krise oder sogar zurück auf die Straße. Manche Menschen schaffen den Übergang schneller, andere brauchen deutlich mehr Zeit.

EGM: Damit sind Sie sehr nah dran an dem, was unsere Fachgesellschaft für eine gute Versorgung empfiehlt: eine Betreuung, die sich an den Bedarf der Betroffenen anpasst. Wir empfehlen die konsequente bedarfsorientierte Behandlung nicht zuletzt auch als beste Maßnahme der Gewaltprävention. Denn leider sind Wohnungslosigkeit und psychische Erkrankung auch mit einem erhöhten Risiko für Gewalt verbunden. Das wird derzeit sowohl innerhalb des Fachs als auch gesamtgesellschaftlich viel diskutiert. Weniger im Fokus steht dagegen, dass diese Menschen selbst auch häufig Opfer von Gewalt werden. Wie sind Ihre Erfahrungen – mit beiden Seiten dieser Problematik?

EF: Natürlich kommt es vor, dass wohnungslose Menschen Opfer von Gewalt werden. Ich erinnere mich zum Beispiel an eine Frau, die in einer Unterkunft nachts mit einem Messer angegriffen wurde. Sie lebt inzwischen in einem

Housing-First-Projekt und ist dort gut untergebracht. Solche Vorfälle gibt es leider.

In meiner Praxis erlebe ich Gewalt eher selten. Das liegt vermutlich auch am Ort. Die Praxis befindet sich in einem Klosterhof, der Ort strahlt Ruhe aus. Mir persönlich gegenüber ist bislang noch niemand gewalttätig geworden. Es kommt vor, dass jemand laut wird, aber meist lassen sich solche Situationen gut deeskalieren.

Viele Menschen mit psychotischen Erkrankungen irren leider jahrelang unbehandelt durchs System. Sie sind in der Wohnungslosenhilfe erst einmal relativ unauffällig, sind ausreichend gepflegt, können sich artikulieren. Sie fallen also nicht auf und bleiben entsprechend lange unbehandelt. Bis dann irgendetwas passiert – vielleicht ein Suizidversuch oder Gewaltereignisse gegen andere – und zu einer Zwangseinweisung oder gar direkt in eine forensische Unterbringung führt. Es wäre sehr hilfreich, wenn diese Personen früher identifiziert würden. Fachpsychiatrische Expertise in der Wohnungslosenhilfe kann da helfen, denn mit psychiatrisch geschultem Blick erkennt man auffälliges Verhalten deutlich früher und kann Kontakt aufnehmen. Ein Gesprächsangebot ohne Druck kommt häufig gut an. Durch das Gefühl, dass da jemand einfach ansprechbar ist, können ein Kontakt und ein Vertrauensverhältnis entstehen.

EGM: Ein frühzeitiger, niedrigschwelliger Behandlungsbeginn und eine bedarfsorientierte Therapie sind wichtige Aspekte der Gewaltprävention. Leider wird stattdessen aktuell häufiger über Kontrolle, Meldestrukturen und sicherheitsorientierte Maßnahmen diskutiert.

EF: Und das ist leider nicht immer hilfreich. Ich habe es schon erlebt, dass mir Patientinnen oder Patienten nach einer Gefährderansprache durch die Polizei verloren gegangen sind. Sie waren zwar psychotisch, aber sie waren im Kontakt und kamen regelmäßig zur Sprechstunde. Nachdem sie aufgesucht wurden, bekamen sie Angst. Und wenn jemand ohnehin wohnungslos ist, verschwindet er dadurch für das Versorgungssystem.

EGM: Deshalb warnen wir so konsequent vor einer Aushöhlung des Arztgeheimnisses. Wenn Menschen befürchten, gemeldet oder kontrolliert zu werden, ziehen sie sich zurück.

EF: Genau. Dann sind sie plötzlich verschwunden. Dabei gab es in diesen Fällen keine akute Gefährdung. Die Personen kamen regelmäßig zur Sprechstunde, wir hatten einen guten Kontakt.

EGM: Sie haben vorhin *Housing-First* erwähnt, also den Ansatz, obdachlosen Menschen direkt eine reguläre Wohnung mit eigenem Mietvertrag zur Verfügung zu stellen, ohne dass sie dafür bestimmte Voraussetzungen erfüllen müssen. Begleitende Hilfen werden erst danach und auf freiwilliger Basis angeboten. In Deutschland ist dieses Konzept bisher noch nicht sehr weit verbreitet. Derzeit scheint die gesellschaftliche Tendenz eher dahin zu gehen, soziale Angebote zu reduzieren. Wie erleben Sie das?

EF: Ich betreue einige Patientinnen und Patienten im *Housing-First*-Programm. Ich glaube mittlerweile, dass ein begleitendes ambulantes Behandlungsangebot in diesem Kontext unerlässlich ist. Denn selbst wenn jemand eine Wohnung hat, kann es zum Beispiel sein, dass er sie ohne Unterstützung aufgrund einer Psychose wieder verwahrlosen ließe.

In der ambulanten Behandlung können Menschen erleben, dass sie selbst etwas bewirken können. Sie merken zum Beispiel: Ich habe meine Unterlagen organisiert, ich habe meine Medikamente geholt, ich bin zu dem Termin gekommen. Vielleicht drei Stunden zu spät, aber ich bin gekommen. Wenn man dann nicht sagt: „Sie hätten um neun Uhr hier sein müssen“, sondern den Schritt anerkennt, entsteht eine Form von Selbstwirksamkeit. Aber dieser Prozess braucht Zeit. Und die ist im regulären Versorgungssystem oft nicht vorhanden.

EGM: Wie läuft die Kooperation mit den anderen Akteuren – mit Kliniken und dem sozialpsychiatrischen Dienst?

EF: Ich erlebe die Zusammenarbeit positiv. Es gibt regelmäßige Austauschtreffen, es besteht eine große Bereitschaft zur Zusammenarbeit.

EGM: Könnte Ihr Modell eine Art Blaupause sein? Könnten andere Städte das genauso umsetzen – oder ist das eine sehr spezifische Lösung für Frankfurt?

EF: Ich halte das Modell grundsätzlich für übertragbar. Die Situation wohnungsloser Menschen ist in Frankfurt nicht grundlegend anders als in Berlin oder anderen Großstädten. Ich glaube übrigens nicht, dass deren medizinische Versorgung allein vom regulären Versorgungssystem übernommen werden kann. Das wird oft gefordert, aber in der Praxis funktioniert es nicht.

Wohnungslosigkeit war historisch fast immer mit Stigmatisierung verbunden – mal stärker, mal weniger stark, ab-



hängig von der politischen Situation. Viele wohnungslose Menschen wissen sehr genau, welche Begriffe über sie im Umlauf sind – etwa „asozial“, „faul“ oder „selbst schuld“. Deshalb wenden sie sich oft eher an Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe als an das reguläre Versorgungssystem. Dort fühlen sie sich weniger verurteilt. Und aus diesem Grund gehen sie auch eher zu einem Arzt, der regelmäßig vor Ort ist, als zu jemandem, den sie nicht kennen.

EGM: Das heißt, es braucht diese speziellen Strukturen? Man könnte also durchaus fordern, dass auch in anderen Städten in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe entsprechende medizinische Angebote entstehen – in denen man somatische und psychiatrische Hilfe findet.

EF: Das wäre wünschenswert! Leider führt der hohe Anteil psychischer Erkrankungen in dieser Gruppe oft dazu, dass viele Menschen ihre körperlichen Erkrankungen nicht behandeln lassen. Wenn aber die psychiatrische Erkrankung behandelt wird, sind viele plötzlich auch bereit, ihre körperlichen Erkrankungen versorgen zu lassen. Ich glaube, lange Zeit wurde eher umgekehrt gedacht: Man behandelt zuerst die sichtbaren körperlichen Probleme, ohne die zugrunde liegende psychische Erkrankung ausreichend zu be-

rücksichtigen. Aber für jemanden, der auf der Straße lebt, ist schon das regelmäßige Einnehmen von Medikamenten eine große Herausforderung. Selbst wenn der Wille da ist, führen Desorganisation und instabile Lebensumstände oft dazu, dass Medikamente vergessen werden. Deshalb halte ich es für wichtig, zunächst die psychische Stabilität zu verbessern. Dann werden die Menschen wieder handlungsfähiger und können sich auch um andere gesundheitliche Probleme kümmern.

„Diese Arbeit lohnt sich.“

Eva Fučík

Aus ärztlicher Sicht kann ich jedenfalls sagen: Diese Arbeit lohnt sich. Ich habe häufig gehört: „Das bringt doch sowieso nichts.“ Meine Erfahrung ist eine andere. Ich habe viele Beispiele, die zeigen, dass es durchaus etwas bewirken kann. Solche Momente sind für mich sehr bewegend.

EGM: Zum Schluss vielleicht noch eine etwas persönlichere Frage. Hat diese Arbeit Ihre Sicht auf die Welt verändert?

EF: Mir ist sehr deutlich geworden, wie schnell Menschen in Wohnungslosigkeit geraten können. Niemand ist vor einer psychischen Erkrankung gefeit, und wenn dann noch Schicksalsschläge hinzukommen, kann es sehr schnell zum Verlust der Wohnung kommen. Jeder wohnungslose Mensch ist genauso Mensch wie Sie und ich, die psychischen Erkrankungen sind genau die gleichen. Ob mit oder ohne Wohnung – jeder verdient eine an die Bedürfnisse und Gegebenheiten angepasste leitlinien-gerechte Behandlung.

Was ich außerdem gelernt habe, ist, mehr auf die Menschen zuzugehen: ein direktes Ansprechen, mich auf die Sichtweise der Betroffenen einlassen, mich nicht vom Schmutz und der Verwahrlosung lähmen lassen. Das kann für die Menschen einen großen Unterschied machen.

EGM: Was würden Sie jungen Kolleginnen und Kollegen raten, die bisher wenig Kontakt zu dieser Patientengruppe hatten, sich aber für eine bessere Versorgung einsetzen möchten?

EF: Ich glaube, es beginnt mit Wertschätzung der Betroffenen. Manchmal kann schon das Hinsetzen und empathische Zuhören Türen für den weiteren Behandlungserfolg

öffnen. Wichtig ist auch, nachzufragen und sich die Lebensgeschichte anzuhören. Häufig erschließen sich die Hintergründe erst, wenn man sich Zeit nimmt. Deshalb ist es wichtig, die sozialen Umstände mitzudenken – sowohl bei der Behandlung als auch, wenn man eine Patientin oder einen Patienten entlässt.

Übrigens denke ich, dass das Thema unbedingt stärker in der ärztlichen Weiterbildung verankert sein sollte. Es wäre sinnvoll, wenn in der Ausbildung deutlicher vermittelt würde, dass Wohnungslosigkeit eine mögliche Folge unbehandelter psychischer Erkrankungen sein kann, und dass eine gute Versorgung besondere Strukturen und eine besondere Haltung braucht.

EGM: Wenn ich einmal in Frankfurt bin, dürfte ich Sie dann besuchen?

EF: Natürlich. Wir bekommen bald sogar neue Räumlichkeiten – mit einem zusätzlichen Behandlungszimmer.

EGM: Das würde ich mir sehr gern einmal anschauen.



Dr. med. Eva Fučík

leitet in Frankfurt am Main eine nervenärztliche Praxis, die auf Behandlungsangebote für wohnungslose Menschen spezialisiert ist. Seit Gründung der Praxis hat die Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie hier etwa 200 Patientinnen und Patienten behandelt. Die häufigsten Krankheitsbilder sind Psychosen, affektive Erkrankungen und Suchterkrankungen.

Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank

leitet seit 2008 die LVR-Klinik Köln, eine Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Die DGPPN-Präsidentin ist zudem seit 2016 fachliche Direktorin Forschung am LVR-Institut für Forschung und Bildung. Sie ist federführende Autorin der S3-Leitlinie „Komorbidität von Psychose und Sucht“ – eine Komorbidität, die Betroffene nicht selten in die Wohnungslosigkeit führt.

Wohnungslosigkeit in Deutschland

Was genau ist „Wohnungslosigkeit“?

Die Europäische Typologie für Wohnungslosigkeit (ETHOS) unterscheidet:

Obdachlos: Menschen, die auf der Straße, an öffentlichen Plätzen im Freien oder in Notunterkünften leben.

Wohnungslos: Menschen, die in Frauenhäusern, Wohnungsloseneinrichtungen, Geflüchtetenunterkünften o.ä. leben oder nach Haftaufenthalt keinen „ordentlichen Wohnsitz“ vorweisen können.

Ungesichertes Wohnen: Menschen, die vorübergehend bei Bekannten unterkommen, von Zwangsräumung bedroht sind o.ä.

Ungenügendes Wohnen: Menschen, die in Wohnprovisorien, z.B. Kellerräumen ohne Heizung/Strom oder in stark überbelegten Räumen leben.

Der Begriff Wohnungslosigkeit wird nicht in allen Veröffentlichungen zum Thema gleichermaßen verwendet. Üblicherweise wird der Begriff „wohnungslos“ als Überbegriff verwendet, so auch von der Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe e.V. (BAGW). Hochrechnungen der BAGW zufolge waren 2024 in Deutschland 1.029.000 Menschen wohnungslos (2023: 928.000). Davon lebten 56.000 ohne Unterkunft obdachlos auf der Straße (2023: 54.000). Laut Statistischem Bundesamt lebten im Januar 2025 rund 474.000 Menschen in Notunterkünften und Gemeinschaftsunterkünften etc.

Wer ist betroffen?

Geschlecht: Schätzungsweise kommen auf jede wohnungslose Frau etwa zwei bis drei Männer. Männer sind häufiger von langfristiger oder sichtbarer Obdachlosigkeit betroffen, Frauen sind häufiger verdeckt wohnungslos und wohnen z.B. bei Bekannten oder Partnern. Weibliche Wohnungslosigkeit ist in Statistiken vermutlich untererfasst.

Alter: Wohnungslose Menschen sind überwiegend im erwerbsfähigen Alter, die Mehrheit ist zwischen 25 und 55 Jahren alt. Nach Angaben der Bundesregierung hat sich die Zahl wohnungsloser Minderjähriger zwischen 2022 und 2025 fast verdreifacht: von 47.000 auf 137.000.

Familienstand: Etwa 70% der wohnungslosen Erwachsenen sind alleinstehend, 30% leben mit Partner oder Kindern. Familien mit Kindern leben zumeist in Einrichtungen und haben häufig eine Fluchtgeschichte.

Staatsbürgerschaft: Laut Wohnungslosenbericht der Bundesregierung 2024 besitzen untergebrachte wohnungslose Personen überwiegend keine deutsche Staatsange-

hörigkeit (ca. 86%), während bei wohnungslosen Menschen ohne Unterkunft etwa zwei Drittel und bei verdeckt Wohnungslosen rund 80% die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen.

Prävalenzen psychischer Erkrankungen

Für Deutschland liegen Zahlen aus einer Übersichtsarbeit von Schreiter et al. (2017) vor, für die elf Studien mit insgesamt 1.220 wohnungslosen Personen analysiert wurden. Demnach leiden in Deutschland 77,4% der wohnungslosen Menschen an einer psychischen Störung. Häufige Diagnosen sind: Alkoholabhängigkeit 55,4%, Drogenabhängigkeit 13,9%, Angststörungen 17,6%, Affektive Störungen 15,2%, Major Depression 11,6% sowie Psychotische Erkrankungen (8,3%) oft in Form von Mehrfachdiagnosen.

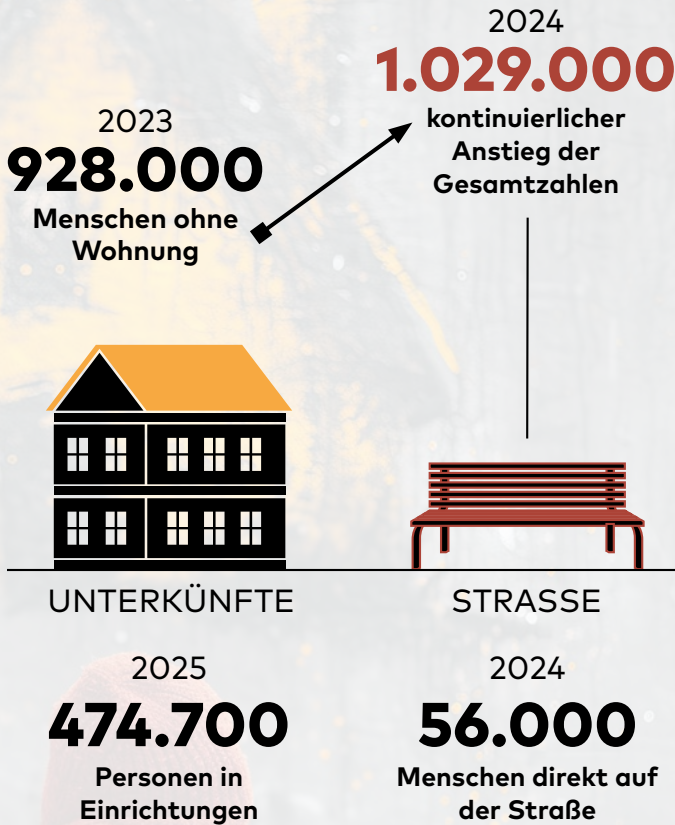
Psychiatrische Versorgung

16,5% der Patientinnen und Patienten in stationärer psychiatrischer Versorgung sind ohne festen Wohnsitz und die Zahlen steigen. Trotz hoher Krankheitslast und häufigen Komorbiditäten werden psychiatrische und psychotherapeutische Angebote seltener und später erreicht. Längsschnittstudien haben gezeigt, dass Housing-First-Programme in Verbindung mit ergänzenden Unterstützungsleistungen, z.B. durch Assertive Community Treatment (ACT), positiv auf die psychische Symptomatik wirken.

Literatur

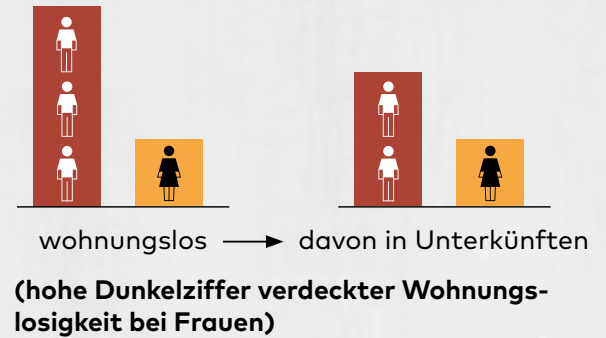
- Aubry T, Nelson G, Tsemberis S (2015) Housing first for people with severe mental illness who are homeless: a review of the research and findings from the at home – chez soi demonstration project. *Can J Psychiatry* 60:467–474, doi.org/10.1177/070674371506001102
- Aubry T, Goering P, Veldhuizen S et al. (2016) A multiple-city RCT of housing first with assertive community treatment for homeless Canadians with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 67:275–281, doi.org/10.1176/appi.ps.201400587
- Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (2023) Statistikbericht Wohnungslosigkeit. www.bagw.de/fileadmin/bagw/media/Doc/STA/STA_Statistikbericht_2023.pdf
- Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (2024) Wohnungslosenbericht der Bundesregierung. www.bmwsb.bund.de/SharedDocs/downloads/DE/veroeffentlichungen/wohnen/wohnungslosenbericht-2024.pdf
- Bundeszentrale für politische Bildung (2021) Soziale Situation in Deutschland – Wohnungslosigkeit. www.bpb.de/kurz-knapp/
- OECD Country note: Data on homelessness in Germany. webfs.oecd.org/Els-com/Affordable_Housing_Database/Country%20notes/Homelessness-DEU.pdf
- Statistisches Bundesamt/Destatis (2025) Statistik untergebrachter wohnungsloser Personen. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Wohnungslosigkeit/_inhalt.html
- Schreiter et al. (2017) The prevalence of mental illness in homeless people in Germany – a systematic review and meta-analysis. *Dtsch Arztebl* 114: 665–72, doi: 10.3238/arztebl.2017.0665
- Zielasek et al. (2025) Prevalence and risk factors for non-secure housing in inpatients of mental health hospitals: findings from a survey in NRW, Germany. *International Journal of Mental Health Systems* 19:9, doi.org/10.1186/s13033-025-00664-y

Entwicklung

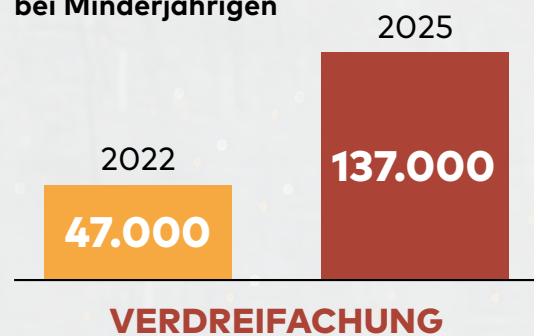


Wer ist betroffen?

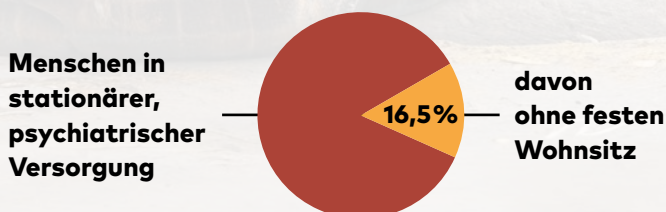
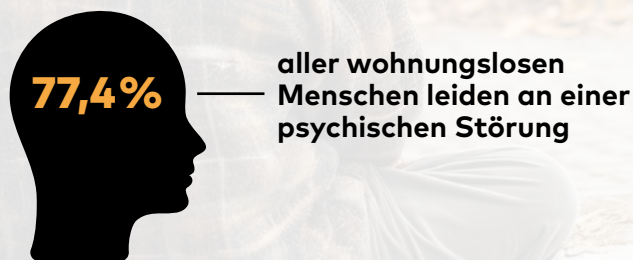
Geschlechterverteilung



Besorgniserregende Zunahme bei Minderjährigen



Psychische Gesundheit



Häufige Diagnosen

(Anteil in %)

Alkoholabhängigkeit	55,4
Angststörungen	17,6
Affektive Störungen	15,2
Drogenabhängigkeit	13,9
Major Depression	11,6
Psychotische Erkrankungen	8,3



Forschen gegen das Stigma

Stigmatisierung psychischer Erkrankungen ist kein Relikt der Vergangenheit – sie verändert sich. Während Depressionen mehr Akzeptanz erfahren, nehmen Vorurteile gegenüber Schizophrenie zu. Wie kann die Psychiatrie helfen, dieses Stigma abzubauen?

Seit Goffmans wegweisendem Buch über das „Stigma“ (1963) hat sich die Stigmaforschung als ein sehr fruchtbares Feld der Wissenschaft erwiesen [1]. Die US-amerikanischen Soziologen Bruce Link und Jo Phelan haben 2001 vorgeschlagen, Stigmatisierung als Prozess aus einzelnen, miteinander verbundenen Schritten zu verstehen: Menschen werden etikettiert, mit Stereotypen belegt, als „die Anderen“ markiert und schließlich abgewertet und diskriminiert. Dieser Prozess spielt sich in einem Machtgefälle ab, zuungunsten der stigmatisierten Gruppe [2]. Das Konzept der Stigmatisierung bringt damit zwei Perspektiven zusammen: Die soziologische Frage nach Macht, Ausgrenzung und Diskriminierung und die psychologische Frage, wie Menschen andere wahrnehmen, bewerten und emotional auf sie reagieren. Diese Verbindung einer soziologischen und einer psychologischen Perspektive macht das Stigmakonzept so besonders geeignet, die Wirklichkeit gesellschaftlich ausgegrenzter Gruppen zu verstehen.

Stigmatisierung trifft Menschen mit psychischen Krankheiten auf mehreren Ebenen. Menschen werden nicht nur von anderen Menschen abgewertet und ausgegrenzt, sondern auch durch Gesetze, Regeln und Strukturen. Das Erleben von Stigmatisierung ist komplex – für Betroffene sind sowohl erlebte als auch erwartete und vermiedene Stigmatisierung folgenreich: Erlebte Stigmatisierung bedeutet Abwertung und Diskriminierung, vermiedene Stigmatisierung

geht oft mit Geheimhaltung, Vermeidung von Hilfe und sozialer Isolation einher. Wenn zum Beispiel eine Person mit einer Alkoholabhängigkeit erlebt, dass sie im Hilfesystem abschätzig und herablassend behandelt wird, wird sie in Zukunft vermutlich zögern, erneut Hilfe in Anspruch zu nehmen. Nach Möglichkeit wird sie deshalb ihre Erkrankung geheim halten, so dass sie zwar einerseits Stigmatisierung vermeidet, andererseits aber auch Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung verliert. Die Bekämpfung des Stigmas psychischer Krankheit ist deshalb essenziell, um das Leben von Menschen mit psychischen Krankheiten zu verbessern und die Last psychischer Krankheit zu reduzieren.

Stigmatisierung ist kein statisches Phänomen, sondern verändert sich, genau wie sich Werte, Normen und andere gesellschaftliche Einstellungen verändern. Im Bereich psychischer Krankheiten sehen wir in Langzeitstudien dabei zwei Entwicklungen, die scheinbar gegenläufig sind, aber sich möglicherweise auch gegenseitig bedingen.

Zum einen hat die Stigmatisierung psychischer Krisen und Probleme abgenommen. Wir sprechen darüber heute deutlich mehr als noch vor wenigen Jahrzehnten, auch eigene psychische Belastungen werden häufiger thematisiert [3]. In diesem Zusammenhang kann auch über bestimmte psychische Krankheiten besser gesprochen werden: So sind zum Beispiel Depressionen weniger tabuisiert als noch vor

30 Jahren, auch ADHS oder Traumafolgestörungen sind im öffentlichen Diskurs stärker präsent. Das Bedürfnis nach sozialer Distanz gegenüber einer Person mit einer Depression hat etwas abgenommen, vor allem aber hat sich die Einschätzung hinsichtlich Fremdheit und Andersartigkeit verbessert, die Allgemeinbevölkerung sieht sich in Bezug auf die Depression insgesamt stärker auf einem gemeinsamen Kontinuum mit den Betroffenen [4]. Gleichzeitig ist auch das Verständnis dessen, was als „psychische Krankheit“ gilt, breiter geworden. Der australische Psychologe Nick Haslam bringt das Dilemma auf den Punkt, indem er schreibt: „Wir sind besser darin geworden, psychische Krankheit zu erkennen – aber vielleicht fällt es uns mittlerweile schwerer, zu erkennen, wo keine psychische Krankheit vorliegt.“ [5]

Vor diesem Hintergrund ist die zweite große Entwicklungslinie umso bezeichnender, die sich in mehreren internationalen Langzeitstudien zeigt, u. a. in Deutschland und den Vereinigten Staaten [6, 7]: Die Stigmatisierung von Menschen mit Schizophrenie hat eher zugenommen, die Stigmatisierung von Menschen mit Suchtkrankheiten bleibt unverändert hoch. Die deutsche Langzeitstudie zur Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Krankheiten von 1990 bis 2020 zeigt, dass bei der Schizophrenie die soziale Distanz in sechs von sieben abgefragten Situationen zugenommen hat. Zugleich nahmen auch Angst und Unbehagen zu, während die Hilfsbereitschaft sank. Bei Depression zeigt sich eher das Gegenbild: Dort verbesserten sich einzelne Einstellungen, und emotionale Reaktionen wurden teilweise freundlicher. Die Kluft zwischen beiden Diagnosen ist damit über drei Jahrzehnte größer geworden.

Dieses Muster findet sich auch in der Mediendarstellung. Eine Analyse von Artikeln aus *Bild*, *Süddeutscher Zeitung* und *Spiegel* für 2010 und 2020 zeigt wachsende Unterschiede in der Darstellung von Depression und Schizophrenie [8]. Über Depressionen wurde 2020 häufiger, neutraler und professioneller berichtet, oft mit psychosozialen Ursachen und Behandlungsoptionen im Blick. Über Schizophrenie wurde dagegen immer seltener geschrieben. Und wenn diese Erkrankung Thema von Zeitungsartikeln war, dann meistens in negativen Kontexten, etwa im Zusammenhang mit Gefährlichkeit und Unberechenbarkeit. Die Studie spricht deshalb von einem „widening gap“ in der Medienberichterstattung – Krankheiten, über die häufig und eher wohlwollend berichtet wird, kommen uns näher, während andere Krankheiten in den Hintergrund rücken und uns durch negative Berichterstattung noch fremder werden.

Diese Spaltung zeigt sich auch an ganz anderer Stelle: bei der Priorisierung von Ausgaben im Gesundheitswesen [9]. Hier liegen Daten von 2001, 2011 und 2020 vor, die Aufschluss darüber geben, wie wichtig Menschen in der Allgemeinbevölkerung die Gesundheitsausgaben für eine bestimmte Krankheit sind. Den Studienteilnehmenden wurde eine Liste mit neun Krankheiten vorgelegt. Daraus sollten jeweils drei Krankheiten ausgewählt werden, bei denen die Mittel für die Versorgung der eigenen Meinung nach auf keinen Fall gekürzt werden sollten. Konstant am häufigsten wurde dabei „Krebs“ ausgewählt. Die drei psychiatrischen Krankheiten Schizophrenie, Depression und Alkoholabhängigkeit standen zu Beginn der Studie 2001 an letzter Stelle in der Prioritätenrangliste. Seitdem aber haben sich die Einstellungen zur Depression stark verbessert: Sie ist aufgestiegen, kam 2011 auf den sechsten und 2020 sogar auf den vierten Platz, 25 % der Menschen gaben zuletzt an, dass man bei der Depression auf gar keinen Fall Geld einsparen sollte. Auf den beiden letzten Plätzen dagegen, unverändert: Schizophrenie und Alkoholabhängigkeit.

Für die Psychiatrie bedeutet das: Das Problem der Stigmatisierung ist nicht etwa gelöst, sondern es hat sich verschoben. Es sind besonders Menschen mit schweren, unverständlich erscheinenden oder das Umfeld herausfordernden psychischen Störungen, die verstärkt unter Ausgrenzung und Ablehnung zu leiden haben. Diese Verschiebung fällt mit weiteren gesellschaftlichen Entwicklungen zusammen, die drohen, Menschen mit solchen psychischen Krankheiten besonders hart zu treffen: Der angespannte Wohnungsmarkt in den Großstädten prägt zum Beispiel schon heute die psychiatrische Versorgung von Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung ihre Wohnung verloren haben. Der allgemeine Fachkräftemangel ist auch als Personalmangel bei Angeboten der gemeindepsychiatrischen Versorgung zu spüren. Die „Durchrohung der Gesellschaft“, von der der Soziologe Wilhelm Heitmeyer spricht und der damit eine wachsende Konflikt- und Gewaltbereitschaft im öffentlichen Raum beschreibt [10], trifft Menschen mit psychischen Krankheiten besonders hart. Die angespannte Haushaltslage gefährdet besonders Unterstützungsangebote für ausgegrenzte Gruppen, die über wenig politisches Kapital verfügen.

Als Stigmaforschende machen wir dabei aktuell eine beunruhigende Beobachtung: Der Mechanismus der Stigmatisierung, den wir eigentlich sichtbar machen und überwinden möchten, wird zunehmend bewusst eingesetzt, um politische Ziele zu erreichen. In einem polarisierten politischen

Diskurs wird häufig und unverstellt ein „Wir gegen die“ konstruiert. Wenn man darauf achtet, sieht man dabei den ganzen Prozess der Stigmatisierung wie aus dem Lehrbuch, aber jetzt als absichtsvolle Strategie – zum Beispiel in der Debatte um ein Register für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Auf das Etikettieren („psychisch kranke Gewalttäter“) folgt die Stereotypisierung (gefährlich, unberechenbar), die einer Emotionalisierung und Abgrenzung dient („Für diese Typen haben wir keine Register in Deutschland“), mit dem Ziel, die Diskriminierung bestimmter Gruppen politisch opportun erscheinen zu lassen (Forderung nach einer zentralen Erfassung von Menschen mit psychischen Krankheiten). In den Vereinigten Staaten verwendet der Präsident regelmäßig psychische Krankheit als Attribut, um eine ganze Gruppe von Menschen abzuwerten, etwa politische Gegner oder undokumentierte Einwanderer. Es scheint politisch attraktiv zu sein, sich auf die Seite der „Gesunden“ zu schlagen und die „Kranken“ auszugrenzen. Wir müssen also auch darauf achten, dass der bisher sicher geglaubte gesellschaftliche Konsens, dass eine Abwertung und Ausgrenzung von Menschen mit psychischen Krankheiten abzulehnen und zu überwinden ist, nicht unterlaufen wird.

Für die Bekämpfung der Stigmatisierung kann man aus diesen Entwicklungen meines Erachtens mehrere Schlüsse ziehen. Erstens: Interventionen zur Entstigmatisierung sind weiter notwendig. Auch wenn sie vermutlich keine großen gesellschaftlichen Trends umkehren, können sie gezielt besonders relevante Situationen verbessern, zum Beispiel im Arbeitsleben, bei der medizinischen Versorgung von Menschen mit psychischen Krankheiten innerhalb und außerhalb der Psychiatrie oder bei der Entscheidung, ob ich eine eigene psychische Krankheit offenlegen möchte oder nicht. Zweitens: Es geht auch um Politik, und dafür ist es notwendig, den Betroffenen Gehör zu verschaffen. Link und Hatzenbuehler sprechen von „political inattention“ in Bezug auf stigmatisierte Gruppen [11]: Weil sie aufgrund der Stigmatisierung wenig politisches Gewicht haben, werden ihre Anliegen oft hintangestellt. Eine Aufgabe der Psychiatrie ist es deshalb, Menschen mit psychischen Krankheiten zu mehr Sichtbarkeit zu verhelfen, damit sie ihre Anliegen wirksam vertreten können. Entstigmatisierung kann nicht über die Köpfe der Betroffenen hinweg gelingen, sondern sie erfordert eine gemeinsame Anstrengung. Und schließlich drittens: Entwicklungen außerhalb der Psychiatrie tragen zur Benachteiligung von Menschen mit psychischen Krankheiten bei und müssen benannt werden. Die Entstig-

matisierung psychischer Krankheit ist nicht auf die Psychiatrie beschränkt, aber die Psychiatrie kann einen wichtigen Beitrag dazu leisten.

Literatur

- 1 Goffman E (1963) *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. NY, Simon and Schuster
- 2 Link BG, Phelan JC (2001) Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology* 27:363–385
- 3 Gagné T, Henderson C, McMunn A (2023) Is the self-reporting of mental health problems sensitive to public stigma towards mental illness? A comparison of time trends across English regions (2009–19). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 58(4):671–680
- 4 Schomerus G et al. (2023) Changes in continuum beliefs for depression and schizophrenia in the general population 2011–2020: a widening gap. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 58(1):17–23
- 5 Haslam N, Tse JSY, De Deyne S (2021) Concept Creep and Psychiatrization. *Front Sociol* 6:806147
- 6 Schomerus G et al. (2022) Changes in mental illness stigma over 30 years – Improvement, persistence, or deterioration? *Eur Psychiatry* 65(1):e78
- 7 Pescosolido BA et al. (2021) Trends in Public Stigma of Mental Illness in the US, 1996–2018. *JAMA Netw Open* 4(12):e2140202
- 8 Sittner M et al. (2024) 'Broken souls' vs. 'mad as man' – changes in the portrayal of depression and schizophrenia in the German media over 10 years. *Epidemiol Psychiatr Sci* 33:e37
- 9 Schomerus G et al. (2021) Some good news for psychiatry: resource allocation preferences of the public during the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry* 20(2):301–302
- 10 Heitmeyer W (2026) *Die Durchrohung der Gesellschaft: Signaturen der Bedrohung* 3. Suhrkamp Berlin
- 11 Link B, Hatzenbuehler ML (2016) Stigma as an Unrecognized Determinant of Population Health: Research and Policy Implications. *J Health Polit Policy Law* 41(4):653–73



Autor

Prof. Dr. med. Georg Schomerus

leitet die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Leipzig und das DGPPN-Referat *Psychosoziale Versorgungsforschung und Public Mental Health*. Die Stigmataforschung ist sein Forschungsschwerpunkt.

Verantwortung in Gemeinschaft

Nachhaltige Gewaltprävention durch Behandlung und Teilhabe ist möglich und gelingt besser, wenn diese Verantwortung von allen Akteurinnen und Akteuren gemeinsam getragen wird – so das Fazit des diesjährigen DGPPN-Hauptstadtsymposiums.

Das DGPPN-Hauptstadtsymposium im März 2026 hat gezeigt, wie hoch die gesellschaftliche und fachliche Relevanz der Frage ist, wie Gewaltprävention bei Menschen mit psychischen Erkrankungen gelingen kann. Über 400 Teilnehmende im Livestream und weit über 100 teils auch aktiv diskutierende Besuchende vor Ort machten deutlich: Der Bedarf an differenzierter, evidenzbasierter Diskussion ist groß – insbesondere in einem Themenfeld, das medial häufig verkürzt dargestellt wird.

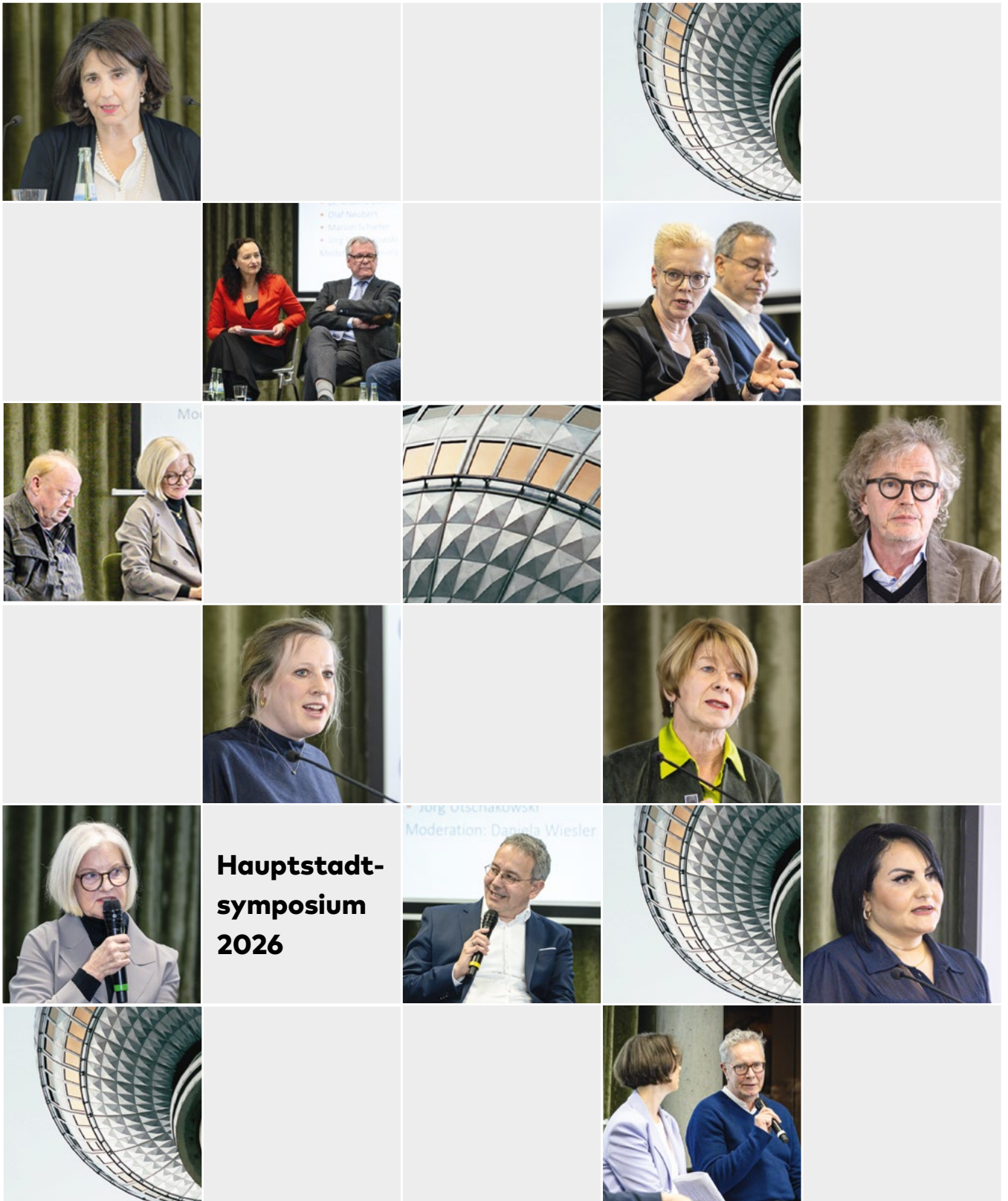
Im Zentrum der Veranstaltung stand die klare Botschaft: Nachhaltige Gewaltprävention gelingt vor allem durch gute Behandlung, frühzeitige Unterstützung und soziale Teilhabe – und nicht durch einseitige sicherheitspolitische Maßnahmen. Wie dies konkret gelingen kann, stellte die Präsidentin der DGPPN, Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank anhand des DGPPN-Papiers *Versorgung stärken, Gewalt verhindern* (siehe S. 24) vor. „Die Herausforderung ist, die Balance zwischen dem berechtigten Schutzbedürfnis der Gesellschaft und den Persönlichkeitsrechten von Patientinnen und Patienten sowie der möglichen Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen zu finden.“ Wie dies in der Praxis erfolgreich umgesetzt werden kann, zeigten die vorgestellten erprobten Beispiele: Das *Preventive Assertive Community Treatment* – Integrierte Versorgung „Hamburger Modell“ und das Projekt SAFE, die Bayerischen Präventionsstellen, und als Drittes das Schweizer Modell der Forensisch-psychiatrischen Fachstellen bei den Polizeibehörden. Die flächendeckende Etablierung solcher bedarfsadaptierten, aufsuchenden ambulanten Versorgungsangebote für Hochrisikogruppen ist unbedingt zu empfehlen, so die DGPPN.

Die abschließende Podiumsdiskussion brachte zentrale Perspektiven aus Versorgung, Politik und Selbsthilfe zusammen. Unter der Moderation von Daniela Wiesler diskutierten Dr. Kristina Böhm (Öffentlicher Gesundheitsdienst, Dresden), Dr. Christiane Erbel (Bundesarbeitsgemeinschaft Elternstimme), Andreas Jung (EX-IN Hessen), Olaf Neubert (GKV-Spitzenverband), Prof. Dr. Thomas Pollmächer (DGPPN-Vorstand), Marion Schiefer (MdL Schleswig-Holstein) sowie Jörg Utschakowski (Psychiatriereferent bei der Senatorin für Gesundheit Bremen). Die Diskussion machte deutlich, wie komplex die Herausforderungen im Versorgungssystem sind.

Und obwohl durchaus unterschiedliche Perspektiven aufeinandertrafen, fanden sich alle Akteurinnen und Akteure in der gemeinsamen Forderung nach einer stärkeren Verantwortungsgemeinschaft zusammen. Statt Zuständigkeiten weiterzureichen, müsse jeder Bereich – von Gesundheitsdiensten über Kommunen bis hin zu Sicherheitsbehörden – seine Verantwortung wahrnehmen und koordiniert handeln.

Das Hauptstadtsymposium hat eindrücklich gezeigt, dass Gewaltprävention nicht isoliert gedacht werden kann. Sie ist untrennbar verbunden mit einer starken, vernetzten und patientenzentrierten Versorgung.

 **Mehr zum Thema**
dgppn.de/veranstaltungen/hauptstadtsymposien



Gesunde Sicherheitspolitik?!



Ein wachsendes Gefühl der Unsicherheit hat sich in Deutschland breit gemacht. Laut einer repräsentativen Umfrage [1] vom November 2025 fühlten sich nur 50% der Befragten eher oder sehr sicher; 2017 waren es noch 75%. Wie verändert ein solches Unsicherheitsgefühl die Politik und welchen Einfluss hat dies auf vorgeschlagene Lösungen?

Als Probleme und Gründe für diese Unsicherheit werden neben anderen Minderheiten in letzter Zeit häufig auch psychisch erkrankte Menschen in den Vordergrund gestellt, was über die eigentlichen Versäumnisse und Herausforderungen hinwegtäuschen soll. Ein Gefühl der Unsicherheit führte und führt oftmals zur Forderung einer Politik, die (wieder) Handlungsmacht demonstrieren müsse und solle, die Kontrolle erlangen, Sicherheit garantieren und Verhalten prognostizieren möge. Eine solche Grundkonstellation wirkt sich letztlich gleich zweifach auf das Feld der psychischen Gesundheit aus. Auf der einen Seite dort, wo Unsicherheit und Krisen die Psyche grundsätzlich negativ beeinflussen. Und auf der anderen Seite wird Gesundheitspolitik mit Blick auf psychische Erkrankungen in den letzten Monaten verstärkt als Sicherheitspolitik verstanden – vor allem als Folge einer Reihe von Gewalttaten psychisch erkrankter Menschen 2024 und 2025 in Magdeburg, Mannheim, Aschaffenburg, Hamburg und Friedland.

Im Nachgang des Anschlages in Magdeburg wurden politische Lösungsvorschläge formuliert; erinnert sei u. a. an die „Register“-Äußerungen des CDU-Generalsekretärs Carsten Linnemann vom Dezember 2024 [2]. Aufgegriffen wurde dieser Gedanke u. a. von der Berliner Gewerkschaft der Polizei. Diese sprach sich im Februar 2025 dafür aus, eine Datenbank zu erstellen, die Überschneidungen aufzeigen soll: von polizeibekanntem Gewalttätern, relevanten psychischen Krankheiten sowie dem Status eines Asylanters bei Geflüchteten [3]. Mehr noch: Die Datenbank sollte Wahrscheinlichkeiten für zukünftige Gewalttaten angeben können. Der dahinter liegende Gedanke: Aus Sicht der Polizei steige die Gefahr für eine Straftat, wenn z. B. bei einer polizeibekanntem straffällig gewordenen Person eine psychiatrische Diagnose eingetragen wird – die Datenbank würde dann eine Warnung ausgeben. Beide Forderungen folgen der Grundannahme: mehr Sicherheit durch Datenaustausch, mehr Sicherheit durch Prognose.

Gegen solche Forderungen und ebenso gegen diese Grundannahme hat sich breiter Widerspruch erhoben, auch von Seiten der DGPPN. Insbesondere die stigmatisierenden und damit behandlungshindernden Implikationen wurden betont. Diese Forderungen wurden inzwischen relativiert und – zumindest vordergründig – zurückgenommen.

Datenaustausch und PsychK(H)Gs

In der Politik und Gesetzgebung seitdem diskutierte oder beschlossene Vorhaben lassen jedoch davon ausgehen, dass die Grundannahme von mehr Sicherheit durch Datenaustausch auch weiterhin besteht. Im Entschließungsantrag *Menschen mit psychischen Erkrankungen schützen, Gefahrenpotenziale erkennen durch bundesweiten Austausch* [4], der von Niedersachsen in den Bundesrat eingebracht und am 30. Januar 2026 beschlossen wurde, wird z. B. einerseits ein verbesserter Zugang ins Versorgungssystem, gerade für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gefordert. Andererseits sollen die Bedingungen verbessert werden, bundesweit Gesundheitsdaten mit Erkenntnissen der Sicherheitsbehörden auszutauschen. Zwar wird hier explizit kein Register gefordert; dennoch verbleiben die Vorschläge eng orientiert an den Konzeptionen *Sicherheit durch Datenaustausch, Kontrolle durch Risikoerkennung* – und damit ist der Antrag nicht weit entfernt von den Ideen der Berliner Polizeigewerkschaft vom Februar 2025.

Und auch die im Dezember 2025 beschlossene Verschärfung des Hessischen *Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzes* (PsychKHG) zeigt einen einseitigen Fokus auf einen Datenaustausch zur Kontrolle und Verhaltensprognose. Zudem geht die Änderung weit über das legitime Ziel hinaus, in besonderen Einzelfällen, in denen bei Entlassung eine weitere konkrete und gegenwärtige Gefährdung Dritter zu erwarten ist, die zuständige Polizeibehörde zu informieren. Die nunmehr zu übermittelnden Informationen werden es erlauben, Datenbanken über eine große Zahl von Menschen anzulegen. Auch dies hatte die DGPPN scharf kritisiert.

An den beiden genannten Beispielen wird das Problem offenbar: Politische Lösungen werden oftmals mit einem einseitigen Fokus auf Gefahrenabwehr gesucht und vermeintliche Lösungen im Datenaustausch, der Kontrolle und Verhaltensprognose gefunden.

Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht sind die vorgeschlagenen Lösungen aus gleich zwei Gründen zu kritisieren. Erstens haben die Forderungen und die schon beschlossenen oder diskutierten Gesetzesänderungen das Potenzial, den Charakter der jeweiligen PsychK(H)Gs nachhaltig zu verändern. So waren – im Zuge von Gerichtsurteilen und der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention 2009 – diese PsychK(H)Gs mit Blick auf die Stärkung der Selbstbestimmung, der Rechte von Patientinnen und Patienten sowie der Inklusion und Teilhabe erst novelliert worden. Die derzeitige Debattenlage könnte jene Errungenschaften relativieren.

Zweitens, und aus politischer Sicht wohl gewichtiger, werden die Debatten um mehr Datenaustausch und um Gesetzesverschärfungen konstraintentionale Folgen auslösen. Die Verknüpfung von psychischen Erkrankungen mit Gewalttaten, die damit einhergehenden drohenden und tatsächlichen Datenaustausche können die Stigmatisierung psychischer Krankheiten verstärken. Die DGPPN hat schon im Sommer 2025 in ihrem Positionspapier *Prävention von Gewalttaten* deutlich darauf hingewiesen: Stigmatisierung verhindert Behandlung, während zeitgleich nur Behandlung eine wirksame Gewaltprävention darstellt [5]. Die Folge ist daher nicht mehr Sicherheit, sondern weniger.

Im Übrigen bleiben politische Maßnahmen, welche die Stigmatisierung psychischer Erkrankungen verstärken könnten, nicht auf das Feld der Sicherheit beschränkt. Die Anfang 2026 diskutierten Änderungen der Grundsicherung sehen zwar Schutzmechanismen für Menschen mit psychischen Erkrankungen vor; zugleich aber vermitteln sie den Eindruck, ärztliche Diagnosen psychischer Erkrankungen könnten durch das Jobcenter relativiert oder kontrolliert werden.

DGPPN-Empfehlungen zur Prävention von Gewalttaten

Die DGPPN hat im März in ihrem Papier *Versorgung stärken, Gewalt verhindern* konkrete Vorschläge unterbreitet, wie eine wirksame Prävention aussehen kann – ohne dabei Menschen mit psychischen Erkrankungen zu stigmatisieren [6]. Gefahrenabwehr realisiert sich darin vorrangig

durch medizinische und andere Hilfen sowie durch eine Verbesserung der Teilhabe – was gleichzeitig auch die Basis für eine nachhaltige psychiatrische Versorgungslandschaft ist. Diese Umsetzungsempfehlungen umfassen eine ganze Reihe unterschiedlicher Bausteine zur wirksamen und vor allem nachhaltigen Gewaltprävention: Vorsorge, Beratung und Hilfe für vulnerable Gruppen, bedarfsadaptierte längerfristige aufsuchende Behandlung, Einbindung forensisch-psychiatrischer Expertise, flächendeckende Etablierung von Kriseninterventionsdiensten, die Stärkung sozialpsychiatrischer Dienste (SpDi), verbindliche Verantwortungsgemeinschaften auf regionaler Ebene, Fallkonferenzen und schließlich die Unterbringung zur Behandlung, sowohl auf eigenen Wunsch als auch – als Ultima Ratio – unfreiwillig. Hierbei schlägt die DGPPN ein Drei-Kriterien-System für die Unterbringungs Voraussetzungen vor sowie eine klar geregelte Differenzierung zwischen Melderechten und Meldepflichten der Unterbringungseinrichtungen.

Bausteine zur wirksamen Gewaltprävention

Psychische Erkrankungen treten häufig auf, und bei ihrer Entstehung spielen biologische, psychische und soziale Einflussfaktoren eine wichtige Rolle. Diese Faktoren gilt es zu identifizieren und mittels Verhältnis- und Verhaltensprävention dahingehend zu beeinflussen, dass das Risiko für psychische Erkrankungen reduziert wird. Aus diesem Grund sollten PsychK(H)Gs immer auch Vorgaben zur Förderung psychischer Gesundheit enthalten – eine Forderung, die die DGPPN auch bei Landtagswahlen immer wieder an die Politik adressiert (siehe S. 5).

Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung sollte gestuft erfolgen. In diesem Sinne ist als Teil der gesundheitlichen psychosozialen Daseinsvorsorge ein niedrigschwelliges Beratungs- und Unterstützungssystem vorzuhalten. Bei diesen Angeboten sollte ein Augenmerk auf Personengruppen liegen, die eine hohe Vulnerabilität für die Entwicklung bzw. Aufrechterhaltung einer schweren psychischen Erkrankung haben. Dazu zählen etwa obdachlose Menschen oder Menschen mit Fluchtbiografie.

Eine Prävention von Gewalttaten gelingt durch eine frühzeitige Behandlung. In diesem Sinne sollten PsychK(H)Gs umfangreiche, übergreifende Behandlungsangebote ermöglichen – mit zusätzlichen Angeboten neben den regulären ambulanten und (teil-)stationären Behandlungsangeboten nach SGB V. Ein weiterer Baustein für eine gelingende

Gewaltprävention liegt in der Einbeziehung forensisch-psychiatrischer Expertise in die allgemeinspsychiatrische Versorgung; erfolgen könnte dies durch die Einrichtung von forensisch-psychiatrischen Konsil-/Liaison-Angeboten für pflichtversorgende Kliniken. Zudem sollten sogenannte Präventionsstellen nach Bayerischem Modell bundesweit etabliert werden. Diese sind komplementäre spezialisierte Betreuungsangebote für gewaltrisikogefährdete Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Sie nutzen forensisch-psychiatrische Expertise, sind aber keine forensischen Einrichtungen.

Eine wichtige institutionelle Klammer für die ausgeführten Präventions- und Behandlungsangebote sind die Sozialpsychiatrischen Dienste. Aus Sicht der DGPPN sollten diese multiprofessionell und sozialraumbezogen arbeitenden Dienste vier Kernaufgaben abdecken:

- niedrigschwellige Beratung und Begleitung
- Krisenintervention
- Planung von Hilfen im Einzelfall
- Koordination und Netzwerkarbeit

So verstanden, erfüllen SpDis eine elementare Rolle in der kommunalen Daseinsvorsorge. Dazu müssen sie befähigt und weiter gestärkt werden. Die DGPPN empfiehlt dazu erstens die enge Abstimmung der SpDis mit den sonstigen Angeboten der unteren Gesundheitsbehörden. Eingebettet sein sollte der SpDi, zusammen mit den SGB-V- und SGB-IX-Angeboten, niedrigschwelligen psychosozialen Beratungsangeboten sowie der Wohnungs- und Obdachlosenhilfe in einer Verantwortungsgemeinschaft. Die DGPPN empfiehlt, dass sich dieses gemeindepsychiatrische Netzwerk auf gesetzlicher Grundlage zu einem verbindlich-kooperativ gestalteten Gemeindepsychiatrischen Verbund (GPV) zusammenschließt.

Angesichts der derzeitigen, einseitig auf Sicherheit und Kontrolle fixierten, politischen Debatte muss deutlich unterstrichen werden: Eine öffentlich-rechtliche Unterbringung kann nur als Ultima-Ratio-Maßnahme in einem wie oben skizzierten gestuften Versorgungssystem eingebettet sein. Für eine Unterbringung müssen für die DGPPN zwingend folgende drei Kriterien gemeinsam erfüllt sein:

- Vorliegen einer psychischen Erkrankung
- krankheitsbedingte Aufhebung der Selbstbestimmungsfähigkeit
- Bestehen einer erheblichen, gegenwärtigen Gefahr für die Person selbst oder Dritte

Der aktuell kursierenden Forderung einer massiven Ausweitung des Datenaustausches zwischen Sicherheits- und Gesundheitsbehörden setzt die DGPPN eine Differenzierung nach Meldepflichten und Melderechten entgegen. Melderechte seitens der Krankenhäuser an Sicherheitsbehörden sind nur eng begrenzt statthaft, sofern etwa nach fachärztlicher Einschätzung zum Zeitpunkt der Aussetzung oder Beendigung der Unterbringung eine Fremdgefährdung fortbesteht. Diese ist zwar nicht momentan vorliegend, aber mit hoher Wahrscheinlichkeit jederzeit erwartbar und damit auch gegenwärtig. Meldepflichten sind nur in begründeten Einzelfällen und bei medizinischen Daten ausschließlich gegenüber schweigepflichtgebundenen Stellen (z. B. SpDis, weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte) zu rechtfertigen. Diese Unterscheidung vermeidet ansatzlose und vor allem der Behandlung hinderliche, weil stigmatisierende Meldungen an Sicherheitsbehörden. Sie ermöglicht aber zugleich, dass behandlungsrelevante Information die zuständigen Stellen auch erreichen.

Als Fachgesellschaft erarbeitet die DGPPN nicht nur evidenzbasierte und konkrete Lösungsvorschläge wie z. B. die vorgestellten Papiere *Prävention von Gewalttaten* sowie *Versorgung stärken, Gewalt verhindern*; auch ein DGPPN-Hauptstadtsymposium nahm sich Anfang März dieses Themas an (siehe S. 22).

Literatur

- 1 ARD-DeutschlandTrend (2025) Gefühl der Unsicherheit nimmt zu. www.tagesschau.de/inland/deutschlandtrend/deutschlandtrend-november-104.html
- 2 Schulz S, Deutschlandfunk (2024) Linnemann (CDU) spricht sich für schnellere Ausweisungen aus. www.deutschlandfunk.de/
- 3 Wenzel S, RBB 24 (2025) Was die Prävention von Taten wie in Aschaffenburg so schwer macht. www.rbb24.de/politik/beitrag/2025/01/
- 4 Lies O (2025) Antrag des Landes Niedersachsen – Entschließung des Bundesrates: Menschen mit psychischen Erkrankungen schützen, Gefahrenpotenziale erkennen durch bundesweiten Austausch. www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2025/
- 5 DGPPN (2025) Positionspapier: Prävention von Gewalttaten. www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2025/das-beste-mittel-der-gewaltpraevention-ist-therapie.html
- 6 DGPPN (2026) Versorgung stärken, Gewalt verhindern: Wie praxisorientierte Umsetzung gelingen kann. www.dgppn.de/presse/pressemitteilungen/pressemitteilungen-2026/versorgung-staerken-gewalt-verhindern.html

Kongress 2026

 **dgppn**
Kongress

25.11.–28.11. | CityCube | Berlin



2026

Psychiatrie und Psychotherapie:
Profile und Weiterentwicklungen

dgppnkongress.de

PROFIL UND PERSPEKTIVE

Wo stehen wir? Wo wollen wir hin?

Die Reflexion des Fachs *Psychiatrie und Psychotherapie* steht 2026 im Mittelpunkt des DGPPN Kongresses.

Auch dieses Jahr werden auf dem DGPPN Kongress wieder etwa 10.000 Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Angehörige der Gesundheitsberufe, Studierende, Betroffene und Angehörige erwartet. Gemeinsam machen sie den DGPPN Kongress zur europaweit größten Fachveranstaltung für psychische Gesundheit.

In mehr als 500 Veranstaltungen – Workshops, Symposien, Lectures, Diskussionsforen, Poster- und Präsidientensymposien – wird neuestes Wissen aus Psychiatrie und Psychotherapie vorgestellt und Aktuelles aus Forschung und Versorgung diskutiert.

Quo vadis Psychiatrie?

Im Jahr nach dem Enquete-Jubiläum lädt der DGPPN Kongress zur Reflexion ein: Wie verstehen wir unser Fach? Mit welchem Selbstverständnis treten wir unseren Patientinnen und Patienten, aber auch den Kolleginnen und Kollegen anderer medizinischer Disziplinen und anderer Berufsgruppen gegenüber? Das Kongressthema 2026 lautet *Psychiatrie und Psychotherapie: Profile und Weiterentwicklungen*.

Das Fach *Psychiatrie und Psychotherapie* steht für einen integrativen Ansatz: Grundlage unseres Verständnisses psychischer Gesundheit und Erkrankung ist die ganzheitliche Perspektive des biopsychosozialen Modells. Auf dieser Basis wurden jüngst wichtige Weiterentwicklungen erreicht: Erkenntnisse im Bereich der Pathophysiologie neurodegenerativer Erkrankungen haben zu gezielten, individualisierten Therapieansätzen geführt – heute stehen uns erstmalig krankheitsmodifizierende Therapien für die Alzheimer-Erkrankung zur Verfügung. Rasante Entwicklungen in Bildgebung und KI-gestützten Techniken eröffnen neue Chancen für Risikoprädiktion und Früherkennung – so können wir unterstützend

intervenieren, bevor Probleme sich verfestigen. Dank modularer und individualisierter psychotherapeutischer Ansätze haben wir heute zunehmend Versorgungsoptionen – auch für diejenigen Patientinnen und Patienten, die von den klassischen psychotherapeutischen Angeboten bislang nicht ausreichend profitiert haben.

Das Fach entwickelt sich stetig weiter und schärft dabei sein Profil. Nur so können Menschen mit psychischen Erkrankungen stets von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen profitieren und auch zukünftig die bestmögliche Behandlung in Anspruch nehmen.

Interdisziplinarität als Grundprinzip

Die Arbeit in multiprofessionellen Teams wird in der Diagnostik und Therapie psychischer Erkrankungen zunehmend zur Regel, eine Vielzahl medizinischer Disziplinen und Berufsgruppen ist an der Versorgung beteiligt.

Auf dem DGPPN Kongress kommen sie zusammen und treten in den Dialog. Als Ort des Austauschs, der Diskussion und der wertschätzenden Auseinandersetzung ist der Kongress ein wertvolles Forum, um sowohl Gemeinsamkeiten als auch unterschiedliche Perspektiven sichtbar zu machen und so zu einer Weiterentwicklung der Disziplin(en) beizutragen.

Triolog als Brücke

Der triologische Austausch zwischen professionellen Behandelnden, Angehörigen und Betroffenen ist auf dem DGPPN Kongress selbstverständlich: Die Perspektive der Erfahrungsexpertinnen und -experten wird in einer Vielzahl der Sessions eingebunden, und Mitglieder des Triologischen Forums der DGPPN veranstalten eigene Sitzungen im wissenschaftlichen Programm. Zudem laden Selbsthilfegruppen und Betroffenenvereine im CityCube an mehr als 50 Ständen zu Gesprächen ein.

DGPPN Kongress 2026 – auf einen Blick

- 25.–28. November 2026
- CityCube Berlin
- Teilweise Livestreaming, anschließendes Video-on-Demand-Angebot
- Großes Workshop-Programm vor Ort
- CME-Punkte können vor Ort und digital gesammelt werden
- DGPPN-Mitglieder profitieren von einer vergünstigten Gebühr
- Programmschwerpunkte auch für den medizinischen Nachwuchs

Dieser Teil des Ausstellungsprogramms ist, wie die Ausstellung der Verlage, Anbieter von Gesundheitsleistungen und Kliniken, selbstverständlich für alle Teilnehmenden frei zugänglich.

Kongress-Highlights und Premieren

Zentraler Teil des wissenschaftlichen Programms sind die mehr als 40 State-of-the-Art-Symposien des Kongresses. Sie widmen sich nahezu allen Störungsbildern

und vielen weiteren relevanten störungsübergreifenden Aspekten. Dieses Jahr wird erstmals das Thema *Kulturelle Psychiatrie und Psychotherapie* in Form eines State-of-the-Art-Symposiums aufgegriffen. Teilnehmende erfahren, wie sie in Diagnostik und Behandlung die individuellen kulturellen und sprachlichen Hintergründe ihrer Patientinnen und Patienten bestmöglich berücksichtigen können.

Auch das Workshop-Programm wird regelmäßig um neue Themen ergänzt. Dieses Jahr kommt unter anderem das Thema *Behandlung der Alzheimer-Demenz* hinzu, denn die neuen Behandlungsmöglichkeiten bringen einen erheblichen Fortbildungsbedarf mit sich. Die Teilnehmenden werden im Workshop praktisch lernen, neuropsychologische und Biomarker-Befunde zu interpretieren, die Indikation für Antikörper-Therapien zu stellen und die Durchführung der Therapien inklusive möglicher Nebenwirkungen zu managen.








Das Workshop-Programm wird jedes Jahr stark nachgefragt, es lohnt sich, schnell zu buchen – und dabei auch vom Frühbucherrabatt zu profitieren. Noch ist das Kongressprogramm nicht finalisiert; Poster und Freie Vorträge können noch bis zum 19. Juni 2026 eingereicht werden.



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.

After Life		Die Serie von und mit Comedian Ricky Gervais widmet sich den Auswirkungen von Trauer: Nach dem Tod seiner Frau verliert Tony Johnson den Lebensmut und verhält sich rücksichtslos, findet aber später neue Perspektiven und neuen Sinn im Leben.	→ Serie Netflix
Silver Linings		Acht Monate saß Pat in einer Psychiatrie. Nach seiner Entlassung lernt er Tiffany kennen, die nach dem Tod ihres Mannes depressiv ist. Bei Tanzstunden nähern sich die beiden Außenseiter an und arbeiten gemeinsam an ihren Problemen.	→ Film Amazon Prime
Vier minus drei		Barbara und ihr Partner Heli leben als Clowns mit ihren Kindern ein glückliches Leben. Nach einem Unfall verliert Barbara ihre Familie, und ihre Welt bricht zusammen. Der Verlust stellt alles infrage, doch sie sucht mutig einen eigenen Weg durch die Trauer und findet langsam neue Hoffnung. Ein berührender Film über Liebe, Verlust und Neubeginn.	→ Film Amazon Prime
Die my Love		Ein intensives psychologisches Drama über die junge Mutter Grace, die nach der Geburt ihres Kindes an postpartaler Depression und Psychose leidet. Der Film zeigt Isolation und Identitätsverlust sowie deren Einfluss auf Beziehungen. Ein Porträt über mentale Gesundheit und den Mut, Hilfe anzunehmen.	→ Film MUBI
Psychisch stark – Wege aus der Depression		Depressionen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen weltweit, auch Kinder und Jugendliche sind betroffen. Trotzdem bleibt die Krankheit ein gesellschaftliches Tabu. Im Programmschwerpunkt „Psychisch stark – Wege aus der Depression“ machen ZDF, 3sat und arte das Thema sichtbar.	→ Dokumentation ZDF-Mediathek
Deutschland, Du kannst das!		Sozialpolitik auf die Ohren: Der monatliche AWO-Podcast fragt nach einer sozial gerechten Gesellschaft. Moderiert von Holger Klein kommen Menschen aus der sozialen Arbeit zu Wort, deren Stimmen in großen Talkshows oft ungehört bleiben und die ihre Erfahrungen aus der Praxis teilen.	→ Podcast alle Plattformen
Es braucht das ganze Dorf.		Alle zwei Wochen bringt <i>tomoni mental health</i> Wissenschaft und persönliche Erfahrungen zusammen: Expertinnen und Experten aus Psychologie und Psychotherapie sowie Betroffene und Angehörige teilen Wissen, Erlebnisse und Tipps. So wird mentale Gesundheit greifbar und zeigt, wie man Anzeichen früh erkennen und helfen kann.	→ Podcast alle Plattformen

Medienpreis

Ich konnte meiner Tochter nicht helfen

Eine junge Frau hört Stimmen, fühlt sich verfolgt, verweigert aber eine Behandlung. Die Mutter will eingreifen und darf nicht. Barbara Vorsamer über das Recht auf Selbstbestimmung in der Psychiatrie – und die Frage, wo es aufhört. Die DGPPN hat den Beitrag mit dem Medienpreis für Wissenschaftsjournalismus 2025 ausgezeichnet.



DGPPN-
Medienpreis
2025

Die Sätze der Oberärztin wollen der Mutter nicht aus dem Kopf. „Seien Sie nicht so übergriffig, lassen Sie Ihre Tochter los“, habe diese bei dem Familiengespräch in der psychiatrischen Klinik gesagt, in der Tochter Lisa damals Patientin war. Doch wie soll man als Mutter loslassen, wenn das Kind schwer krank ist und man das Gefühl hat, dass sonst auch keiner was tut?

So ging es Beate Reiter, das erzählt sie an einem der heißesten Tage dieses Sommers am Esstisch in ihrem Wohnzimmer. Doch essen könnte man hier gerade nichts, der Tisch ist mit Fotos und Gegenständen übersät. Das Portemonnaie von Lisa, ihre grünen Blumenohrstecker, Muscheln aus dem gemeinsamen Korsika-Urlaub, das letzte Parfum, das sie sich gekauft hat. Über einem Stuhl hängen noch Lisas Jeansjacke und ihr Schal. Auf jedem Regal weitere Bilder, das ganze Haus am Hang ist ein Lisa-Schrein. An diesem Sommertag ist es zehn Wochen her, dass sich die Tochter das Leben genommen hat. Und zumindest die Mutter ist sich sicher: „Hätten uns die Ärzte zuhören dürfen, könnte meine Lisa noch leben.“

Lisa hieß in Wahrheit anders. Um ihre Privatsphäre und die ihrer Familie zu schützen, sind in diesem Text alle Namen geändert. In dem psychiatrischen Krankenhaus, in dem das Familiengespräch im Januar dieses Jahres stattfand, war Lisa wegen einer Psychose. Sie hörte Stimmen, fühlte sich verfolgt, konnte in ihrem Elternhaus nur noch auf einem bestimmten Stuhl sitzen und nur noch aus ungeöffneten Packungen essen. So beschreiben es ihre Mutter und ihre Schwester Sina. An einem Tag wollte sie nur Ketchup, dann musste es Pesto sein, plötzlich gingen ausschließlich Nüsse. In ihren letzten Wochen sprach sie kaum noch, verschwand immer wieder für mehrere Tage, gab innerhalb kurzer Zeit 10000 Euro aus, trennte sich von ihrem langjährigen Freund und verkaufte ihr Auto. Dann tauchte sie wieder zu Hause auf und tat, als wäre nichts gewesen. In einer psychiatrischen Klinik war sie nicht zum ersten Mal. Doch immer wieder entließ sie sich selbst, weil sie der Meinung war, gesund zu sein.

Psychose ist ein umgangssprachlicher Begriff, unter dem Laien zahlreiche wahnhaft und schizophrene Störungen zusammenfassen. Die bekannteste davon ist die paranoide Schizophrenie, laut eines Arztbriefs litt auch Lisa darunter. In Deutschland werden jährlich etwa 15000 Personen neu damit diagnostiziert, am häufigsten trifft es junge Erwachsene – wie Lisa. Zum Krankheitsbild gehören in der Regel schwere Wahrnehmungsstörungen und akustische Hallu-

zinationen, das heißt, die Betroffenen hören oft Stimmen, die ihnen Befehle geben, oder fühlen sich von geheimen Mächten verfolgt. Oft verhalten sich die Erkrankten ihrem Umfeld gegenüber aggressiv und brechen soziale Kontakte ab. Behandelt werden wahnhaftige Störungen meist mit einer Kombination aus Psychotherapie und Medikamenten.

In einer freien Gesellschaft ist es erlaubt, das eigene Leben zu ruinieren

Die Einsicht in die eigene Krankheit ist bei Menschen mit einer Psychose allerdings oft nicht oder nicht kontinuierlich gegeben. Für sie sind ihre Stimmen im Kopf Realität. Es sind die anderen, die sich bedenklich verhalten, nicht sie selbst. Dabei können Erkrankte ganz unauffällig wirken. „Wer die Lisa nur mal 15 Minuten gesprochen hat und sie vorher nicht gut kannte, dem ist wahrscheinlich gar nichts aufgefallen“, das berichten Mutter und Schwester übereinstimmend bei dem Gespräch in ihrem Wohnzimmer.

Das kann zu der Situation führen, dass Ärzte, Therapeuten und Gerichte die Dringlichkeit einer Behandlung ganz anders bewerten als Angehörige. Wenn diese den Patienten sehen, wirkt er möglicherweise stabil. Sagt er dann, er möchte keine Medikamente nehmen und nicht in der Klinik bleiben – dann muss er nicht. Die Schwellen, Menschen gegen ihren Willen in einer Psychiatrie unterzubringen und gegen ihren Willen zu behandeln, sind in Deutschland spätestens mit den in den 2010er-Jahren geänderten Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetzen (PsychKHG) der Bundesländer deutlich erhöht worden. Bis 2019 galt beispielsweise in Bayern noch das sogenannte „Unterbringungsgesetz“, in dem nur der lapidare Satz stand, dass der Untergebrachte die notwendigen medizinischen Maßnahmen zu dulden habe. Heute muss jeder Zwangsbehandlung ein Gericht zustimmen und das Bürgerliche Gesetzbuch formuliert sieben Voraussetzungen dafür. Zu denen gehört, dass den Betroffenen andernfalls „erheblicher gesundheitlicher Schaden“ drohe und er oder sie nicht in der Lage sei, das zu erkennen. Ein solcher Schaden muss dabei mehr sein, als dass die Grunderkrankung unbehandelt bleibt. Auch reicht eine psychiatrische Diagnose alleine nicht aus, um jemandem den freien Willen abzusprechen.

All das erklärt Thomas Pollmächer am Telefon, er ist im Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde zuständig für das Thema Patientenautonomie. Über die Re-

formen der 2010er-Jahre sagt er: „Diese Änderungen waren dringend geboten und sind grundsätzlich positiv zu bewerten.“ Er sagt aber auch: „Vielleicht sind manche Anforderungen mittlerweile etwas zu hoch.“ Gerade Betroffene von paranoider Schizophrenie ruinierten in der Akutphase oft ihr ganzes Leben und Angehörige müssten dabei untätig zusehen.

In einer freien Gesellschaft wie der deutschen ist es allerdings erlaubt, das eigene Leben zu ruinieren, und es ist nicht Aufgabe von Psychiatern, Polizei und Richtern, Menschen daran zu hindern. Zumindest nicht, solange diese wissen, was sie tun. Wie genau also kann Selbstbestimmung für psychisch schwer kranke Menschen aussehen? Wie kann man Menschen vor sich selbst schützen, ohne sie in ihrer Autonomie zu sehr einzuschränken? Diese Debatte ist auch nach den Neufassungen der PsychKHG nicht abgeebbt. In der Diskussion stehen auf der einen Seite Aktivisten, die Zwang in der Psychiatrie unter keinen Umständen für zulässig halten. Auf der anderen Seite stehen Angehörige wie Beate Reiter. Sie glaubt, dass all die Selbstbestimmung, die das Gesetz Betroffenen heutzutage einräumt, „ihre Lisa“ das Leben gekostet hat.

Nach einem so tragischen Ereignis kann kaum jemand einfach nur erzählen, was wann vorgefallen ist. Während des Gesprächs schwingt immer die Frage mit: War das der Grund? Hätte man hier etwas anders machen müssen? Wer ist schuld? Gibt es überhaupt einen Schuldigen? Die Mutter kommt in ihrer Verzweiflung hier zu manch harschem Urteil. Die Chefin habe Lisa überfordert, die Ärztin falsch behandelt, der Yogalehrer trügerische Hoffnungen geweckt und die Polizei einfach gar nichts gemacht. An die hatte sich die Familie mehrmals gewandt, wenn Lisa mal wieder verschwunden war. Doch hakt man genauer nach, relativiert Beate Reiter die Vorwürfe wieder.

Lisa sei ein ruhiges Kind gewesen, die Schwestern, die nur eineinhalb Jahre auseinander sind, „beste Freundinnen“. Nach ihrem Abitur zog sie in eine andere Stadt, studierte Soziologie und begann, für die Arbeitsagentur zu arbeiten. Kurz nach ihrem Berufseinstieg brach die Psychose zum ersten Mal aus. Über Nacht kam sie nicht, das ist vor allem im Nachhinein offensichtlich. Einer paranoiden Schizophrenie gehen meist mehrere Monate mit spezifischen Symptomen voraus, typisch sind sozialer Rückzug, depressive Verstimmungen, geringe Belastbarkeit. Lisa besuchte ihre Familie immer seltener, „sie war uns gegenüber plötzlich ganz ab-

lehnend“, erzählt Beate Reiter, „fast schon aggressiv“, fügt Schwester Sina hinzu. Sie hätten sich das aber zunächst mit dem Tod des Vaters, einer anstrengenden Prüfungsphase und Stress im Job erklärt.

Akut wurde es dann am ersten Weihnachtsfeiertag 2018, da konnte Lisa plötzlich den linken Arm nicht mehr bewegen – ein erstes Anzeichen für einen psychotischen Stupor, eine Art Lähmung, die sehr gefährlich werden kann. Als Lisa sich verabschiedete, sagte sie bedeutungsvoll: „Jetzt hab’ ich etwas vor, das wird sehr schwer für mich.“ Danach verschwand die junge Frau zum ersten Mal kommentarlos. In diesen Tagen fand ihr Freund in seiner Wohnung Lebensmittel und neue Schuhe, aber keine Lisa. Sie fuhr derweil kreuz und quer durch Deutschland mit dem Zug, tanzte in Berlin in einem McDonald’s, wies sich in Köln in ein Krankenhaus ein und entließ sich wieder, meldete sich in Stuttgart bei der Polizei und haute wieder ab, bevor ihre Schwester eintraf, um sie abzuholen.

Dieses Erlebnis hat sich bei der Familie besonders eingebrannt. Bis heute versteht sie nicht, warum die Polizisten nicht besser auf diese verwirrte und für Minustemperaturen viel zu dünn angezogene Frau aufgepasst haben, die auf der Wache um Hilfe gebeten hatte. Doch Polizisten haben nicht das Recht, jemanden festzuhalten, wenn er oder sie sich umentscheidet. Sie suchen auch nicht nach verschwundenen Personen, wenn diese erwachsen sind und nichts auf ein Verbrechen hinweist. Immer wieder und an so vielen Stellen standen die Reiters vor demselben Problem: Lisa war volljährig, Lisa galt als zurechnungsfähig, niemand sah eine Eigen- oder Fremdgefährdung. Die Angehörigen bewerteten das ganz anders.

Nach einigen Wochen gelang es der Familie, Lisa zu einem stationären Aufenthalt in einer Psychiatrie zu bewegen. Einhalb Monate später entließ sie sich wieder. Zwar gegen ärztlichen Rat – doch sie nahm danach weiter Medikamente.

Die fünf Jahre zwischen den beiden psychotischen Phasen seien hart für Lisa gewesen, so beschreiben es Mutter und Schwester übereinstimmend. „Sie hat sich mit eiserner Disziplin zurück ins Leben gekämpft“, sagt Beate Reiter, sei zwar wenig belastbar, aber doch gesund gewesen. In ihr altes Leben, in ihren alten Beruf schaffte sie es nicht zurück. Lisa kündigte und zog wieder bei ihrer Mutter ein, litt stark unter den Nebenwirkungen der Antipsychotika, die allen Emotionen die Tiefe raubten und ihren Blick starr

werden ließen. Aus Angst vor einem Rückfall begann sie erst nach mehr als zwei Jahren die Dosis zu reduzieren, sehr langsam und unter ständiger Rücksprache mit ihrer ambulanten Psychiaterin. Am 6. Dezember des vergangenen Jahres (2023, Anm. d. Red.) stieß die Familie mit Sekt an: auf Beates 63. Geburtstag und darauf, dass Lisa zum ersten Mal seit Jahren keine Tabletten mehr nahm.

Doch schon am 14. Dezember tauchte Lisa unangekündigt auf der Arbeitsstelle ihres Freundes auf, sagte ihm, dass sie verfolgt werde und er mit ihr fliehen müsse. Der Kreislauf begann von Neuem: Lisa verschwand, Lisa tauchte wieder auf. Sie ließ sich in eine Klinik einweisen, nahm Tabletten. Sobald es ihr etwas besser ging, entließ sie sich, kam wieder nach Hause, konnte nicht mehr essen, lebte nur noch aus dem Koffer und verschwand dann wieder. Im Dezember 2023 war sie erst in einer Akutpsychiatrie in Süddeutschland, später auf einer offenen Station. Von dort flüchtete sie am 1. Januar 2024, landete in der Schweiz in einer Klinik und wurde danach wieder in die gleiche akutpsychiatrische Station nach Deutschland verlegt. Hier kam es am 19. Januar zu dem Familiengespräch, das Beate Reiter nicht loslässt.

Dieser gemeinsame Termin mit ihrer Tochter und deren Behandlungsteam erschien ihr damals als einziger Weg, mit der Klinik in Kontakt zu treten. Davor habe sie bei all ihren Versuchen den Ärzten zu erzählen, wie schlecht es Lisa wirklich ging, auf Granit gebissen. Mit Verweis auf die Schweigepflicht hörte sie immer wieder: Wir dürfen nicht mit Ihnen sprechen. Das Umfeld wird in eine psychiatrische Therapie nur mit Einverständnis des Patienten einbezogen.

„Ich glaube, diesen ganzen Weg, den wollte sie nicht noch einmal gehen.“

Schon bevor das Gespräch überhaupt begann, entgleiste alles, zumindest der Schilderung der Mutter zufolge. Während sie auf die Ärzte warteten, argwöhnte die Tochter, ihre Mutter würde andauernd mit anderen über sie reden. Lisa wollte das Handy ihrer Mutter überprüfen, die Chats lesen, Beate Reiter versuchte, das zu verhindern. Die beiden rangelten um die Handtasche – in diesem Augenblick kam ein Arzt ins Zimmer und fragte: „Ist solche Gewalt in Ihrer Familie üblich?“ Später fielen die Sätze, dass Reiter endlich loslassen solle. „Ihre Tochter wird hier behandelt, lassen Sie uns in Ruhe unsere Arbeit machen“, so hat die Mutter die Worte der Oberärztin in Erinnerung. Zwei Wochen später, Anfang Februar, wurde Lisa entlassen. Diesen Widerspruch wirft Beate Reiter der

Klinik vor: „Erst sagen sie mir, ich soll mich raushalten. Und dann schicken sie sie mir nach Hause.“ Ihre Stimme bricht. „Ich konnte meiner Tochter nicht mehr helfen.“

Das Krankenhaus teilt dazu auf Anfrage mit, dass der Persönlichkeitsschutz von Patienten über den Tod hinausgehe und man sich deswegen zu individuellen Vorkommnissen nicht äußern könne.

Die Frage bleibt, ob überhaupt jemand hätte helfen können und wie. Psychiater Pollmächer empfiehlt Betroffenen, in stabilen Zeiten eine ausführliche Patientenverfügung aufzusetzen, damit während der psychotischen Phase klarer ist, was ihr wahrer Wille vermutlich ist. Manche Menschen mit paranoider Schizophrenie stehen auch unter rechtlicher Betreuung. Doch dazu wäre Lisa nie bereit gewesen, sagt die Mutter, und sie habe nicht krank genug gewirkt, um eine Betreuung vor Gericht zu erzwingen. Ein Arzt habe ihr gegenüber gesagt: „Da haben Sie keine Chance.“ Einen Antrag hat sie daher nie gestellt.

Sina Reiter hat die Vermutung, dass ihre Schwester die starken Medikamente, die sie aus ihrer ersten Psychose innerhalb von Tagen „rausgeschossen“ hatten, diesmal verweigert hat. „Sie kannte sich inzwischen viel besser aus, hatte Erfahrung, was Langzeit- und Nebenwirkungen betrifft.“ Und deswegen sei sie aus ihrer zweiten Psychose nie mehr richtig aufgetaucht. Lisas Schwester sagt: „Nachdem sie die letzten Jahre so hart gekämpft und so vorsichtig abgesetzt hat, ging jetzt trotzdem alles wieder von vorn los. Ich glaube, diesen ganzen Weg, den wollte sie nicht noch einmal gehen.“ Dabei spielt ihre Hand mit einem schweren silbernen Medaillon, das sie über ihrem Blumenkleid trägt, Beate Reiter trägt dasselbe. Darin befindet sich ein Bild von Lisa.

Autorin

Barbara Vorsamer

ist langjährige Autorin und Redakteurin der Süddeutschen Zeitung und schreibt heute als freie Journalistin für den Spiegel, Übermedien und andere – über Persönliches, Politisches und Psychisches.

Illustratorin

Jessy Asmus

arbeitet als Bildredakteurin und Illustratorin bei der Süddeutschen Zeitung.

Nachdruck aus SZ Süddeutsche Zeitung, Liebe & Leben, 07.09.2024 mit freundlicher Genehmigung von Süddeutsche Zeitung Content. © Süddeutsche Zeitung GmbH, München

merk-würdig

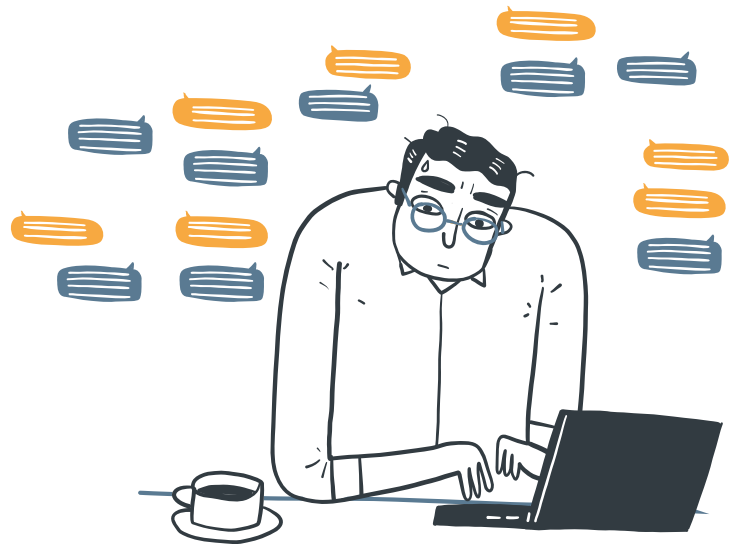
Studienergebnisse, die ganz sicher
im Gedächtnis bleiben



Muttermilch für die Seele

In einer zehnjährigen prospektiven Kohortenstudie mit 168 irischen Müttern wurde untersucht, ob das Stillverhalten (jemals gestillt, Dauer des exklusiven Stillens, ≥ 12 Monate kumulatives Stillen) mit selbstberichteter, mütterlicher Depression und Angst assoziiert ist. Alle Mütter waren zum Studienstart mit ihrem zweiten Kind schwanger; 73 % haben jemals gestillt, 38 % kumulativ ≥ 12 Monate. Im Verlauf der Studie berichteten 21 % über Depression/Angst. Stillten die Mütter jemals, war dies mit geringerer Erkrankungs Wahrscheinlichkeit assoziiert (OR 0,40), ebenso bei ≥ 12 Monaten Stillen (OR 0,38). Die Ergebnisse sprechen für einen langfristigen protektiven Zusammenhang – allerdings bei kleiner Stichprobe, Selbstangaben und ohne Kausalitätsaussage.

Quelle: McNestry C et al. (2026) Breastfeeding and later depression and anxiety in mothers in Ireland: a 10-year prospective observational study. *BMJ open* 16(1):e097323. doi.org/10.1136/bmjopen-2024-097323



Nutzung mit Nebenwirkung

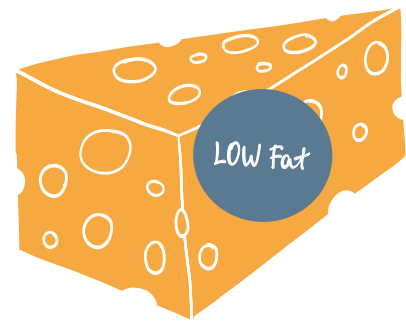
In einer US-weiten, bevölkerungsgewichteten Online-Querschnittsbefragung (April bis Mai 2025) mit 20.847 Erwachsenen wurde der Zusammenhang zwischen generativer KI-Nutzung und depressiven Symptomen untersucht. 10 % nutzten KI mindestens täglich, vor allem privat (87 %), seltener für Arbeit (48 %) oder Schule (11 %). Eine tägliche KI-Nutzung war mit höheren Werten depressiver Symptome (erhoben mittels PHQ-9) assoziiert ($\beta = 1,08$) und einer um 29 % erhöhten Wahrscheinlichkeit für mindestens mittelgradige Symptome. Dies war besonders ausgeprägt bei den 25–64-Jährigen. Auch für Angst und Reizbarkeit fanden sich signifikante Zusammenhänge. Die Effekte waren insgesamt moderat und betrafen primär die private KI-Nutzung. Aufgrund des Querschnittsdesigns lässt sich keine Kausalität ableiten.

Quelle: Perlis RH et al. (2026) Generative AI Use and Depressive Symptoms Among US Adults. *JAMA Netw Open* 9(1):e2554820. doi:10.1001/jamanetworkopen.2025.54820

Fett mit Effekt

In einer schwedischen prospektiven Kohortenstudie mit 27.670 Personen (Malmö Diet and Cancer Study) wurde über einen Zeitraum von 25 Jahren geprüft, ob Milchprodukte mit unterschiedlichem Fettgehalt das Demenzrisiko beeinflussen. Die Ernährung der Studienteilnehmenden erhoben die Forschenden mittels Ernährungstagebuch, Fragebögen und Interviews; die Demenzdiagnosen anhand eines Registers. Personen mit $\geq 50\text{g/Tag}$ fettreichem Käse oder $\geq 20\text{g/Tag}$ fettreicher Sahne hatten ein signifikant geringeres Risiko für Demenz. Fettarme Varianten sowie Milch zeigten keine Assoziation. Der Befund widerspricht der MIND-Diät, die Käse als ungesund limitiert. Als Beobachtungsstudie erlaubt die Analyse jedoch keine Kausalitätsaussage; nicht vollständig kontrollierte Störfaktoren sowie Ernährungsänderungen im Studienverlauf sind möglich.

Quelle: Du Y et al. (2026) High- and Low-Fat Dairy Consumption and Long-Term Risk of Dementia: Evidence From a 25-Year Prospective Cohort Study. *Neurology* 106(2):e214343. doi.org/10.1212/WNL.000000000214343



Sensor senkt Craving

In einer randomisierten klinischen Phase-2-Studie mit 120 Erwachsenen im ersten Jahr einer abstinenorientierten Behandlung untersuchten US-Forscher, ob ein tragbarer Herzsensor, der in Echtzeit Feedback gibt, zusätzlich zur Standardbehandlung bei Menschen mit schwerer Substanzkonsumstörung negative Affekte, Craving („Suchtdruck“) und den Substanzkonsum im Alltag über acht Wochen reduzieren kann. Die Interventionsgruppe (n=70) erhielt die Standardbehandlung von per App angeleiteten Atemübungen und kurzen Übungen bei Stress plus Herzratenvariabilitäts-Biofeedback (HRVB); die Kontrollgruppe (n=50) erhielt nur die Standardbehandlung. Zweimal täglich erfolgten Smartphone-Erhebungen zu Affekt, Craving und Konsum. Unter HRVB nahmen negative Affekte und Craving ab und der Anteil an Tagen mit Substanzkonsum war um 64% reduziert; in der Kontrollgruppe nahmen Affekte und Craving hingegen zu. HRVB schwächte die Kopplung von Craving und späterem Konsum ab.

Quelle: Eddie D et al. (2025) Heart Rate Variability Biofeedback for Substance Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry* 82(12):1177–1185. doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.2700

Wir setzen Standards

Gleich fünf Leitlinien sind kürzlich unter (Mit-)Federführung der DGPPN aktualisiert worden oder erscheinen bald neu. Die wichtigsten Neuerungen sind hier skizziert.

Schizophrenie

S3-Leitlinie – Living Guideline der DGPPN

AWMF-Reg.-Nr. 038–009

gültig: 30.06.2025–29.06.2026

Leitlinienkoordination: Prof. Dr. Alkomiet Hasan
mit Prof. Dr. Peter Falkai, Prof. Dr. Wolfgang Gaebel,
Prof. Dr. Stefan Leucht

Bei einer schweren Erkrankung wie der Schizophrenie sind frühzeitige Erkennung und konsequente Behandlung besonders entscheidend, denn die Erkrankung geht mit erheblichem persönlichem Leid und einem hohen Risiko für soziale und berufliche Beeinträchtigungen einher. Eine frühe Intervention kann Komplikationen und Leid minimieren – für die Betroffenen und auch für andere. Die aktualisierte S3-Leitlinie erweitert die medikamentösen, psychotherapeutischen und psychosozialen Therapiemöglichkeiten und schafft so flexiblere Optionen für die Behandlung von Menschen mit Schizophrenie.

Für die psychopharmakologische Behandlung wurde bislang eine Monotherapie empfohlen. Die neue Leitlinie ermöglicht nun in bestimmten Konstellationen, insbesondere bei schwierigen Behandlungsfällen, auch Kombinationstherapien. Die Auswahl der Medikamente muss individuell erfolgen, unter besonderer Berücksichtigung der Nebenwirkungen, da diese für die Compliance entscheidend sind.

Die neue Leitlinie stärkt auch den Stellenwert der Psychotherapie. Neu aufgenommen wurden unter anderem Empfehlungen für traumafokussierte Verfahren für Patien-

tinnen und Patienten mit komorbider posttraumatischer Belastungsstörung, zudem moderne Verfahren der achtsamkeitsbasierten Psychotherapie. Außerdem wurden erstmalig digitale Ansätze wie die Avatar-Therapie zur Behandlung von auditiven Halluzinationen in die Empfehlungen aufgenommen, auch wenn die Evidenz hier noch begrenzt ist.

Die Leitlinie betont schließlich auch die Wichtigkeit psychosozialer Interventionen. Dazu zählen unter anderem Bewegungstherapien und die konsequente Einbindung der Angehörigen.

„Entscheidend für eine wirksame Behandlung ist ein ganzheitlicher Behandlungsansatz. Die Kombination von Antipsychotika mit kognitiver Verhaltenstherapie und psychosozialen Verfahren ist nach aktuellem Stand der Forschung von zentraler Bedeutung. Auch die Förderung der somatischen Gesundheit muss unbedingt im Blick gehalten werden“, erklärt Leitlinienkoordinator Alkomiet Hasan.

Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen

Diagnoseübergreifende S3-Leitlinie der DGPPN

AWMF-Reg.-Nr. 038–020

gültig: 18.11.2025–17.11.2030

Leitlinienkoordination: Prof. Dr. Thomas Becker,
PD Dr. Uta Gühne, Prof. Dr. Steffi Riedel-Heller,
PD Dr. Dr. Stefan Weinmann

Die Leitlinie richtet sich diagnoseübergreifend an Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wie Psychosen, bipolaren Erkrankungen, schweren Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen – und das bereits in frühen Krankheitsphasen, sofern ein hohes Risiko für einen schweren Verlauf besteht.

Psychosoziale Therapien sind neben somatischen und psychotherapeutischen Ansätzen zentral für die umfassende Behandlung schwer psychisch erkrankter Menschen. Die im November 2025 aktualisierte S3-Leitlinie fasst zusammen, welche psychosozialen Angebote wirksam sind, für wen sie sich eignen und wie sie erfolgreich im Versorgungsalltag umgesetzt werden können.

Ein wesentlicher Grundgedanke der Leitlinie ist der „Recovery-Ansatz“. Recovery zielt auf die Wiedererlangung von Selbstbestimmung, Lebenssinn, sozialer Teilhabe und Lebensqualität – auch dann, wenn Symptome fortbestehen. Um zu gewährleisten, dass die Leitlinie die Lebensrealität der Betroffenen widerspiegelt, diskutierte eine triadische Arbeitsgruppe aus Betroffenen, Angehörigen und dem Autorenteam regelmäßig offene Fragen, Ergebnisse und Empfehlungen.

Psychosoziale Therapien sind vielfältig: Von Ergotherapie, künstlerischen Therapien oder Bewegungstherapie über Ansätze, bei denen ein multiprofessionelles Team die Betroffenen zu Hause aufsucht, Angebote in den Bereichen Bildung, Arbeit und Wohnen bis hin zu Maßnahmen, die das Selbstmanagement der Betroffenen unterstützen. Die klare Struktur der Leitlinie bietet Orientierung: Vom individuellen Bedarf ausgehend werden Bereiche wie berufliche und soziale Teilhabe, Gesundheitskompetenz und Selbsthilfe, Behandlungsoptimierung sowie Wohlbefinden und Gesundheit systematisch abgebildet. So liefert die Leitlinie eine vollständige Übersicht über alle für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zur Verfügung stehenden psychosozialen Behandlungsmöglichkeiten – samt deren Verortung im deutschen Versorgungssystem.

Koordinatorin Steffi Riedel-Heller betont: „Die Leitlinie hilft evidenzbasiert bei der sinnvollen Auswahl wirksamer

psychosozialer Therapien – unabhängig vom Kostenträger oder vom jeweils zuständigen Sozialgesetzbuch. Nicht das Angebot steht im Mittelpunkt, sondern die jeweilige Person und ihr tatsächlicher Unterstützungsbedarf.“

Ergänzend ist ein Zusatzmodul für Sozialpsychiatrische Dienste in Arbeit.

Behandlung cannabisbezogener Störungen

Gemeinsame S3-Leitlinie von DGPPN, DGKJP, DG-Sucht

AWMF-Reg.-Nr. 076-005

gültig: 02.12.2025–01.12.2030

Leitlinienkoordination: PD Dr. Eva Hoch,

Prof. Dr. Rainer Thomasius

Cannabis birgt insbesondere bei regelmäßigem und übermäßigem Konsum erhebliche gesundheitliche Risiken: Cannabisbezogene Störungen – darunter Missbrauch, Abhängigkeit und Entzugssyndrome – treten bei etwa 33 % der regelmäßig Konsumierenden auf. Die neue S3-Leitlinie bündelt nun evidenzbasierte Empfehlungen für Diagnostik, Therapie und Versorgung von Jugendlichen und Erwachsenen mit solchen Störungen.

„Erstmals liegen mit der neuen Leitlinie klar definierte Empfehlungen für standardisierte psychotherapeutische Verfahren vor. Das schafft Sicherheit und Orientierung für Behandelnde, Betroffene und Angehörige“, betont die Leitlinienkoordinatorin Eva Hoch von der DG-Sucht.

Zur Reduktion des Konsums empfiehlt die Leitlinie für Erwachsene motivierende Interventionen, kognitive Verhaltenstherapie sowie abstinenzorientiertes Kontingenzmanagement; für Jugendliche ergänzend familienorientierte Therapien, soziale und lebensweltbezogene Interventionen sowie digitale Beratungs- und Therapieangebote. Zudem gibt sie Empfehlungen für die pharmakologische Behandlung von Entzugssymptomen.

Es werden außerdem Empfehlungen für den Umgang mit komorbiden psychischen Erkrankungen wie Depressionen,

Angststörungen oder Psychosen formuliert; Risikogruppen wie Jugendliche, Menschen mit frühem Konsumbeginn, Personen mit psychischer Vorbelastung sowie sozial stark belastete Gruppen werden gezielt adressiert. So ermöglicht die Leitlinie eine individualisierte Risikoeinschätzung und passgenaue Versorgung.

Erstmals berücksichtigt eine Leitlinie auch das schwerwiegende Cannabis-Hyperemesis-Syndrom (CHS) – wiederkehrende Episoden von schwerer Übelkeit, Erbrechen und Bauchschmerzen aufgrund einer chronischen Cannabis-Intoxikation. Empfohlen wird eine Abstinenzbehandlung sowie die Aufklärung der Betroffenen. Damit rückt die Leitlinie neben den psychischen auch die physischen Risiken des Cannabiskonsums in den Fokus.

Entscheidend für eine erfolgreiche Behandlung ist auch die Entstigmatisierung. Cannabisbezogene Störungen sind ernstzunehmende Erkrankungen – kein Ausdruck persönlichen Versagens. Damit langfristig ausreichend Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, fordert die Leitlinie außerdem einen deutlichen Ausbau der Versorgungsstrukturen, insbesondere für Kinder und Jugendliche.

Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung

Gemeinsame S3-Leitlinie der DGPPN und der DG-Sucht gültig voraussichtlich: 1. Halbjahr 2026 bis 1. Halbjahr 2031, Veröffentlichung in Vorbereitung
Leitlinienkoordination:
Prof. Dr. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank

Etwa die Hälfte aller Menschen mit Psychosen entwickelt im Laufe ihres Lebens eine komorbide substanzbezogene Störung. Den Krankheitsverlauf verschlechtert das erheblich: Therapien werden häufiger abgebrochen, Rückfälle treten öfter auf, stationäre Aufenthalte sind wahrscheinlicher. Die neue Leitlinie gibt evidenzbasierte Empfehlungen, wie sich der Behandlungserfolg verbessern lässt.

Eine zentrale Empfehlung: Menschen mit Psychose und komorbider Suchterkrankung sollten eine integrierte Behandlung durch ein multiprofessionelles Team erhalten. Eine

solche senkt die Abbruchraten und reduziert die Zahl stationärer Behandlungen. Ist eine integrierte Behandlung nicht verfügbar, sollten Psychose- und Suchttherapie zumindest eng miteinander abgestimmt und koordiniert werden, etwa durch ein strukturiertes Case-Management. Wichtig ist, beide Erkrankungen konsequent zusammenzudenken und ihren Zusammenhang offen zu thematisieren.

Im Vergleich zu den Behandlungsempfehlungen für die Einzelerkrankungen empfiehlt die neue Leitlinie, Psychosen medikamentös mit atypischen Antipsychotika zu behandeln, da diese nicht nur psychotische Symptome lindern, sondern auch das Risiko für weiteren Substanzkonsum senken. Zudem kann es gerade im stationären Bereich hilfreich sein, Abstinenz als gemeinsamen Behandlungsrahmen zu definieren.

Damit sie Betroffene erreichen, müssen Versorgungsangebote niedrigschwellig gestaltet sein. Dazu kann es auch gehören, Hilfen aktiv durch aufsuchende Angebote wie *Assertive Community Treatment Teams* anzubieten, statt abzuwarten, bis Erkrankte selbst Unterstützung suchen.

„Die Behandlung ist anspruchsvoll, aber sie lohnt sich“, ermutigt die Koordinatorin der Leitlinie, Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank. „Mit einer integrierten, leitliniengerechten Versorgung lassen sich Krankheitslast und Rückfallrisiken senken und die Lebensqualität der Betroffenen spürbar verbessern. Der Einbezug von Angehörigen kann die Behandlung zusätzlich unterstützen und auch deren Leidensdruck reduzieren.“

Demenzen

Gemeinsame S3-Leitlinie – Living Guideline von DGPPN und DGN
gültig: 24.02.2026–23.02.2027
Leitlinienkoordination: Prof. Dr. Frank Jessen und Prof. Dr. Richard Dodel mit Ko-Koordination durch Prof. Dr. Johannes Kornhuber und Prof. Dr. Helmuth Steinmetz

Seit 2023 wird die Leitlinie *Demenzen* als Living Guideline geführt und jährlich aktualisiert; gerade ist die zweite

Überarbeitung erschienen. Aufgrund des kurzen Aktualisierungszyklus der Living Guideline konnten die gerade erst zugelassenen Antikörper *Lecanemab* und *Donanemab* bereits in den Empfehlungen berücksichtigt werden. Diese Wirkstoffe reduzieren nachweislich die Amyloid-Ablagerungen im Gehirn, die ursächlich für die Beeinträchtigungen bei Alzheimer-Demenz sind. Sie binden sich spezifisch an Amyloid-Plaques und fördern deren Abbau durch das Immunsystem. In den Zulassungsstudien zeigte sich, dass sich das Fortschreiten der Erkrankung durch die Antikörper-Therapien um etwa 30 % verlangsamen lässt, zudem lassen sich deutliche Verbesserungen in der Alltagsbewältigung nachweisen.

Ausgehend von dieser Evidenz haben sich die beteiligten Expertinnen und Experten aus 37 Fachgesellschaften, Verbänden sowie Betroffenen- und Angehörigenorganisationen im Konsensusprozess mit großer Mehrheit darauf geeinigt, die Behandlung mit den Antikörpern Lecanemab und Donanemab jetzt für die Frühstadien der Alzheimer-Erkrankung vorzuschlagen. Teil der Empfehlungen: Der Therapie muss eine sorgfältige Aufklärung über alternative Behandlungsoptionen vorausgehen, und sie muss in einen umfassenden medizinischen und psychosozialen Behandlungsplan eingebettet sein. Die Empfehlung ist beschränkt auf eine Untergruppe der im Frühstadium an Alzheimer Erkrankten: Die Alzheimer-Diagnose muss durch den Nachweis von β -Amyloid gesichert sein, und Betroffene dürfen keine zwei Kopien des Alzheimer-Risikogens APOE- ϵ 4 aufweisen, der Gentest muss vorab durchgeführt werden. Die Behandlung erfordert außerdem ein engmaschiges Monitoring; dazu gehören regelmäßige MRT-Kontrollen, um mögliche Nebenwirkungen frühzeitig zu erkennen.

Der Koordinator der Leitlinie Frank Jessen freut sich: „Wir haben jetzt erstmalig die Möglichkeit, die Alzheimer-Erkrankung kausal zu behandeln. Für die Betroffenen und ihre Angehörigen ist das ein Segen. Auch wenn die Frage der Kostenübernahme noch nicht abschließend geklärt ist – die Studienlage ist eindeutig und die Leitlinie spiegelt das wider.“

 Mehr zum Thema | dgppn.de/publikationen/leitlinien

Die Kürzel **S1**, **S2k**, **S2e**, **S3** bezeichnen die methodische Stufe einer Leitlinie.

S1 Eine Expertengruppe erarbeitet die Handlungsempfehlungen informell, ohne systematische Literaturrecherche oder formales Konsensverfahren.

S2k Leitlinie mit strukturierter Konsensfindung (z. B. moderierte Konsensuskonferenz, Delphi-Verfahren) innerhalb eines repräsentativen Gremiums: Eine systematische Evidenzaufarbeitung ist nicht zwingend, die Empfehlungen beruhen primär auf dem formalen Konsens.

S2e Leitlinie mit systematischer Literaturrecherche und Evidenzbewertung: Ein formales Konsensverfahren ist nicht verpflichtend; Empfehlungen ergeben sich vor allem aus der Evidenzsynthese.

S3 Diese methodisch höchste Stufe vereint systematische Literaturrecherche und Evidenzbewertung sowie strukturierte Konsensfindung unter Einbindung eines repräsentativ besetzten Gremiums.

Nachwuchs



Für
einen
guten
Start

Eine qualitativ hochwertige Facharztweiterbildung ist unverzichtbar für eine verlässliche psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung – und auch für die Entwicklung des Fachs.

Fragt man den ärztlichen Nachwuchs, wird deutlich: Viele erleben ihre Weiterbildung als nicht optimal. Eine repräsentative Umfrage des Hartmannbundes unter 1258 Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zeigte 2021, dass viele der angehenden Fachärztinnen und -ärzte mit ihren Arbeitsbedingungen unzufrieden und durch zahlreiche Überstunden stark belastet sind. Mehr als ein Drittel dachte sogar über einen Berufswechsel nach. Viele berichteten, dass sich Beruf und Familie kaum vereinbaren ließen; Teilzeitmodelle standen oft nicht zur Verfügung. Einige gaben an, nur in Teilzeit arbeiten zu wollen, um letztlich eine reguläre 40-Stunden-Woche zu haben. Unbezahlte Überstunden gehören vielerorts zum Alltag.

Zudem berichteten viele Befragte, den ökonomischen Druck täglich bei ihrer Arbeit zu spüren: Sie hatten wenig Zeit für ihre Patientinnen und Patienten und sahen sich genötigt, wichtige Entscheidungen, etwa zur Aufenthaltsdauer, nach wirtschaftlichen Vorgaben der Klinik zu treffen. Außerdem verbrachten sie einen großen Teil ihrer Arbeitszeit mit Dokumentation. Viele wünschten sich eine klar strukturierte Weiterbildung mit verbindlicher Einarbeitung und transparent geregelten Rotationen.

Zwischen Ideal und Klinikalltag

Um herauszufinden, wie sich die Situation speziell in der Psychiatrie darstellt, führte die Nachwuchsinitiative der DGPPN, die Generation PSY, eine eigene Umfrage unter 315 angehenden Psychiaterinnen und Psychiatern durch [1]. Sie befragte Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sowie Fachärztinnen und -ärzte, die ihren Titel seit weniger als drei Jahren führten. Über 96% der Befragten arbeiteten im stationären Bereich.

Die Ergebnisse zeigten: Die Zufriedenheit lag höher als in anderen Fächern; 64% waren mit der Qualität und der Umsetzung ihrer Weiterbildung zufrieden. Nur etwa jeder Zehnte dachte aufgrund der Weiterbildungsbedingungen über einen Fachwechsel nach. Gleichzeitig nannten viele Verbesserungsbedarf bei der Einarbeitung und bei der Organisation der Weiterbildung.

Unzufriedenheit herrschte in Bezug auf die erhebliche Zahl verpflichtender Zusatzveranstaltungen wie Balintgruppen, Selbsterfahrung oder der Supervision von Therapiestunden. Diese Termine finden häufig außerhalb der regulären Arbeitszeit statt und müssen teilweise selbst finanziert werden. Viele empfanden den damit verbundenen Zeit- und Kostenaufwand als belastend.

Auch die Vereinbarkeit von Weiterbildung und Forschung spielte für viele eine wichtige Rolle; die Befragten wünschten sich bessere Rahmenbedingungen. Immerhin bewerteten über 70% der Ärztinnen und Ärzte mit Kindern die Haltung ihrer Vorgesetzten, Kolleginnen und Kollegen gegenüber Teilzeit oder Arbeitsausfällen als positiv. In den Rotationen dagegen (den in der Weiterbildung vorgesehenen Wechseln zwischen unterschiedlichen Stationen, etwa in die Sucht- oder Gerontopsychiatrie) konnte nur etwa die Hälfte der Befragten in Teilzeit arbeiten.

Der Nachwuchs empfiehlt

Um an diese Ergebnisse anknüpfend Verbesserungen einzuleiten, hat die Generation PSY ein Empfehlungspapier erarbeitet, das konkrete Beispiele guter Praxis beschreibt und zeigt, wie Kliniken eine qualitativ hochwertige Weiterbildung gestalten können. Der Vorstand der DGPPN unterstützt das Papier. Die Empfehlungen adressieren insbesondere die Themen Anleitung, Rotationen, Supervision und die Organisation der Weiterbildung.

Die Weiterbildung sollte generell in der Akut- oder Allgemeinpsychiatrie starten, um früh Sicherheit im Umgang mit Notfallsituationen zu gewinnen. Eine gute Einarbeitung schafft Sicherheit und verhindert Behandlungsfehler. Sie stärkt zudem die Zusammenarbeit im Team, was zusätzlich die Qualität der Behandlung verbessert. Für den Beginn der Weiterbildung empfiehlt die Generation PSY deshalb in ihrem Empfehlungspapier eine persönliche Einarbeitung sowie in der Folge eine kontinuierliche Anleitung durch erfahrene Psychiaterinnen und Psychiater. Sie schlägt schriftliche Einarbeitungsunterlagen sowie ein Patensystem vor, bei dem erfahrene Weiterbildungs-

assistenzen neue Kolleginnen und Kollegen begleiten. So soll gewährleistet werden, dass niemand den allerersten Bereitschaftsdienst allein bewältigen muss. Spätestens bei der Anleitung von Einzel- oder Gruppentherapien ist eine qualifizierte Supervision unerlässlich. Diese kann z. B. von ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten angeboten werden, die die Supervisionsausbildung der DGPPN Akademie absolviert haben.

Die DGPPN-Umfrage zeigt, dass die Realität häufig hinter diesen Empfehlungen zurückbleibt: Nur 20% der Befragten erhielten zu Beginn einer neuen Rotation eine strukturierte Einarbeitung. Lediglich 35% wurden vor ihrem ersten Dienst gezielt im Umgang mit psychiatrischen Notfällen geschult.



Rotationen sind ein wichtiger Aspekt der Weiterbildung. Sie ermöglichen es Ärztinnen und Ärzten in unterschiedlichen Klinikbereichen unterschiedliche Abläufe, Diagnosen und Therapieverfahren kennenzulernen. Auf einer Akutstation begegnen ihnen andere Herausforderungen als in einer psychotherapeutischen Tagesklinik.

Für große Kliniken empfiehlt die Generation PSY Rotationen in die Akutpsychiatrie, in Spezialstationen für Suchterkrankungen, für Gerontopsychiatrie und in psychotherapeutisch ausgerichtete Bereiche. Jede Station sollte idealerweise sechs bis zwölf Monate besucht werden. Zusätzlich sollten Weiterzubildende ambulante, teilstationäre und aufsuchende Versorgungsformen kennenlernen. In kleineren Einrichtungen, die nicht alle Bereiche anbieten

können, sollten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung keinesfalls ausschließlich Aufnahmen und Kriseninterventionen übernehmen. Sie können zum Beispiel eine spezifische Gruppentherapie leiten und so therapeutische Erfahrung sammeln.

Die Umfrage der Generation PSY zeigte, dass etwa die Hälfte der Befragten mit ihren Rotationsmöglichkeiten zufrieden war. Gleichzeitig empfanden 80% die Organisation der Rotation als nicht ausreichend strukturiert. Viele empfanden die Vergabe der Rotationsplätze als intransparent oder nicht fair geregelt.

Neben den oben genannten Themen werden auch die Aspekte „Sicherheit am Arbeitsplatz“ und „Vereinbarkeit der Weiterbildung mit Forschung, Lehre und Care-Arbeit“ in den *Empfehlungen für eine qualitativ hochwertige Facharztweiterbildung* behandelt. Die Empfehlungen sind auf der Website der Nachwuchs-Initiative veröffentlicht.

Den Rahmen gestalten

Die Weiterbildung wird maßgeblich durch die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) gestaltet. Zwar erlässt jedes Bundesland seine eigene Weiterbildungsordnung, mit der MWBO gibt es aber seit 1992 eine bundesweite Empfehlung für Inhalte und Struktur der Weiterbildung. Die MWBO sorgt dafür, dass die Facharztweiterbildung in Deutschland vergleichbar bleibt. Sie listet auf, welche Kenntnisse und Fertigkeiten Ärztinnen und Ärzte im Verlauf ihrer Weiterbildung zum Facharzt oder zur Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie erwerben sollen.

Die aktuelle Fassung der MWBO von 2018 wird derzeit überarbeitet. Die Überarbeitung des Kapitels *Psychiatrie und Psychotherapie* soll gleichermaßen neue wissenschaftliche Erkenntnisse zu speziellen Verfahren der Psychiatrie integrieren und die generalistische Ausrichtung der Psychiatrie sichern. Denn für eine flächendeckende Versorgung werden sowohl Spezialistinnen und Spezialisten, aber auch Fachärztinnen und Fachärzte gebraucht, die das gesamte Spektrum psychischer Erkrankungen behandeln können.

An der Überarbeitung der MWBO sind die Bundesärztekammer und die verschiedenen Fachgesellschaften beteiligt. Für den Facharztstitel *Psychiatrie und Psychotherapie* wirken neben der DGPPN und ihrer Nachwuchsvertretung die Bundesdirektorenkonferenz (BDK), die Berufsver-

bände BVDP und BVDN, der Arbeitskreis der Chefärztinnen und Chefärzte psychiatrischer Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern (ackpa), die Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) sowie die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie e.V. (DG-Sucht) mit. Sobald die Bundesärztekammer die neue MWBO beschlossen hat, überführen die jeweiligen Landesärztekammern sie in geltendes Weiterbildungsrecht.

Das Kapitel Psychiatrie und Psychotherapie beginnt, wie jedes Kapitel in der MWBO, mit dem sogenannten Kopfteil – einer kurzen Tabelle, die das Fachgebiet definiert und zentrale Rahmenbedingungen festlegt, etwa die Dauer der Weiterbildung oder verpflichtende Einsatzorte. Die DGPPN setzt sich dafür ein, dass die Weiterbildungszeit bei fünf Jahren bleibt, 24 Monate davon sollen in einem stationären Setting absolviert werden. Bis zu zwölf Monate soll man zudem in verwandten Fachgebieten wie der Kinder- und Jugendpsychiatrie absolvieren können.

An den Kopfteil schließen sich die konkreten Weiterbildungsinhalte an. Die DGPPN hat in enger Abstimmung mit den anderen beteiligten Fachverbänden sowie den relevanten DGPPN-Referaten Aktualisierungsvorschläge erarbeitet und der Bundesärztekammer vorgelegt.

Ein kontrovers diskutiertes Thema ist die wechselseitige Pflichtrotation mit der Neurologie. Während die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) die Rotation in der Psychiatrie zugunsten einer Verkürzung ihrer Weiterbildungszeit streichen möchte, ist aus Sicht der DGPPN die Rotation in der Neurologie für eine qualitativ hochwertige Ausbildung unerlässlich. Als möglicher Kompromiss steht eine Verkürzung der wechselseitigen Rotation auf sechs Monate im Raum. Die DGPPN und die beteiligten Verbände beraten hierzu mit der Bundesärztekammer (BÄK) und der DGN.

Die überarbeitete MWBO wird auf dem Ärztetag im Mai in Hannover vorgestellt und später durch die Ständige Konferenz „Ärztliche Weiterbildung“ der Bundesärztekammer diskutiert und ggfs. verabschiedet.

Lernen, vertiefen, vernetzen

Die MWBO schafft die Grundlage für eine hochwertige Weiterbildung. Deren gute Umsetzung hängt von den Landesärztekammern, Kliniken und den jeweiligen Wei-

terbildungsbeauftragten ab. Die DGPPN unterstützt angehende Fachärztinnen und -ärzte zusätzlich mit Fortbildungen, Kursen und Zertifikaten.

Ein zentrales Angebot der DGPPN Akademie ist der *Kompaktkurs Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie* für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, die sich gezielt auf die Facharztprüfung vorbereiten möchten. Ausgewiesene Expertinnen und Experten vermitteln einen Rundumschlag über das psychiatrische Themenspektrum. Neben den häufigsten Störungsbildern behandeln sie auch ethische Fragestellungen, neue Inventionen wie Neuromodulationsverfahren und Themen der Notfall- und Akutpsychiatrie. Der Kurs wird mehrmals im Jahr angeboten.

Zudem können sich Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und approbierte psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Leitungsfunktion über die DGPPN Akademie zur klinischen Supervisorin oder zum Supervisor ausbilden lassen, um die Supervision von Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung zu übernehmen. Dieser Kurs erstreckt sich über zwei Jahre und ist so konzipiert, dass Teilnehmende ihre Kompetenzen in der Berufstätigkeit parallel vertiefen und anwenden.

Eine Reihe weiterer Fortbildungen widmet sich darüber hinaus spezifischen Themen der Behandlung von psychischen Erkrankungen; neu ist in diesem Jahr die Fortbildungsreihe *Kognitive Verhaltenstherapie für Menschen mit psychotischen Erkrankungen*. Auch auf dem DGPPN Kongress gibt es jedes Jahr spezifische Programmpunkte für den psychiatrischen Nachwuchs – von speziellen Nachwuchs-Lectures bis zum Speeddating.

Literatur

- 1 Schubotz et al. (2025) Vereinbarkeit von Care-Arbeit und Facharztweiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie – Chancen besser nutzen. *Nervenarzt* 96:696–698



QR Code führt auf das Dokument:
Empfehlung für eine qualitativ hochwertige Facharztweiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie

Von gestern für heute



Aktionsbündnis
Seelische Gesundheit

20

JAHRE

Gemeinsam für
psychische Gesundheit

In diesem Jahr feiert das *Aktionsbündnis Seelische Gesundheit* (ABSG) sein 20-jähriges Bestehen. Seit zwei Jahrzehnten engagiert sich die Initiative bundesweit erfolgreich in der trialogischen Antistigma- und Netzwerkarbeit, um Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Angehörigen zu stärken, Ausgrenzung entgegenzuwirken und das Thema Psychische Gesundheit nachhaltig in Politik, Fachwelt und der breiten Öffentlichkeit zu verankern.

Die Notwendigkeit dieses Engagements ist ungebrochen. Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen, bipolare Störungen sowie Suchterkrankungen und Schizophrenie zählen weltweit zu den häufigsten Diagnosen [1]. Psychische Erkrankungen sind zudem die häufigste Ursache krankheitsbedingter Frühberentungen [2].

Unter dem Motto *Gemeinsam für psychische Gesundheit* nutzt das Aktionsbündnis das Jubiläumsjahr 2026 bewusst für eine Doppelperspektive: Im Rückblick erreichte Fortschritte werden gewürdigt und zugleich bestehende strukturelle und gesellschaftliche Herausforderungen klar benannt. Denn trotz wachsender Sensibilisierung in den Medien und in breiten Teilen der Bevölkerung erleben viele Betroffene von psychischen Erkrankungen weiterhin Stigmatisierung, eingeschränkte Teilhabechancen und Versorgungslücken – eine Tatsache, die an politischer Relevanz nichts verloren hat.

Trialogische Struktur als Grundprinzip

Vor diesem Hintergrund engagiert sich das Aktionsbündnis seit seiner Gründung mit vielfältigen Maßnahmen zur Förderung seelischer Gesundheit und Aufklärung über psychische Erkrankungen, ihre Prävention, Therapie und Versorgung. Dabei steht immer der trialogische Gedanke als partizipative Ressource im Fokus und betont das gleichberechtigte Miteinander von Betroffenen, ihren Angehörigen und Fachkräften.



Gegründet wurde das Aktionsbündnis im Jahr 2006 durch die *Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.* (DGPPN) gemeinsam mit dem Verein *Open the Doors* als Partner eines internationalen Antistigma-Programms. Aus einer anfänglich kleinen Interessengemeinschaft unter Mitwirkung der Bundesärztekammer, der *Aktion Psychisch Kranke e. V.*, des *Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e. V.* (BPE) und des *Bundesverbands der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.* (BApK) ist bis heute „das“ zentrale bundesweite Netzwerk für Aufklärung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen gewachsen. Rund 185 Organisationen wirken derzeit im Aktionsbündnis mit. Fachverbände aus Psychiatrie, Psychotherapie und Gesundheitsförderung arbeiten nach dem trialogischen Prinzip gleichberechtigt mit Selbsthilfeorganisationen von Betroffenen und Angehörigen zusammen.



Die strategische Ausrichtung des Bündnisses übernimmt eine zwölfköpfige, trialogisch besetzte Steuerungsgruppe. Sie setzt konzeptionelle Schwerpunkte und diskutiert relevante Konzepte im Rahmen der gemeinsamen Zielsetzung. Träger des Aktionsbündnisses ist seit der Gründung die DGPPN, die ihre Kompetenzen und Ressourcen in enger Zusammenarbeit bündelt und so seit vielen Jahren nachhaltige Synergien entstehen lässt. Seit 2008 kooperiert das Bündnis außerdem eng mit dem *Bundesministerium für Gesundheit* (BMG), das die Antistigma- und Aufklärungsarbeit durch zahlreiche Projektförderungen kontinuierlich unterstützt hat.

Stigmatisierung im Wandel

Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen sind auch zwei Jahrzehnte nach Gründung des Bündnisses keineswegs überwunden. Studien zeigen, dass das Stigma für bestimmte Erkrankungen – wie etwa

BMG-Projekte des ABSG

2008 bis 2010

Antistigma-Strategie

Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis

2011 bis 2012

Modellprojekt Arbeit

Handlungshilfe: Psychisch krank im Job in Kooperation mit dem Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen (BApK)

2012 bis 2015

Medienprojekt

Projekt zur Förderung der Aufklärung über psychische Erkrankungen im Bereich der Medien und des Journalismus in Kooperation mit BApK und Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener (BPE)

2016 bis 2019

Social-Media-Projekt

Eine Untersuchung zur Wirksamkeit einer Informationskampagne in den sozialen Medien zur Prävention psychischer Erkrankungen junger Erwachsener durch Wissensvermittlung und Sensibilisierung

2021

Familienprojekt

Familien im Blick – Stärkung von Familien im Umgang mit psychischen Erkrankungen

2024 bis 2026

Ausbau der Aktionswoche

MASE – Modellprojekte für Aktionswochen der Seelischen Gesundheit und deren Evaluation in Kooperation mit der Universität Leipzig, Medizinische Fakultät, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie und dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

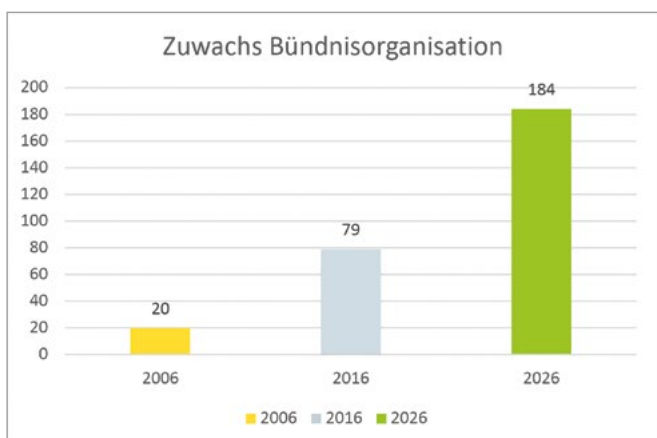
Schizophrenie – in Teilen sogar zugenommen hat, während andere Krankheitsbilder wie Depressionen heute gesellschaftlich stärker akzeptiert sind [3].

Insbesondere in den sozialen Medien wird psychischen Erkrankungen eine große Sichtbarkeit verschafft, wodurch die Schwelle für einen offenen Umgang deutlich gesunken ist. Krankheitsbilder, die früher verschwiegen wurden, werden heute öffentlich kommuniziert. Dabei besteht jedoch in den Online-Communities das Risiko, psychische Erkrankungen nicht angemessen einzuschätzen und zu beurteilen. Mental-Health-Talk in den sozialen Medien gehört heute zur Normalität, während Menschen mit schwereren psychischen Diagnosen weiterhin unter gesellschaftlicher Ausgrenzung leiden.

Die Antistigma-Arbeit des Aktionsbündnisses setzt genau hier an. Sie vermittelt, dass *alle* psychischen Störungen behandelbare Erkrankungen sind, die jede und jeden treffen können und bei frühzeitiger Behandlung oft gute Prognosen haben. Zugleich wirbt sie für Prävention und Früherkennung, ohne jede Lebenskrise gleich zu pathologisieren. Ein primäres Anliegen des Bündnisses ist ein differenzierter, realistischer und enttabuisierter Umgang mit psychischer Gesundheit: „Unser Ziel ist eine Gesellschaft, die offen und tolerant mit psychischen Erkrankungen umgeht“, so die gemeinsame Erklärung der Bündnispartner.

Erfolgreiche Antistigma-Maßnahmen

In seinen 20 Jahren hat das Aktionsbündnis zahlreiche vom BMG geförderte Antistigma-Projekte erfolgreich umgesetzt (siehe Infokasten). Von 2008 bis 2010 wurde ein umfassendes Konzept zur Entwicklung und Umsetzung einer



Strategie zur Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch erkrankter Menschen erarbeitet. Ziel war es, eine wissenschaftliche Grundlage für die evidenzbasierte Weiterentwicklung wirksamer, zielgruppenspezifischer Interventionen zu schaffen.

Dabei zeigte sich, dass Antistigma-Maßnahmen vor allem dann wirksam sind, wenn sie den direkten Kontakt mit Betroffenen einbeziehen und durch breit angelegte Aufklärungskampagnen ergänzt werden. Medienschaffende und Arbeitgebende wurden früh als zentrale Multiplikatoren identifiziert und ab 2012 mit speziell entwickelten Workshops, Seminaren und Handlungshilfen zum Umgang mit psychisch erkrankten Menschen gezielt adressiert. Die Materialien aus der Fair-Media-Kampagne wurden kontinuierlich aktualisiert und stehen Medienschaffenden auch weiterhin zur Verfügung.

Ab 2016 verlagerte das Aktionsbündnis einen Schwerpunkt seiner Arbeit in den Bereich der sozialen Medien und untersuchte die Wirksamkeit digitaler Informationskampagnen zur Prävention psychischer Erkrankungen bei jungen Erwachsenen. Seitdem hat das Bündnis auf seinen digitalen Kanälen Millionen von Social-Media-Nutzerinnen und -Nutzern erreicht und eine engagierte Community von rund 30.000 Followerinnen und Followern aufgebaut. Der Bedarf an hochwertigen, professionell aufbereiteten und wissenschaftlich fundierten Informationen im Netz bleibt gerade in Zeiten von Fake News hoch und soll auch künftig weiter ausgebaut werden.

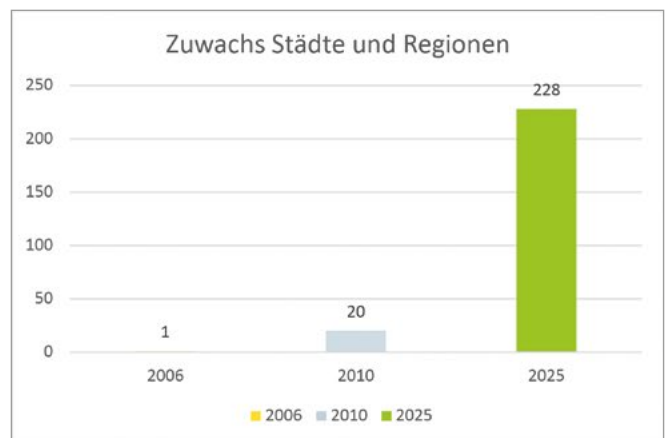
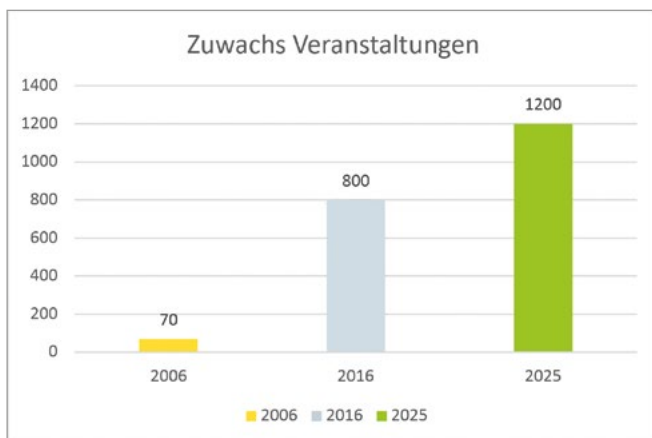
Daneben verleiht das Aktionsbündnis gemeinsam mit der DGPPN jährlich im Rahmen des DGPPN Kongresses den

Ulrike-Fritze-Lindenthal-Antistigma-Preis für Initiativen, die sich in besonderer Weise für die nachhaltige gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen einsetzen.



Die Woche der Seelischen Gesundheit – lokal und landesweit

Ein zentraler Schwerpunkt der Antistigma-Arbeit ist die jährlich stattfindende Woche der Seelischen Gesundheit, die das Aktionsbündnis rund um den *World Mental Health*





Day der World Federation for Mental Health (WFMH) am 10. Oktober organisiert und stetig ausbaut. Zehn Tage sind Bürgerinnen und Bürger bundesweit eingeladen, die vielfältigen ambulanten und stationären Angebote psychiatrischer und psychosozialer Einrichtungen in ihrer Nähe kennenzulernen.

Seit 2010 koordiniert das Aktionsbündnis die bundesweite Aktionswoche zentral, bündelt alle Veranstaltungen in einem Online-Kalender und unterstützt lokale Akteurinnen und Akteure mit analogen und digitalen Materialien, Planungshilfen und begleitenden Kampagnen. Das Spektrum der Veranstaltungen reicht von Vorträgen, Workshops und Fachtagungen über Schnupperangebote bis hin zu Kunstausstellungen. In den vergangenen Jahren wurden diese Formate zunehmend durch digitale Angebote wie Podcasts, Videoformate und Social-Media-Aktionen ergänzt.

Ziel aller Aktivitäten ist es, Wissen zu vermitteln, Hilfs- und Behandlungsangebote sichtbar zu machen und den Austausch vor Ort zu fördern. Die Aktionswoche leistet damit

einen wichtigen Beitrag zum Aufbau von regionalen Netzwerken und bindet Betroffene und Angehörige aktiv in diesen Prozess mit ein. Im vergangenen Jahr beteiligten sich rund 150 Städte und Regionen in ganz Deutschland mit über 1.200 Veranstaltungen an der deutschlandweiten Aktionswoche.

Ursprung der bundesweiten Aktionswoche war die Berliner Woche der Seelischen Gesundheit, die 2007 aus einer Initiative mehrerer Berliner Bündnispartner und Initiatoren hervorging. Sie umfasst heute jährlich über 200 Veranstaltungen und wird von der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Wissenschaft und Pflege sowie durch Spenden aus der Berliner Versorgungslandschaft gefördert. Die Schirmherrschaft übernehmen traditionell die jeweiligen Gesundheitssenatoren. Auch die Berliner Aktionswoche feiert 2026 ihr 20-jähriges Jubiläum.

Jede Aktionswoche steht unter einem besonderen Schwerpunktthema: *Der Angst das Gewicht nehmen, Hand in Hand für seelische Gesundheit am Arbeitsplatz, Reden hebt die*

Stimmung oder 2025 *Psychisch stark in die Zukunft*. Die Aktionswoche stellt in diesem Jahr anlässlich des 20. Geburtstags unter dem Motto *Miteinander statt nebeneinander – für eine Gesellschaft, in der jede Psyche zählt* bewusst die Aufklärung und ihre anhaltende gesellschaftliche Relevanz in den Mittelpunkt.

Am 9. Oktober 2026 findet in Berlin eine öffentliche Auftaktveranstaltung statt, die zugleich den offiziellen Start der Berliner und bundesweiten Aktionswoche unter der Schirmherrschaft der Bundesgesundheitsministerin markiert.

Die Grüne Schleife – ein sichtbares Zeichen der Solidarität

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Antistigma-Arbeit ist die Kampagne *Grüne Schleife*, die das Aktionsbündnis anlässlich des World Mental Health Day 2019 in Deutschland eingeführt hat. Wer eine Grüne Schleife trägt, setzt ein sichtbares Zeichen für einen offenen Umgang mit psychischen Erkrankungen und zeigt Solidarität mit Betroffenen und ihren Angehörigen. Das sichtbare Tragen der Grünen Schleife



signalisiert Akzeptanz und Unterstützung im persönlichen wie beruflichen Umfeld. Begleitet wird die Kampagne von zahlreichen prominenten Botschafterinnen und Botschaftern aus Medien, Kultur und Wissenschaft – darunter Tors ten Sträter, Bettina Böttinger, Markus Kavka, Sarah Kuttner, Mirja Du Mont und Stefanie Stahl.

Das Aktionsbündnis hat bislang über 400.000 Grüne Schleifen-Pins bundesweit an Organisationen, Unternehmen, Selbsthilfegruppen und Einzelpersonen verteilt. Die Kampagne reiht sich damit erfolgreich in internationale Vorbilder ein, etwa die *Green-Ribbon-Initiativen* der *World Federation for Mental Health* (WFMH), der *Mental Health Foundation* in Großbritannien oder *Each Mind Matters* in Kalifornien.

Ausblick: Antistigma weiterdenken

Zum 20-jährigen Jubiläum richtet das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit den Blick nicht nur zurück, sondern bewusst nach vorn. Eine öffentliche Fachveranstaltung am 7. Mai 2026 in Berlin wird aktuelle Impulse für die zukünftige Ausrichtung der Antistigma-Arbeit in Deutschland setzen. Vertreterinnen und Vertreter aus Wissenschaft, Politik, Ministerien sowie aus Betroffenen- und Angehörigenperspektive diskutieren, wie Aufklärung, Teilhabe und Versorgung weiter gestärkt werden können.

Nach zwei Jahrzehnten erfolgreicher Netzwerkarbeit bleibt die zentrale Erkenntnis: Fortschritte sind möglich – aber nicht selbstverständlich. Antistigma-Arbeit braucht Kontinuität, politische Unterstützung und eine starke dialogische Vernetzung. Das Aktionsbündnis steht auch im dritten Jahrzehnt vor der Aufgabe, psychische Gesundheit als gesamtgesellschaftliches Thema sichtbar zu halten, Vorurteile abzubauen und Ausgrenzung entschieden entgegenzutreten – mit Akzeptanz, Offenheit und dem entschiedenen Glauben daran, dass Veränderung nur gemeinsam gelingt.

Literatur

- 1 World Health Organization (2025) World mental health today: Latest data. www.who.int/publications/i/item/9789240113817
- 2 Deutsche Rentenversicherung (2025) Jahresbericht 2024. jahresbericht.deutsche-rentenversicherung.de/
- 3 Schomerus G et al. (2022) Changes in mental illness stigma over 30 years – Improvement, persistence, or deterioration? *European Psychiatry* 65(1):e78

 [Mehr zum Thema](http://seelichegesund.net) | seelichegesund.net

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Reinhardtstraße 29 | 10117 Berlin
T 030 2404 772-0
E pressestelle@dgppn.de

Präsidentin
Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank
(V.i.S.d.P.)

Registergericht:
VR 26854 B, Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg

Redaktion

Psyche im Fokus entsteht im Teamwork:
Natalie Berger | Theresa Decker | Julie Holzhausen |
Katja John | Sandra Krüger | Julia Sander | Tommy Stöckel |
Franziska Taffelt | Nancy Thilo

Layout und Reinzeichnung

Irene Pranter

Auflage

14.500 Exemplare

Erscheinungsdatum

Mai 2026

Design- und Gestaltungskonzept

wenkerottke.

Schlusskorrektur

Heide Frey

Druck

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



ABBILDUNGEN

Titelseite: Freepik; S.8–15: Claudia Burger; S.17: Grafik/DGPPN/IP; S.18: Freepik; S.21: Universitätsklinikum Leipzig/Stefan Straube; S.23–24: Claudia Burger; S.28: iStock/Vincenzo De Bernardo; S.30: Claudia Burger; S.32: Illustration/Jessy Asmus; S.36–37: Freepik/IP; S.42: Freepik; S.44: Unsplash/Elsa Tornabene; S.47 (links): unbekannt; S.47 (rechts): Jens Jeske; S.50 (links sowie rechts oben): Jens Jeske; S.50 (rechts unten): Julia Zooi

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

25.-28.11.2026

**DGPPN
KONGRESS
2026**

dgppnkongress.de

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