

Curare

**(A)symmetrische Beziehungen.
Professionelle Einblicke in den
psychiatrischen Krankenhausalltag**

**(A)symmetrical Relations.
Professional Insights into the
Everyday Life of Psychiatric Hospitals**



Impressum | Imprint

CURARE. ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINETHNOLOGIE 48 (2025) 1+2

Herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft Ethnologie und Medizin (AGEM)

ISSN 0344-8622 E-ISSN: 2944-7968 ISBN 978-3-496-01730-1 ISBN E-PDF OA 978-3-496-03119-2

CURARE. JOURNAL OF MEDICAL ANTHROPOLOGY 48 (2025) 1+2

Edited by the Association for Anthropology and Medicine (AGEM)

ISSN 0344-8622 E-ISSN: 2944-7968 ISBN 978-3-496-01730-1 ISBN E-PDF OA 978-3-496-03119-2

Herausgeber im Auftrag der AGEM e. V.

Editor-in-Chief on behalf of AGEM e. V.

Ehler Voss (V.i.S.d.P.), ehler.voss@uni-bremen.de

www.agem.de, curare@agem.de

Redaktion | Editorial Board

Katrin Amelang (U Bremen), Philipp Goll (HU Berlin & U Bremen),
Maren Heibges (TU Berlin), Stefan Reinsch (MH Brandenburg),
Mirko Uhlig (U Mainz), Ehler Voss (U Bremen), Tyler Zoanni
(U Bremen)

Postadresse | Postal Address

Redaktion *Curare*

c/o Universität Bremen

FB 09, Institut für Ethnologie und Kulturwissenschaft

Enrique-Schmidt-Straße 7

28359 Bremen, Germany

Wissenschaftlicher Beirat | Scientific Advisory Board

Gabriele Alex (U Tübingen), Karl Baier (U Wien), Josep M.
Comelles (URV Tarragona), Alice Desclaux (U Montpellier),
Katarina Greifeld (Frankfurt), Antonio Guerci (U Genova),
Mihály Hoppál (Budapest), Sushrut Jadhav (UC London),
Michi Knecht (U Bremen), Ruth Kutalek (MU Wien), Danuta
Penkala-Gawęcka (U Poznań), Giovanni Pizza (U Perugia),
William Sax (U Heidelberg), Hannes Stubbe (U Köln)

Begründet von | Founding Editors

Beatrix Pfeleiderer (†), Gerhard Rudnitzki, Wulf Schiefenhövel,
Ekkehard Schröder (Editor of *Curare* 2001–2017)

Verlag und Vertrieb | Publishing House

Reimer Verlag GmbH

Kyffhäuserstraße 11, 10781 Berlin, Germany

Tel. +49 [0] 30 700 138 80

www.reimer-verlag.de, vertrieb@reimer-verlag.de

Bezug | Subscription

Der Bezug der *Curare* ist im Mitgliedsbeitrag der Arbeits-
gemeinschaft Ethnologie und Medizin (AGEM) enthalten.
Einzelne Ausgaben können über den Buchhandel oder direkt
über den Verlag bezogen werden.

Subscription to *Curare* is included in the membership fee of the
Association for Anthropology and Medicine (AGEM). Single copies
can be purchased from booksellers or directly from the publisher.



Alle Inhalte sind lizenziert mit einer Creative Commons
Namensnennung – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0
International Lizenz. Rechte für Abbildungen weichen teilweise
davon ab (siehe dazu den Bildnachweis). Jede Verwertung,
die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz oder der im
Beitrag genannten Creative-Commons-Lizenz zugelassen ist,
bedarf der vorherigen Zustimmung der Autor*innen.

The content is licensed under a Creative Commons Attribution –
Share Alike 4.0 International License. Rights for images differ in
some cases (see image credits). Any use not expressly permitted
by copyright law or the Creative Commons licence specified in
the article requires the prior consent of the authors.

Layout und Typografie | Layout and Typography

Nicolai Schmitt, nicolai.schmitt@mailbox.org

Umschlaggestaltung | Cover Design

Troppo Design, www.troppodesign.de

Satz | Typesetting

studio stg, www.studio-stg.com

Schriften | Fonts

Source Serif & Source Sans (Paul D. Hunt)

Begutachtungsverfahren | Peer Review Policy

Alle eingesandten Forschungsartikel werden nach einer posi-
tiven Evaluation durch die Redaktion einer Begutachtung im
Doppelblindverfahren unterzogen. Dies ist am Ende der ent-
sprechenden Artikel vermerkt.

After a positive evaluation by the editorial board, all submitted re-
search manuscripts will be reviewed in a double-blind procedure.
This is indicated at the end of the articles.

Umschlagbild | Cover Picture

Der „Mann mit Rose“ von Stephan Balkenhol (2017) vor dem
Haupteingang zum Alexius/Josef Krankenhaus in Neuss.
Foto: Alexius/Josef Krankenhaus.

The “Man with Rose” by Stephan Balkenhol (2017) in front of
the main entrance to the Alexius/Josef Hospital in Neuss.
Photo: Alexius/Josef Hospital.



ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINETHNOLOGIE JOURNAL OF MEDICAL ANTHROPOLOGY

hg. von der Arbeitsgemeinschaft Ethnologie und Medizin (AGEM)
ed. by the Association for Anthropology and Medicine (AGEM)

VOL. 48 (2025) 1+2

EDITORIAL EDITORIAL	Editorial CURARE REDAKTION	5
SCHWERPUNKT THEMATIC FOCUS	(A)symmetrische Beziehungen Professionelle Einblicke in den psychiatrischen Krankenhausalltag HERAUSGEGEBEN VON ANDREA KUCKERT	
Einleitung Introduction	(A)symmetrische Beziehungen Professionelle Einblicke in den psychiatrischen Krankenhausalltag. Einleitung ANDREA KUCKERT	11
Beiträge Contributions	Die Entwicklung der Psychiatrie von der Antike bis heute MARTIN KÖHNE	15
	Zur architektonischen Neugestaltung des Alexius/ Josef Krankenhauses durch das Architekturbüro sander.hofrichter architekten (a sh) JULIA KIRCH & ANDREA KUCKERT	23
	Fotoessay zur Neugestaltung des Alexius/Josef Krankenhauses ANDREA KUCKERT	26
	Funktionale Asymmetrie in der Psychiatrie ULRIKE HÖHMANN	44
	Experienced Involvement Ein Projekt, um das Wissen von Menschen mit psychischen Krankheits- erfahrungen für andere positiv zu nutzen HEIDRUN LUNDIE, ANDREA KUCKERT & ANDREAS REXIN	48

<p>„Für mich ist das ganz eindeutig. Es gibt die Möglichkeit der geöffneten Station, mein Bruder soll das auch erleben.“ Eine ethische Fallbesprechung auf einer (teil)geschützten gerontopsychiatrischen Station GARY-NEIL BRAULT, ANDREA KUCKERT, ANNA SZUREK & BERND TEWES</p>	<p>57</p>
<p>Deeskalation im psychiatrischen Klinikalltag Wie viel Symmetrie ist in der Beziehung zwischen Pflegenden und Patient*innen machbar? THOMAS PLOETZ & ANDREAS HETHKE</p>	<p>71</p>
<p>Reflexion über Deeskalation im psychiatrischen Krankenhausalltag mit zwei PRODEMA®-Trainern THOMAS PLOETZ, ANDREAS HETHKE & ANDREA KUCKERT</p>	<p>84</p>
<p>Das Safewardskonzept auf einer allgemeinpsychiatrisch geschützten Station Erfahrungen in der Implementierung LENA KRUPSKI</p>	<p>89</p>
<p>Die Station Kosmas mit Soteria-Elementen im Alexius/Josef Krankenhaus STEFAN GARTKE</p>	<p>98</p>
<p>Umgang mit suizidalen Krisen im psychiatrischen Alltag BJÖRN VÜST</p>	<p>108</p>
<p>Von asymmetrischen Verhältnissen zur Zusammenarbeit Geflüchtete Pflegekräfte in der Pflegepraxis in den Niederlanden und Deutschland ANITA HAM</p>	<p>115</p>
<p>„Heilende“ Interieurs Zur Neugestaltung der Universitätsklinik Nimwegen (Radboud Universitair Medisch Centrum) MARTIJN IN 'T VELD & ANDREA KUCKERT</p>	<p>124</p>
<p>Medien und Medizin als Ressourcen füreinander Polio-Schluckimpfung im BRD-Fernsehen der 1960er- und 70er-Jahre TOBIAS BECKER</p>	<p>139</p>

UNABHÄNGIGE ARTIKEL
INDEPENDENT ARTICLES

	Cryonics 2.0 Implicit Transhumanism, Anti-Aging, and the 'Rise of Rationalism' WILLIAM DAWLEY	161
FORUM FORUM	Bridging Anthropology and Practice The Igdra Space Podcast Series 2 on Applied Anthropology NORA ENGELBERT & MARGRET JAEGER	189
	Zeigen, wie unsere Körper gestrickt sind Über den Wert von gestrickter Anatomie für Kinder KATHARINA SABERNIG	191
Oral Histories der Medizinanthropologie Oral Histories of Medical Anthropology	„Vielleicht bin ich in die Medizinethnologie reingerutscht.“ VERENA KECK, INTERVIEWT VON KATARINA GREIFELD	201
NACHRUF ORBITUARIES	Ein bedeutender Forscher, Lehrer und Ideengeber Nachrufe einiger Weggefährt*innen auf Hans Jochen Diesfeld (1932–2025) WOLFGANG BICHMANN, WALTER BRUCHHAUSEN, DIETER HAMPEL, MICHAEL HEIDEGGER, ALBRECHT JAHN & OLIVER RAZUM, WOLFGANG KRAHL, PITT REITMAIER, SUSAN B. RIFKIN, EKKEHARD SCHROEDER & STEFAN SCHUBERT	209
	Hans Jochen Diesfeld's Moral Clarity OLIVER RAZUM	225
REZENSIONEN REVIEWS	Anja Dreschke & Michaela Schäuble 2024 Tarantism Revisited. CH/D. 105 min. PETER J. BRÄUNLEIN	231
	Jürgen Wasim Frembgen 2025 Bhang – Rauschtrank und Sakraldroge: Zum Gebrauch eines Hanfextrakts im Orient; 2025 Ein Ort der Zuflucht: Aufzeichnungen aus dem Ghetto einer Megacity; 2023 Bambasa Street: Aufzeichnungen aus der Zwischenwelt einer Magacity; 2022 Sufi Hotel: Aufzeichnungen aus den Untiefen einer Megacity MARK MÜNZEL	234
ZUSAMMENFASSUNGEN ABSTRACTS RÉSUMÉS	Zusammenfassungen der Beiträge Article abstracts Résumés des articles	241
	Ziele & Bereiche Aims & Scope	245

Editorial

Der Schwerpunkt dieser *Curare*-Ausgabe basiert auf Vorträgen der von der Herausgeberin Andrea Kuckert zusammen mit Ehler Voss in Kooperation mit der Forschungsplattform Worlds of Contradiction (WOC) der Universität Bremen und dem dem Alexius/Josef Krankenhaus in Neuss organisierten 36. Fachtagung der Arbeitsgemeinschaft Ethnologie und Medizin (AGEM). Vom 16.–17. November 2024 wurde dabei in Neuss entlang der Frage nach den (A)symmetrien der Beziehungen zwischen Ärzt*innen und Patient*innen Facetten der Kooperation im psychiatrischen Krankenhausalltag aus unterschiedlichen Perspektiven verhandelt. Ein Anliegen der Tagung war es, im Sinne einer Public Anthropology Vertreter*innen aus den ethnologischen Fächern mit Menschen aus der Medizin und Pflege zu einem klassischen Thema der Medizinanthropologie miteinander in den Dialog zu bringen. Wir freuen uns, dass in Neuss neben Kolleg*innen aus der Wissenschaft vor allem auch Praktiker*innen aus den Pflegeberufen ihre Erfahrungen geteilt und sich darauf eingelassen haben, ihre Gedanken für die vorliegende Publikation zu verschriftlichen. Einen produktiven Kommunikationsort zu schaffen, an dem unterschiedliche Perspektiven zur Geltung kommen können und der den fächer- und berufsübergreifenden Austausch fördert, ist eine Aufgabe, welche die AGEM seit ihrer Gründung im Jahr 1970 verfolgt.

In der Rubrik Forum kommen wir auf einen Aufruf der *Curare* aus dem Jahr 2011 zurück, die damals zu beobachtende Tendenz zur Reflexion der Geschichte der Ethnomedizin/Medizinethnologie/Medical Anthropology im deutschsprachigen Raum mittels Reprints durch eine kollektive Befragung von Zeitzeugen sowie Selbstzeugnisse zu ergänzen. Eingeladen wurde dazu, sich unter dem Titel „Standortbestimmungen“ in offenen Textgattungen zu erinnern, zu positionieren, anderen zu widersprechen und Geschehnisse zu dokumentieren, um zu sehen, „welche unter-

schiedliche Kohorten und Fraktionen sichtbar werden, welche Kontinuitäten und Brüche es in der Geschichte gibt, welche Fragen und gesellschaftspolitische Anliegen bleiben und welche sich verändert haben oder neu dazugekommen sind“ (VOSS 2011: 163–164). Den Anfang bildeten im gleichen Heft ein Text von Verena Münzenmeier über die Entstehung der Medizinethnologie in der Schweiz und Gerhard Rudnitzki über die Entstehung der AGEM in Deutschland, sowie ein Gespräch von Ehler Voss mit Ekkehard Schröder über die Frage nach unterschiedlichen Generationen in der Geschichte der Medizinanthropologie. Wir freuen uns, dass dieser Aufruf nach so langer Zeit Gehör gefunden hat und führen diese Rubrik im vorliegenden Heft mit einem Gespräch von Katarina Greifeld mit Verena Keck fort. An dieser Stelle sei die Einladung an alle noch einmal wiederholt, sich an dieser Serie zu beteiligen.

Über die Geschichte der Ethnomedizin/Medizinethnologie/Medical Anthropology lässt sich im vorliegenden Heft zudem aus einem traurigen Anlass mehr erfahren: In einem Nachruf erinnern sich zahlreiche Freund:innen und Kolleg:innen an ihre Zeit mit Hans-Jochen Diesfeld, der 1976 der AGEM beitrug und 2003 zum Ehrenmitglied ernannt wurde. 2025 erlag er einer Krebserkrankung.

In den vom Themenschwerpunkt unabhängigen Forschungsartikeln beschäftigt sich William Dawley mit den Praktiken der erhofften Lebensverlängerung bzw. Wiederauferstehung im Kontext des Transhumanismus und Thomas Becker untersucht den Wandel der Werbelogiken für das Impfen anhand Polio-Schluckimpfung im BRD-Fernsehen der 1960er- und 70er-Jahre. Der Beitrag von Thomas Becker geht auf einen Vortrag zurück, den er 2023 auf der in Kooperation mit der Kommission Medizinanthropologie der Deutschen Gesellschaft für Empirische Kulturwissenschaft (DGEKW) durchgeführten 35. Fachtagung der AGEM „Krisen, Körper, Kompetenzen. Me-

thoden und Potentiale medizinanthropologischen Forschens“ im Hamburger Warburg Haus gehalten hat.

Im Forum stellen Nora Engelbert und Margret Jäger den Igdra Space Podcast on Applied Anthropology vor und Katharina Sabernig knüpft an den von ihr herausgegebenen *Curare*-Schwerpunkt zu visuellen Ausdrucksformen von Gesundheit, Krankheit und Heilung aus dem Jahr 2023 an und reflektiert über über den Wert von gestrickter Anatomie für Kinder.

Im abschließenden Rezensionsteil widmet sich Peter Bräunlein dem Film *Tarantism Revisited* von Anja Dreschke & Michaela Schäuble, und Mark Münzel setzt in einer Sammelrezension die letzten Bücher von Jürgen Wasim Frembgen miteinander in Beziehung.

Wir wünschen eine erkenntnisreiche Lektüre.

DIE REDAKTION

Literatur

- MÜNZENMEIER, VERENA 2011. Rasante Entwicklung der Ethnologie und Ethnomedizin in Zürich in den 70er und 80er Jahren. *Curare* 34, 3: 237–242.
- RUDNITZKY, GERHARD 2011. Die frühe Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin in Heidelberg: Die Botschaft der 70er – ein verbindliches Erbe für die Medizinanthropologie im 21sten Jahrhundert. *Curare* 34, 3: 230–236.
- SCHRÖDER, EKKEHARD & EHLER VOSS 2011. Generation Ethnomedizin. Fragen an Ekkehard Schröder. *Curare* 34, 3: 224–229.
- VOSS, EHLER 2011. 40 Jahre Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin – Zeit für eine Oral-History der Ethnomedizin/Medizinethnologie/Medical Anthropology im deutschsprachigen Raum. *Curare* 34, 3: 163–164.

[English version]

This issue of *Curare* focuses on presentations from the 36th conference of the Association for Anthropology and Medicine (AGEM), organized by editor Andrea Kuckert together with Ehler Voss in cooperation with the collaborative research platform Worlds of Contradiction (WOC) at the University of Bremen and the Alexius/Josef Hospital in Neuss. From November 16–17, 2024, the conference in Neuss explored facets of cooperation in everyday psychiatric hospital life from various perspectives, focusing on the (a)symmetries of the relationship between physicians and patients. One aim of the conference was to bring together representatives from anthropological disciplines and those from medicine and nursing to engage in dialogue on a classic topic in medical anthropology, in the spirit of public anthropology. We are delighted that in Neuss, in addition to colleagues from academia, practitioners from the nursing professions in particular shared their experiences and agreed to put their thoughts into writing for this publication. Creating a productive space for communication where diverse perspectives can be heard and which promotes interdisciplinary and interprofessional exchange is a task that AGEM has pursued since its founding in 1970.

In the Forum section, we revisit a call from *Curare* in 2011 to supplement then-contemporary efforts at reflecting on the history of ethnomedicine and medical anthropology in German-speaking countries through reprinted articles from the early days by drawing on personal accounts of and interviews with living witnesses. The invitation encouraged to recall, position oneself, disagree with others, and document events under the title “Positioning: Retrospectives and Perspectives” in diverse genres, in order to see “which different cohorts and factions become visible, which continuities and ruptures exist in the history, which questions and socio-political concerns remain and which have changed or newly emerged” (VOSS 2011: 163–164). The series began in the same issue with a text by Verena Münzenmeier on the emergence of medical anthropology in Switzerland and another by Gerhard Rudnitzki on the emergence of AGEM in Germany, as well

as a conversation between Ehler Voss and Ekkehard Schröder about the question of different generations in the history of medical anthropology. We are pleased that this call for submissions has finally been heeded after so long, and we continue this section in the present issue with a conversation between Katarina Greifeld and Verena Keck. At this point, we would like to reiterate our invitation to everyone to participate in this series.

This issue also offers further insights into the history of ethnomedicine and medical anthropology, due to a sad occasion: In an obituary, numerous friends and colleagues reminisce about their time with Hans-Jochen Diesfeld, who joined AGEM in 1976 and was made an honorary member in 2003. He succumbed to cancer in 2025.

In the research articles unrelated to the thematic focus, William Dawley examines the practices of hoped-for life extension or resurrection in the context of transhumanism, and Thomas Becker investigates the changing advertising logic for vaccination, using the oral polio vaccine as a case study on West German television in the 1960s and 70s. Thomas Becker's contribution is based on a lecture he gave in 2023 at the 35th AGEM conference, "Crises, Bodies, Competencies: Methods and Potentials of Medical Anthropological Research," held at the Warburg House in Hamburg in cooperation with the Commission for Medical Anthropology of the German Society for Cultural Analysis | European Ethnology (DGEKW).

Also in the forum, Nora Engelbert and Margret Jäger present the Igdra Space Podcast on Applied Anthropology, and Katharina Sabernig builds on her 2023 *Curare* thematic focus on visual expressions of health, illness, and healing, reflecting on the value of knitted anatomy for children.

In the concluding review section, Peter Bräunlein examines the film *Tarantism Revisited* by Anja Dreschke and Michaela Schäuble, and Mark Münzel presents a review comparing Jürgen Wasim Frembgen's recent books.

We hope you find it an insightful read.

THE EDITORIAL TEAM

References

- MÜNZENMEIER, VERENA 2011. Rasante Entwicklung der Ethnologie und Ethnomedizin in Zürich in den 70er und 80er Jahren. *Curare* 34, 3: 237–242.
- RUDNITZKY, GERHARD 2011. Die frühe Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin in Heidelberg: Die Botschaft der 70er – ein verbindliches Erbe für die Medizinanthropologie im 21sten Jahrhundert. *Curare* 34, 3: 230–236.
- SCHRÖDER, EKKEHARD & EHLER VOSS 2011. Generation Ethnomedizin. Fragen an Ekkehard Schröder. *Curare* 34, 3: 224–229.
- VOSS, EHLER 2011. 40 Jahre Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin – Zeit für eine Oral-History der Ethnomedizin/Medizinethnologie/Medical Anthropology im deutschsprachigen Raum. *Curare* 34, 3: 163–164.

SCHWERPUNKT
THEMATIC FOCUS

(A)symmetrische Beziehungen
Professionelle Einblicke in den psychiatrischen Krankenhausalltag

HERAUSGEGEBEN VON
ANDREA KUCKERT

(A)symmetrische Beziehungen

Professionelle Einblicke in den psychiatrischen Krankenhausalltag. Einleitung

ANDREA KUCKERT

Ein Fallbeispiel als dem psychiatrischen Krankenhausalltag:

Frau M., 42 Jahre alt, ist seit zwei Wochen aufgrund einer schweren depressiven Episode auf einer allgemeinspsychiatrischen Station. Sie verbringt den Großteil der Zeit zurückgezogen im Zimmer, wirkt antriebslos und zeigt geringe Motivation zur Teilnahme an Gruppenangeboten. Die Pflegefachkraft Frau Suleiman setzt sich im Patient*innenzimmer zu Frau M., um über die Teilnahme an einer Psychoedukationsgruppe zu sprechen.

PFLEGEFACHKRAFT: Frau M., heute Nachmittag findet wieder unsere Psychoedukationsgruppe statt. Es wäre gut, wenn Sie daran teilnehmen.

PATIENTIN: (leise, mit gesenktem Blick) Ich weiß nicht, ob ich das schaffe ... Ich fühle mich so müde. Außerdem glaube ich nicht, dass mir das etwas bringt.

PFLEGEFACHKRAFT: Ich verstehe, dass Sie wenig Kraft haben. Aber die Teilnahme gehört zum Therapieplan. Dort bekommen Sie wichtige Informationen über die Krankheit und lernen Strategien, wie Sie besser damit umgehen können.

PATIENTIN: Aber ich habe das Gefühl, dass ich mich gar nicht konzentrieren kann. Und wenn ich in der Gruppe sitze, fühle ich mich eher noch schlechter ...

PFLEGEFACHKRAFT: Es ist normal, dass das am Anfang schwerfällt. Trotzdem ist es wichtig, dass Sie hingehen. Sie müssen nicht aktiv mitmachen, zuhören reicht. Wir erwarten von unseren Patientinnen und Patienten, dass sie an den Gruppen teilnehmen.

PATIENTIN (sichtlich bedrückt): Also habe ich eigentlich keine Wahl?

PFLEGEFACHKRAFT: Natürlich ist es Ihre Entscheidung – aber ich rate Ihnen dringend dazu. Es ist ein Teil Ihrer Behandlung, und wir wissen aus Erfahrung, dass es hilft. Wenn Sie nicht hingehen, dauert es womöglich länger, bis Sie Fortschritte machen.

Das Gespräch zwischen der Patientin Frau M. und der Pflegefachkraft macht deutlich, wie stark asymmetrische Strukturen in psychiatrischen Behandlungssituationen nach wie vor wirksam sind. Auch wenn die Pflegefachkraft bemüht ist, Verständnis zu zeigen und die Patientin zu motivieren, bleibt die Rollenverteilung klar: Die Fachkraft tritt als Expertin auf, die über Wissen, Handlungsoptionen und institutionelle Legitimation verfügt, während die Patientin in einer Position der Abhängigkeit verharrt. Die Patientin äußert nachvollziehbare Bedenken (Antriebslosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Überforderung in der Gruppe). Diese subjektive Perspektive wird von der Pflegefachkraft zwar gehört, aber nicht wirklich in den Entscheidungsprozess integriert. Stattdessen verweist die Fachkraft auf den „Therapieplan“ und formuliert implizit eine Pflicht zur Teilnahme. Dadurch wird die Illusion von Wahlfreiheit erzeugt, während die Patientin faktisch unter Druck gesetzt wird („wir erwarten das“, „sonst dauert es länger, bis Sie Fortschritte machen“). Hier zeigt sich ein zentrales Spannungsfeld psychiatrischer Versorgung: Einerseits gibt es den Anspruch auf Empowerment, Partizipation und Selbstbestimmung der Patient*innen. Andererseits bleibt die Behandlungspraxis häufig durch strukturelle Ungleichheiten geprägt. Institutionelle Vorgaben, therapeutische Standards und das Machtgefälle zwischen Fachkräften und Patient*innen führen dazu, dass „Mitbestimmung“ oft auf formaler Ebene gewährt wird, ohne echte Autonomie zu ermöglichen. Im konkreten Fall wird Frau M. nicht in die Lage versetzt, gemein-

sam mit der Pflegefachkraft nach Alternativen zu suchen (z. B. Teilnahme an einer kleineren Gruppe, schrittweise Annäherung, individuelle psychoedukative Gespräche). Stattdessen wird die Verantwortung für den Behandlungserfolg indirekt auf sie abgeschoben („Wenn Sie nicht hingehen, dauert es länger“). Dieses Vorgehen kann die depressive Symptomatik (Gefühle von Unzulänglichkeit und Ohnmacht) sogar verstärken. Aus pflegeethischer und professionsreflexiver Perspektive wäre es wünschenswert, die asymmetrische Beziehung bewusst zu thematisieren und aktiv nach Wegen zu suchen, um Patient*innen mehr Mitbestimmung einzuräumen. Dies könnte z. B. durch gemeinsame Aushandlungsprozesse, individuelle Anpassungen der Therapieangebote oder durch eine explizite Anerkennung der Selbstbestimmung geschehen.

Dieses und viele andere Fallbeispiele – und die immerwährende Suche nach Lösungen – haben uns als Mitarbeitende im Krankenhaus motiviert, uns mit der Thematik der (A)symmetrie näher auseinanderzusetzen. Im Rahmen der 36. Jahrestagung der Arbeitsgemeinschaft Ethnologie und Medizin (AGEM) in Kooperation mit dem Alexius/Josef Krankenhaus in Neuss und der Verbundforschungsplattform Worlds of Contradiction (WOC) der Universität Bremen wollten wir diese Thematik aus verschiedenen Perspektiven beleuchten. Mit dem Titel „(A)symmetrische Beziehungen: Facetten der Kooperation im psychiatrischen Krankenhausalltag“, organisiert von EHLER VOSS und ANDREA KUCKERT, konnten wir zahlreiche Sprecher*innen gewinnen, die sich mit uns auf einen spannenden Weg gemacht haben. Ausgangspunkt war die Frage, wie die Mitarbeitenden in einem psychiatrischen Akutkrankenhaus in unterschiedlichen Bereichen und Zusammenstellungen miteinander kooperieren.

Dazu muss man sich zunächst Folgendes vor Augen führen: Der Alltag in einer Psychiatrie wird von unterschiedlichen Akteur*innen bestimmt. Neben den Patient*innen gibt es unter anderem den ärztlichen und den pflegerischen Dienst, Psycholog*innen, Mitarbeitende der therapeutischen Dienste wie Sport-, Ergo- und Musiktherapie, klinische Sozialarbeiter*innen und Genesungsbegleiter*innen wie Seelsorger*innen

oder Ehrenamtler*innen sowie Mitarbeiter*innen in Verwaltung, Raumpflege und Küche, die miteinander auf unterschiedlichen Ebenen kooperieren. Eingebettet sind diese Beziehungen in ökonomische, infrastrukturelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Zudem beeinflussen die sozialen und kulturellen Hintergründe von Patient*innen und Mitarbeitenden die jeweiligen Beziehungen genauso wie die Wahl der Behandlungsform, insbesondere die der Medikation. Dabei zeichnen sich die Beziehungen der beteiligten Akteur*innen durch unterschiedliche Asymmetrien in den Bereichen des Wissens, des Handelns, der Macht und des Nutzens aus.

Eine lange Tradition besteht in dem Versuch, die Kooperationen – insbesondere die zwischen Patient*innen und Mitarbeitenden einer psychiatrischen Institution – zu symmetrisieren. Dennoch stehen symmetrische und asymmetrische Beziehungen in einem Spannungsverhältnis, kommt doch der Alltag in der Psychiatrie zumeist nicht ohne asymmetrische Beziehungen und paternalistische Entscheidungen aus. Trotz verschiedenster Bemühungen, standardisierte Verfahren der Kooperation zu entwickeln, bleibt der Klinikalltag unberechenbar und voller Widersprüche und fordert alle Akteur*innen täglich heraus, das Zusammenspiel aller menschlichen wie nicht-menschlichen Akteur*innen (Architektur, SGB V, Medikamente usw.) auszuhandeln.

Ziel der Tagung war es, die verschiedenen Ebenen der Kooperationen dieser unterschiedlichen Akteur*innen und ihre Auswirkungen auf den psychiatrischen Alltag in den Blick zu nehmen. Dazu gehören:

- Kooperationen zwischen Wissenschaft und Krankenhauspraxis: Wie werden Forschungsergebnisse in der Medizin und der Pflegepraxis umgesetzt und wie wird die Krankenhauspraxis in der Forschung berücksichtigt?
- Kooperationen zwischen den Disziplinen: Wie kooperieren unterschiedliche Disziplinen mit ihren unterschiedlichen Ansätzen miteinander und welche Synergien und Widersprüche entstehen dadurch?
- Kooperationen zwischen Patient*innen und ärztlichem, pflegerischem und weiterem Personal:

Wie wird das Verhältnis zwischen Regulierung und Empowerment der Patient*innen im Alltag ausgehandelt und welche Möglichkeiten und Grenzen ergeben sich bei dem Versuch einer Symmetrisierung des Verhältnisses von Patient*innen und ärztlichem und pflegerischem Personal?

Die Tagung fand vom 15.–16. November 2024 im Alexius/Josef Krankenhaus statt und richtete sich hauptsächlich an Pflegefachpersonen, die sowohl in ihrer täglichen Arbeit nach förderlichen Faktoren in der Beziehungsgestaltung mit den Patient*innen suchen als auch sich selbst in multidisziplinären Teams in ihrer eigenen Position behaupten (müssen) und gemeinschaftlich nach adäquaten Lösungen für die Versorgung von Patient*innen suchen. Auf den Call haben sich Pflegefachpersonen, Genesungsbegleiter*innen, Pflegewissenschaftler*innen, Ärzt*innen, Psycholog*innen, Medizinethnolog*innen und Architekt*innen gemeldet, die mit ihren Vorträgen aus den unterschiedlichsten Perspektiven das Thema der *Kooperation der Mitarbeitenden in einem psychiatrischen Akutkrankenhaus in unterschiedlichen Bereichen und Zusammenstellungen* mit einem multidisziplinär besetzten Publikum diskutierten.

Im Laufe der zweitägigen Konferenz reichten die Präsentationen von klassischen Vorträgen über die szenische Darstellung einer ethischen Fallbesprechung, Diskussionen mit dem Publikum bis hin zu Erfahrungsberichten, die für Gänsehaut sorgten, einer deeskalierenden Handlungsweise und Vorträgen mit viel Bildmaterial. Diese unterschiedlichen didaktischen Herangehensweisen in den verschiedenen Präsentationen sorgten für ein abwechslungsreiches Programm, das immer wieder dafür sorgte, dass das Publikum nicht müde wurde, nach einer adäquaten Antwort auf die Frage nach der Kooperation in einem psychiatrischen Krankenhaus zu suchen – und vielleicht auch mit mehr Fragezeichen nach Hause ging, als man eigentlich zu Beginn der Tagung hatte.

Die Tagung ermöglichte eine Diskussion in einem geschützten Raum, bei der man sich ausprobieren und ethische Reflexionen anstellen konnte, ohne beurteilt zu werden. Die Teilnehmenden konnten unterschiedliche Prozesse in

Bezug auf die Versorgung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen kennenlernen und die Erfahrungen der Konferenz in den eigenen Teams des Alexius/Josef Krankenhauses weiter diskutieren.

Dieser Schwerpunkt, dem sich auch einige Beiträge annehmen, die nicht auf der Tagung präsentiert werden konnten, bot den Mitarbeitenden und anderen Teilnehmenden die Möglichkeit, ihre praktischen Erfahrungen zu verschriftlichen und für andere Kolleg*innen zugänglich zu machen.

Damit kommen verschiedene berufspraktische Perspektiven zu Wort und verdeutlichen, wie die unterschiedlichen Berufsgruppen voneinander lernen können. In diesem Band werden Sie auf vielfältige Art und Weise mit (a)symmetrischen Beziehungen in einem psychiatrischen Krankenhaussetting begegnen. Eine erste geschichtliche Annäherung wagt MARTIN KÖHNE mit den „Narrentürmen“. Die Perspektive der Architektin JULIA KIRCH (Architekturbüro sander.hofrichter architekten) auf den Bau einer Psychiatrie ermöglicht ein Kennenlernen eines psychiatrischen Akutkrankenhauses. Danach führt ULRIKE HÖHMANN den Begriff der „funktionalen Asymmetrie“ ein, der uns sehr wichtig ist. Es folgt die Auseinandersetzung mit dem Krankheitsbild der Psychose und dem Mehrwert, den diejenigen für die Arbeit auf der Station bieten, die selbst an dieser Krankheit erkrankt sind (dazu HEIDRUN LUNDIE, ANDREA KUCKERT & ANDREAS REXIN). Auf der Suche nach einer „bestmöglichen Entscheidung in einem ethischen Dilemma“ lädt der Beitrag von GARY-NEIL BRAULT, ANDREA KUCKERT, ANNA SZUREK & BERND TEWES zur Reflexion und zu Überlegungen ein, wie man selbst in einer konkreten Situation entschieden hätte. Die Auseinandersetzungen von THOMAS PLOETZ & ANDREAS HETHKE mit „handgreiflichen Situationen“ werfen den Blick auf Lösungsansätze. Der Beitrag zum „Safewards“-Konzept von LENA KRUPSKI widmet sich einem ganzheitlichen Ansatz mit allen Beteiligten auf einer Station. Hier werden Mitarbeitende genauso eingebunden wie die Patient*innen und die Angehörigen, um gemeinsam für einen guten Genesungsprozess zu sorgen. Wie Mitarbeitende einer Station das

„Soteria“-Konzept für junge Menschen mit einer psychotischen Erkrankung einführen, beschreibt STEFAN GARTKE. Suizidale Krisen gehören zum psychiatrischen Krankenhausalltag dazu – wie damit umgehen, ist Gegenstand von BJÖRN VÜSTS Beitrag. ANITA HAMS Studie zu asymmetrischen Verhältnissen in Teams mit geflüchteten Pflegekräften in der Pflegepraxis in den Niederlanden und Deutschland reflektiert über das Arbeiten in so genannten multikulturellen Teams. Abschließend gibt ein Fotoessay einen bildhaften Einblick in das „heilende Interieur“ einer psychiatrischen Station in einem niederländischen Universitätskrankenhaus.

Danksagung

Ich danke Philipp Goll und Ehler Voss aus der *Curare*-Redaktion für ihre Unterstützung bei der Erstellung des Konferenzbandes *(A)symmetrische Beziehungen: Professionelle Einblicke in den psychiatrischen Krankenhausalltag*.



Andrea Kuckert, Dr., arbeitet als pflegerische Leiterin des Departments Forschung und Entwicklung im Alexius/Josef Krankenhaus in Neuss, einem psychiatrischen Akutkrankenhaus. Auch geprägt durch das Studium der kulturellen Anthropologie (M.A.), der Pflegewissenschaften (M.A.) und zahlreiche Auslandsaufenthalte liegen ihre Interessen auf den Gebieten des Diversity Managements, der Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen, genderrelatierten Themen und der Pflegeentwicklung. Durch ihre Arbeit als Gesundheits- und Krankenpflegende auf einer geschützten gerontopsychiatrischen Station bleibt sie ihrem Fach verbunden und kann pflegerische Fragestellungen direkt aus der Praxis aufgreifen und gemeinsam mit den Kolleg*innen im partizipativen Ansatz bearbeiten.

Alexius/Josef Krankenhaus
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: a.kuckert@ak-neuss.de

Die Entwicklung der Psychiatrie von der Antike bis heute

MARTIN KÖHNE

Tollhäuser, Irrenanstalten und psychiatrische Kliniken – der Weg von Zwang zu Menschlichkeit

Im Mittelalter, vor dem 18. Jahrhundert, wurden Menschen, die man heute als psychisch krank bezeichnet, häufig in Einrichtungen untergebracht, die eher an Gefängnisse erinnerten. Die Gesellschaft in der Zeit des europäischen Mittelalters in Europa betrachtete sie nicht als gleichwertige Mitglieder, sondern als Personen, die ausgegliedert werden mussten. In den speziellen Anstalten herrschten oftmals schlechte Bedingungen – Zwang und Gewalt waren weit verbreitet. Erst in den 1970er Jahren begann man in Deutschland damit, die Verhältnisse in psychiatrischen Kliniken systematisch zu hinterfragen (PSYCHIATRIE-ENQUETE 1975). Dabei wurde deutlich, dass psychisch erkrankte Menschen ein Recht auf würdevolle Behandlung und ein normales Leben in der Gesellschaft haben. Die Geschichte der Psychiatrie zeigt, warum es bis heute schwerfällt, Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen vollständig abzubauen.

Psychiatrie bis zum 14. Jahrhundert

Bereits in der Antike gab es erste Überlegungen zur Behandlung psychischer Erkrankungen. In der arabischen Welt entstanden vor über 1000 Jahren die ersten Einrichtungen zur Betreuung von Menschen mit seelischen Problemen. Während Europa erst im 18. Jahrhundert damit begann, spezialisierte Anstalten einzurichten, existierten im arabischen Raum schon deutlich früher Häuser, die speziell für psychisch auffällige Menschen vorgesehen waren.

Um das Jahr 800 n. Chr. wurde in Bagdad eine solche Einrichtung gegründet. Dort versuchte man, den Patienten mit Musik, Tanz, Theater,

Bädern und einer festen Tagesstruktur zu helfen (JETTER 1966). Damals glaubten viele Menschen an „böse“ Geister – sogenannte *Dschinn* –, die angeblich für psychische Leiden verantwortlich waren und Besitz von den Betroffenen ergriffen hätten (SAUSSURE 1970).

Hier einige bedeutende psychiatrische Einrichtungen dieser Zeit:

- 800 n.Chr. in Bagdad
- 872 n. Chr. in Kairo
- 1156 n.Chr. in Damaskus
- 1354 n.Chr. in Aleppo

Auch im damaligen Spanien, das unter maurischer Herrschaft stand, wurden früh psychiatrische Spitäler gegründet, zum Beispiel:

- 1353: Maristan in Granada
- 1409: Casa de Oratis in Valencia
- 1425: Hospital von Saragossa

Das „Irrenhaus“ von Valencia (Casa de Oratis) wurde im Jahr 1409 gegründet und war eines der ersten rein psychiatrischen Krankenhäuser Europas. Im Vergleich zu den bereits etablierten Einrichtungen im arabischen Raum war die Versorgung psychisch Kranker in Europa zu dieser Zeit noch sehr schlecht. (SCHOTT & TÖLLE 2006).

Im Mittelalter wurde im deutschsprachigen Raum das Wort Narr zur Umschreibung von Menschen verwandt, die sich durch ihr Verhalten von der Gesellschaft abgrenzten. Dabei unterschied man „künstliche“ von „natürlichen“ Narren. Der künstliche Narr schlüpfte in die Rolle eines Narren, um Leute zu unterhalten. Zu den natürlichen Narren zählten sogenannte Geisteskranke und „Irre“, die durch ein anderes Verhalten und Denkmuster auffielen, die nicht der damaligen sozialen Norm entsprachen. Man unterschied zwischen „künstlichen Narren“, die als Hofnarren zur

Unterhaltung dienten, und „natürlichen Narren“, also Menschen mit psychischen oder geistigen Beeinträchtigungen. Letztere wurden oft ausgegrenzt, da sie als gefährlich oder bedrohlich galten.



Abb. 1 PIETER BRUEGEL DER ÄLTERE. *Die tolle Grete (Dulle Griet)*. Um 1563. Museum Mayer van den Bergh (Antwerpen, Belgien) (no copyright).

In vielen Städten gab es sogenannte Narrenkäfige (Dorenkästen), in denen psychisch Kranke öffentlich zur Schau gestellt wurden. Die Gesellschaft betrachtete sie nicht als krank, sondern als besessen und/oder böse (HILL 1839).

Ein besonders eindrückliches Beispiel für den Umgang mit schwer psychisch Erkrankten ist das sogenannte „Narrenschiff“. Städte bezahlten Kapitäne dafür, dass sie unerwünschte, psychisch Kranke auf ihren Schiffen mitnahmen und an weit entfernten Orten wieder an Land setzten. Für die Betroffenen bedeutete das ein Leben in völliger Unsicherheit (FOUCAULT 1973).

Im Mittelalter wurde im deutschsprachigen Raum das Wort Narr zur Umschreibung von Menschen verwandt, die sich durch ihr Verhalten von der Gesellschaft abgrenzten. Dabei unterschied man künstliche von natürlichen Narren. Der künstliche Narr schlüpfte in die Rolle eines Narren, um Leute zu unterhalten. Zu den natürlichen Narren zählten Geisteskranke, geistig behinderte, und Irre die durch ein anderes Verhalten und Denkmuster auffielen, die nicht der damaligen sozialen Norm entsprachen.

Der „Irre“ fiel durch ein Verhalten oder Denken auf, das von gesellschaftlichen Normen abwich.

Was dabei als sozial verträglich galt, bestimmte jeweils die Gesellschaft selbst. Wer sich zu stark von der Norm entfernte, wurde als Bedrohung empfunden – psychisch abnorme Menschen sowie Angehörige gesellschaftlicher Randgruppen galten als Gefahr für die öffentliche Ordnung und Sicherheit. Die Folge waren Ausgrenzung, Internierung und Kontrolle. Bis an die Schwelle zur Neuzeit betrachtete man psychische Auffälligkeit nicht als Krankheit.

MICHAEL FOUCAULT beschreibt in seinem Buch *Wahnsinn und Gesellschaft* (1973) das Narrenschiff als eine symbolische Figur. Auch der Maler Hieronymus Bosch setzte sich mit dem Thema Maßlosigkeit und Völlerei auseinander, wie in seiner Malerei zu sehen ist.



Abb. 2 HIERONYMUS BOSCH. *Das Narrenschiff*. 1490–1510. Louvre Paris (no copyright).

In seinem Bild „Das Narrenschiff“ ersetzt ein Laubbaum den Segelmast, und ein in Trank, Essen und Spaß schwelgender Mensch steuert das überfüllte Boot nicht mit einem Ruder, sondern mit einem übergroßen Kochlöffel. Würde sich

das Boot tatsächlich fortbewegen, drehte es sich nur im Kreis. Der Wahnsinnige wird als Gestalt dargestellt, die räumliche und soziale Grenzen sprengt – zwischen drinnen und draußen, Integration und Ausgrenzung. Im symbolischen Sinn steht das Narrenschiff für eine kulturelle Krise. Es bündelt die Vorstellung einer Welt, die aus den Fugen geraten ist – einer allgemeinen Unvernunft. In FOUCAULTS Deutung ersetzt das Narrenschiff den mittelalterlichen Totentanz, der mit der Pest und Lepra verknüpft war (FOUCAULT 1973). Auch bei den Mystikern des 15. Jahrhunderts findet sich das Motiv der Seele als ein Schiff, das auf dem unendlichen Meer der Begierden und der Sorgen zum Spielball des Wahnsinns wird. Hier stellt sich die Frage, warum das Motiv des Narrenschiffs gerade im 15. Jahrhundert auftaucht. Foucault vermutet, dass das Narrenschiff die Unruhe und die Umbrüche am Ende des Mittelalters symbolisiert. Wahnsinn steht für Bedrohung, aber auch für Spott und Lächerlichmachung des Menschen – vor dem Hintergrund der Todeserfahrungen durch Pest und Lepra im 14. und 15. Jahrhundert. Schätzungen zufolge starben bei den großen Pestepidemien im 14. Jahrhundert zwischen 30 und 50 % der Bevölkerung Europas. (SCHOTT & TÖLLE 2006) Der Wahnsinn trat als Symbol an die Stelle des Todes. Die Erfahrung mit Pest und Lepra hinterließ eine kulturelle Erbschaft des Wahnsinns.

Pieter Bruegel der Ältere griff das Thema in seinem Werk *Dulle Griet* (um 1562) auf. Es zeigt Tobsucht, unbeherrschtes Verhalten und Raserei. Im Vordergrund steht die Hauptfigur: zahnlos, mit starrem Blick und entschlossenem Schritt, ausgestattet mit Brustpanzer, Helm und Schwert.

Die Anfänge der organisierten Irrenfürsorge in Europa

Der Begriff „Irrenfürsorge“ stammt aus dem deutschsprachigen Raum des 19. Jahrhunderts und beschrieb die Betreuung, Unterbringung und Versorgung von psychisch auffälligen Menschen (SCHOTT 2006)

Die Betreuung psychisch kranker Menschen lag in Europa zunächst in der Hand von Klöstern



Abb. 3 ARNOLD BÖCKLIN. *Die Pest*. Um 1898. Kunstmuseum Basel (no copyright).

und Orden, später übernahmen zunehmend auch die Städte diese Aufgabe. Eine besondere Bedeutung kam dem Alexianer-Orden zu, der zahlreiche Einrichtungen im deutschsprachigen Raum gründete. Der Ursprung des Ordens wird auf das Jahr 1396 in Aachen datiert; 1483 wurde das Alexianer-Krankenhaus in Neuss gegründet. Die zentralen Leitprinzipien der Alexianer waren Caritas (Wohltätigkeit) und Misericordia (Barmherzigkeit).

Im 16. Jahrhundert nutzte man vermehrt ehemalige Leprosarien und Pesthäuser zur Unterbringung psychisch erkrankter Menschen, da diese inzwischen ihre ursprüngliche Funktion verloren hatten. Solche Gebäude lagen meist

abgelegen, oft außerhalb der Stadtgrenzen und waren von Wassergräben umgeben – etwa der Pesthof in Hamburg, der ab 1683 als Irrenanstalt diente, oder das Berliner Pesthaus, das später zur Charité wurde (JETTER 1966). Ähnlich wie das „Narrenschiff“ symbolisierte auch diese Form der Unterbringung eine gesellschaftliche Ausgrenzung und Spaltung.

In einem weiteren Schritt wurden psychisch Kranke zunehmend in bestehende Krankenhäuser integriert – beispielsweise im 15. Jahrhundert in die Heilig-Geist-Hospitäler in München und Frankfurt.

Später begann man, gesonderte Anstalten im rückwärtigen Bereich der Hauptkrankenhäuser zu errichten. Parallel dazu entstanden eigenständige Zucht- und Tollhäuser, die im Zuge der zunehmenden Medizinalisierung schließlich in spezialisierte Irrenhäuser überführt wurden. Ursprünglich bezeichnete ein Toll-Haus ein Zoll-Haus (Toll=Zoll). Ab dem 18. Jahrhundert wurde der Begriff zunehmend im Sinne des Irrenhauses verstanden, abgeleitet durch toll = verrückt (GRIMM 2025).

Mit dem Beginn der Industrialisierung rückten Ordnung und Sicherheit in den Vordergrund. Tollhäuser dienten nun als Zucht-, Korrektions- und Arbeitshäuser. Psychisch Kranke wurden dort zusammen mit Obdachlosen, Prostituierten und Straftätern untergebracht – wie etwa im Zucht- und Arbeitshaus Hamburg, das 1620 eröffnet wurde.

Wichtige Gründungen psychiatrischer Einrichtungen die sich in Europa nach der Entstehung in Spanien (aus Nordafrika und dem Nahen Osten stammend) in dieser Zeit entwickelt haben:

- 1400: Bethlem Royal Hospital, London
- 1562: Doll-Huys, Amsterdam
- 1656: Hôpital de la Salpêtrière, Paris
- 1751: St. Luke's Hospital for Lunatics, London
- 1780: La Maison royale de [santé à] Charenton, Paris
- 1784: Narrenturm, Wien

Der Narrenturm als Wendepunkt

Der 1784 errichtete *Narrenturm* in Wien, der hinter dem Allgemeinen Krankenhaus gebaut wurde und eher finster sowie gefängnisartig wirkte, markiert einen Wendepunkt in der Geschichte der Psychiatrie. Um 1800 entwickelten sich erste eigenständige Irrenanstalten, und die bis dahin übliche Verbindung von Zucht- und Tollhäusern begann sich aufzulösen.

Gegen Ende des 18. Jahrhunderts – im Geist der Aufklärung – begann man, „Irre“ nicht länger nur als zu verwahrende, sondern als behandlungsbedürftige Menschen zu sehen. Die Psychiatrie etablierte sich erstmals als eigenständiges medizinisches Fachgebiet. Dies bedeutete jedoch nicht das Ende von Ordnung und Kontrolle, sondern vielmehr deren Einbindung in medizinische Behandlungskonzepte.

Die Kritik an den menschenunwürdigen Zuständen in den Anstalten setzte bereits im 18. Jahrhundert ein und hält – in unterschiedlichen Formen – bis heute an. Der Ruf nach einer humaneren, würdevollen Behandlung psychisch kranker Menschen wurde seither immer wieder laut und prägt die Entwicklung der Psychiatrie bis in die Gegenwart.

Die Idee einer gewaltfreien Behandlung wurde ernsthaft mit der Französischen Revolution verfolgt. Berühmt wurde dabei die symbolische Befreiung psychisch kranker Menschen von ihren Ketten durch den Psychiater Philippe Pinel im Pariser *Hôpital Bicêtre* am 11. November 1793 (SAUSSURE 1970).

Ob tatsächlich Pinel oder andere diesen Schritt initiierten, ist historisch nicht eindeutig belegt – entscheidend bleibt jedoch die Tatsache, dass psychisch kranke Menschen überhaupt befreit wurden. Das markierte einen grundlegenden Wandel im Umgang mit ihnen.

Psychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert

Bis zum Beginn des 19. Jahrhunderts spielte Gewalt in der Behandlung psychisch kranker Menschen eine zentrale Rolle. Dass der Einsatz von Gewalt das Aggressionspotenzial der Patienten

eher verstärkte, erkannten nur wenige Psychiater – neben Pinel nur eine kleine Minderheit. Die Mehrheit war damals nicht in der Lage oder willens, eine gewaltfreie Psychiatrie umzusetzen. Ein erster wirklicher Wandel vollzog sich in England (HILL 1839). Nachdem 1829 ein fixierter Patient ums Leben gekommen war, beschloss der Direktor des Lincoln-Lunatic-Asylum London, dort die zwangsfreie und fixierungsfreie Behandlung durchzusetzen. Er registrierte in der Folgezeit jede Zwangsmaßnahme und erreichte schon dadurch eine erhebliche Abnahme der Zwangsmaßnahmen, sodass diese bis 1837 praktisch gegen Null tendierten.

Der britische Psychiater John Conolly (1794–1866) setzte dieses sogenannte *non-restraint system* konsequent um. Unter seiner Leitung wurden in der Anstalt Hanwell bei London Zwangsmittel nahezu vollständig abgeschafft. Zwar existierten weiterhin geschlossene Stationen und Zimmer, doch die Patienten wurden zu Arbeit, Sport und Spiel motiviert. Schulunterricht wurde angeboten, und jedem Patienten sollte ein Einzelzimmer zur Verfügung stehen. Zusätzlich führte man tägliche Visiten, Milieuthérapie und eine therapeutische Tagesstruktur ein (SCHOTT & TÖLLE 2006).

In Deutschland wurde dieses Konzept kontrovers diskutiert. Neben engagierten Befürwortern gab es auch vehemente Gegner. Eine vermittelnde Haltung zeichnete sich ab: Gewaltfreiheit sei grundsätzlich richtig, aber Zwang in bestimmten Fällen nicht vermeidbar – eine Sichtweise, die auch heute noch unter einigen Psychiatern verbreitet ist. Als Zwang wird eine Maßnahme bezeichnet, die gegen den Willen einer Patientin oder eines Patienten durchgeführt wird, mit dem Ziel, eine drohende Selbstgefährdung oder Fremdgefährdung abzuwenden (Fixierung, Isolierung, Zwangseinweisung, Zwangsmedikation). Als Gewalt wird in der Psychiatrie jede Form körperlicher, psychischer oder struktureller Einwirkungen bezeichnet, die dem Patienten Leid oder Schaden zufügt (Missachtung des Willens oder der Würde des Patienten, entwürdigende Kommunikation, Missbrauch durch Personal) (DGPPN 2018).

Der bekannte Psychiater WILHELM GRIESINGER führte 1864 in Zürich und 1865 in Berlin die zwangsfreie Behandlung ein (GRIESINGER 1868).

Dennoch reagierten viele Fachkollegen mit Skepsis. Zitat eines damaligen Psychiaters: „Zwang sei, wo notwendig, auch ein Heilmittel“ (SCHOTT & TÖLLE 2006).

Viele Vertreter des Fachs hielten eine Reduzierung von Zwang für wünschenswert, betrachteten eine völlig zwangsfreie Behandlung jedoch als unrealistisch. Bis weit ins 20. Jahrhundert hinein und zum Teil auch heute war und ist es gängige Praxis, Patienten durch mechanische Fixierung – etwa mit Ledergeräten am Bett – ruhigzustellen.

Im frühen 20. Jahrhundert kam zudem das sogenannte Dauerbad unter Zwang auf. Diese als therapeutisch bezeichnete Maßnahme wurden ohne Aufklärung und ohne Zustimmung der Patienten angewendet.

Einen positiven Wendepunkt bildete die Einführung einer „aktiveren Krankenbehandlung“ in der Psychiatrie von Gütersloh in der Mitte des 20. Jahrhunderts. Eine strukturierte Arbeits- und Beschäftigungstherapie trug dort zur Reduzierung von Einschränkungen und Unfreiheiten bei. Der neue Ansatz fand große Beachtung und inspirierte die soziale Psychiatrie in Europa – besonders in den Niederlanden und in England.

Die Geschichte der Psychiatrie zeigt deutlich: Gewaltverzicht und aktive Behandlung gehen oft Hand in Hand – ebenso wie Gewalt und therapeutische Passivität (MEYER 1868).

In Deutschland konnten wesentliche Fortschritte erst in den 1970er Jahren durch die *Psychiatrie-Enquete* (Psychiatrie-Reform) erzielt werden. Die Psychiatrie-Enquete war der Abschlussbericht (1975) der Enquetekommission des deutschen Bundestages. Er analysierte die Zustände in den psychiatrischen Kliniken in Deutschland – die waren damals in den 70er Jahren in Deutschland durchaus skandalös – bei massivem Personalmangel, unzureichenden therapeutischen Angeboten, Verwahrlosung und Entmündigung von Patienten, fehlenden gemeindenahen Angeboten und fehlender Integration psychisch kranker Menschen in die Gesellschaft. Die Enquete von 1975 war für viele psychiatrische Patienten der Beginn von menschenwürdiger Behandlung, rechtsstaatlicher Absicherung, gesellschaftlicher Teilhabe, Selbstbestimmung und Autonomie. Die Psychiatrie-Enquete von 1975 war eine Zeitenwende, ein Pa-

radigmenwechsel von Verwahrung hin zur gemeindenahen patientenorientierten Behandlung. Dies ist ein Prozess, der heute noch andauert (DEUTSCHER BUNDESTAG 1975: 17). Seitdem ist der Einsatz von Zwang durch gesetzliche Regelungen (z. B. die Psychisch-Kranken-Gesetze) stark eingeschränkt. In Nordrhein-Westfalen werden psychiatrische Einrichtungen darüber hinaus durch unangekündigte staatliche Kontrollen überwacht.

Heute existieren in Deutschland einige psychiatrische Kliniken, die ganz auf geschlossene Stationen verzichten. Dennoch tragen diese Einrichtungen Verantwortung für akut erregte, verwirrte oder suizidale Patienten – und können die notwendige Sicherheit nur durch eine entsprechend hohe Personaldichte gewährleisten.

Fixierungen durch Gurte kommen auch heute noch vor – jedoch nur für kurze Zeit, in der Regel nicht länger als wenige Stunden. Eine Zwangsbehandlung mit Psychopharmaka ist seit 2013 nur noch in eng begrenzten Ausnahmefällen erlaubt. Diese unterliegen einem klar geregelten, gesetzlich festgelegten Verfahren, das zudem juristisch überprüft wird.

Die moderne Psychiatrie – auf dem Weg zur Gewaltfreiheit

Das Rad der Gewaltfreiheit lässt sich nicht mehr zurückdrehen. Auch wenn die moderne Psychiatrie noch einen weiten Weg vor sich hat, ist sie auf einem klaren Kurs – und sie wird diesen Weg weitergehen. Neue architektonische Konzepte unterstützen diesen Wandel: Durch transparente Strukturen und ein angenehmes Ambiente schaffen sie eine Umgebung, die Gewaltfreiheit fördert. Auch dort sind gesellschaftliche Veränderungen und eine grundlegende Neuausrichtung notwendig.

Die meisten Menschen, die heute eine psychiatrische Krise durchleben, genesen wieder. Dennoch gibt es auch Patienten mit chronischen und schweren Verläufen – ähnlich wie in der somatischen Medizin. Auch diese Menschen werden heute zunehmend in die sogenannte „normale“ Gesellschaft integriert – etwa durch betreute

Wohngemeinschaften oder das Leben in eigenen Wohnungen. Viele von ihnen, die früher ihr ganzes Leben in Kliniken verbracht hätten, leben heute eigenständig und nehmen gezielt psychiatrische Hilfe in Anspruch.

Fazit: Ein langer Weg zur Menschlichkeit in der Psychiatrie

Über viele Jahrhunderte hinweg wurden psychisch kranke Menschen in Europa ausgegrenzt, eingesperrt und schlecht behandelt. Erst allmählich setzte sich die Erkenntnis durch, dass die Betroffenen Menschen sind, die Hilfe und Unterstützung benötigen.

Heute können viele psychisch Erkrankte ein weitgehend normales Leben führen. Dennoch bestehen weiterhin Vorurteile und Herausforderungen. Die Psychiatrie entwickelt sich stetig weiter – mit dem Ziel, eine möglichst gewaltfreie und menschenwürdige Versorgung für alle Betroffenen sicherzustellen.

Noch nie zuvor konnten so viele psychisch kranke Menschen mit einem derart hohen Maß an Freiheit leben wie heute. Die künftigen Wege der Psychiatrie werden nach meiner persönlichen Einschätzung zunehmend geprägt sein von fundierten, wissenschaftlich evaluierten psychotherapeutischen und medikamentösen Behandlungskonzepten.

Auch die räumliche Gestaltung und das Umfeld spielen dabei eine entscheidende Rolle: Sie sind wesentliche, unterstützende Faktoren für die Genesung der Patienten und die gesellschaftliche Entstigmatisierung der Psychiatrie.

Dass diese Wege manchmal länger dauern, als man das gerne will, zeigt sich exemplarisch an der über 20-jährigen Entwicklung des psychiatrischen Alexius/Josef Krankenhaus in Neuss. Entstanden im Jahr 2005 aus der Fusion zweier konkurrierender psychiatrischer Einrichtungen, wurden die zwei Krankenhäuser in einem architektonisch besonders gelungenen Neubau mit viel Licht und Transparenz (gewollt auch für die fachlichen Geschehnisse in der neuen Klinik) zusammengesetzt. Es konnten redundante Angebote abgebaut und neuere Therapieangebote entwickelt werden.

2005 gestartet mit über 40% geschlossenen Betten, konnten diese auf unter 15% (2025) reduziert werden; ein Prozess, der vieler inhaltlicher Schritte bedurfte und der aktuell in Progress ist, mit dem Wunsch, die geschlossenen Betten weiter abzubauen. Parallel wurden vielfältige therapeutische Angebote in der Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und der Suchtabteilung aufgebaut; eine psychosomatische Abteilung mit stationärer und tagesklinischer Behandlung ist im Aufbau. Der Zuwachs an Psychotherapie ist durch Stellenumschichtung und Qualifizierung in allen Berufsfeldern erreicht worden. Gestärkt wurde insbesondere die ambulante und auch tagesklinische Nachbetreuung. Hier konnte im gesamten Rhein-Kreis Neuss für 480000 Menschen ein Netz aus 7 Tageskliniken und Ambulanzen entstehen, sodass betroffenen Menschen aus dem Kreisgebiet kurze Wege und therapeutisch vielfältige Möglichkeiten vor Ort zur Verfügung stehen.

Die Hauptaufgabe für die Neusser Psychiatrie wird es sein, die Qualität der Therapiemöglichkeiten weiter zu entwickeln und die Schnittstellen im Sinne der Netzwerkarbeit zu stärken und auszubauen, sodass sich bereits aktuell im Rhein-Kreis Neuss eine psychiatrische Versorgungssituation mit Exzellenzcharakter weiter entwickeln kann.

Literatur

- BENEDICTOW, OLE J. 2004. *The Black Death 1346–1353. The Complete History*. Woodbridge: Boydell Press.
- BRANT, SEBASTIAN 2005. *Das Narrenschiff, mit allen 114 Holzschnitten des Drucks Basel 1494*. Studienausgabe. Stuttgart: Reclam.
- DE SAUSSURE, RAYMOND 1970. Philippe Pinel. In: KOLLE, WILHELM (ed) *Große Nervenärzte* (Bd. 1, 2). Stuttgart: Thieme: 216–235.
- DEUTSCHER BUNDESTAG 1975. *Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – zur psychiatrischen und psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung*. Drucksache 7/4200.
- DGPPN 2018. *S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang“: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen*. Februar 2018.
- FOUCAULT, MICHEL 1973. *Wahnsinn und Gesellschaft*. Hamburg: Suhrkamp.
- GRIESINGER, WILHELM 1868/1869. Die freie Behandlung. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* e.1: 508.
- GRIMM, JACOB & GRIMM, WILHELM 1877. *Artikel „Tollhaus“*. *Deutsches Wörterbuch* (Bd. 12). Leipzig: S. Hirzel. <https://www.dwds.de/wb/dwb/Tollhaus> [30.06.2025].
- HILL, ROBERT GARDINER 1839. *Total Abolition of Personal Restraint in the Treatment of the Insane*. London: Marshall & Co.
- JETTER, DIETER 1966. *Geschichte des Hospitals. Westdeutschland von den Anfängen bis 1850* (Bd. 1). Wiesbaden: Franz Steiner Verlag.
- JETTER, DIETER 1981. *Grundzüge der Geschichte des Irrenhauses*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- MEYER, LUDWIG 1868. Das No-Restraint und die Deutsche Psychiatrie. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie* 20: 542–581.
- SCHOTT, HEINZ & TÖLLE, RAINER 2006. *Geschichte der Psychiatrie*. München: C. H. Beck.
- STAEHELIN, JOHANNES EMANUEL 1957. Zur Geschichte der Psychiatrie des Islams. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 87: 1151–1153.



Martin Köhne, Dr., ist Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie, Neurologie, Ehem. Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer des Alexius/Josef Krankenhauses Neuss. Er studierte von 1979–1985 Humanmedizin an der Universität Göttingen, danach absolvierte er seine Neurologiezeit an der Universitätsklinik Göttingen. 1989–1993 Psychiatrische Universitätsklinik Münster. 1996–1999 leitete er als Chefarzt eine forensische Suchtspezialklinik des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe. Anschließend war er in den Jahren 1999–2005 Chefarzt der Psychiatrischen Klinik Königshof in Krefeld und 2005–2024 Ärztlicher Direktor und Chefarzt des Alexius/Josef-Krankenhauses Neuss und der Klinik Königshof, ab 2008 bis 2024 zusätzlich Geschäftsführer der Alexius/Josef Krankenhaus gGmbH. Von 2011 bis 2024 war er Vorstand der Diözesan-Arbeitsgemeinschaft Bistum Köln und von 2012 bis 2024 Vorstandsmitglied des Landesverbandes Leitender Ärzte und Ärztinnen für Psychiatrie und Psychotherapie in NRW. Neben verschiedenen Veröffentlichungen sind als wesentliche Projektarbeiten der Neubau des Zentrums für seelische Gesundheit in Neuss (2006–2012) sowie der Aufbau und die Entwicklung des Augustinus Memory Zentrums 2011 zu nennen. Regelmäßige Zusammenarbeit und Kooperationen baute er mit der Ludwig-Maximilians-Universität München, der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und der Universitätsklinik Essen auf. Mit Psychotherapie-Instituten APP Köln und der Akademie für Angewandte Psychiatrie und Psychotherapie der Heinrich-Heine-Universität gab es ebenfalls eine enge Zusammenarbeit.

Alexius/Josef Krankenhaus
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: M.Koehne@ak-neuss.de

Zur architektonischen Neugestaltung des Alexius/Josef Krankenhauses durch das Architekturbüro sander.hofrichter architekten (a|sh)

JULIA KIRCH & ANDREA KUCKERT

Im Jahr 2000 wurde ein europaweiter Wettbewerb für die Neugestaltung des Alexius/Josef-Krankenhauses veröffentlicht. Damals stellte sich die Frage, wie mit der Kapelle aus den 1950er Jahren umgegangen werden sollte. Für a|sh war von Anfang an klar, dass die Kapelle bei der Neugestaltung des Krankenhausbaus unbedingt erhalten bleiben sollte. Andere Büros gingen damit anders um, für uns stand jedoch außer Diskussion, dass für ein Haus in kirchlicher Trägerschaft mit einer starken Beteiligung der Ordensschwwestern der Erhalt der Kapelle unverzichtbar ist.

Im Projektverlauf gab es immer ein gleichberechtigtes Miteinander zwischen dem Auftraggeber, in dem Fall also dem Alexius/Josef Krankenhaus, und den Planungsverantwortlichen von a|sh. Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit förderte den gesamten Prozess. Architektur beginnt nicht erst dort, wo man eine Wand berührt, sondern viel früher: beim Haupteingang, bei der Freilegung des Gewässers „Nordkanal“ und später bei der Schaffung der Skulptur „Mann mit Rose“. Insgesamt ermöglichte der Träger beim Neubau sehr viel. Der Auftraggeber muss hinter dem Projekt stehen.

Im Verlauf des Projekts führten wir viele Gespräche mit den Nutzern. Dabei ist es immer wichtig, nutzerübergreifend eine gemeinsame Sprache zu finden. In diesem und anderen Projekten geht es darum, dass Begriffe erklärt werden und wir Architekten eine verständliche Sprache verwenden – das ist häufig auch Bildsprache. Deswegen visualisieren wir vieles, zum Beispiel mit Piktogrammen oder sogenannten „Mood-Boards“. Gleichzeitig müssen wir Architekten das Krankenhaus und seine Abläufe verstehen. Eine zentrale Frage ist zum Beispiel, wo sich die Krankenwagenzufahrt befinden sollte. Um eine Lösung zu finden, macht der Bauherr Vorschläge basierend auf seiner Erfahrung, und der Architekt zeigt und

untersucht auch alternative Lösungen. Für diese Gespräche brauchen wir Offenheit, Einfühlungsvermögen und gute Kommunikationsfähigkeiten.

Nutzergespräche sind ein wesentlicher Teil des Gesamtprozesses. Entscheidend ist, wie zufrieden die Teilnehmenden den Termin verlassen. Wie viel Verantwortung tragen die verschiedenen Berufsgruppen? Man muss sich vorstellen, dass diese Absprachen den gesamten Prozess systematisch begleiten. Ärzte, Pflegekräfte, der Bauherr und je nach Bedarf weitere Berufsgruppen arbeiten regelmäßig in verschiedenen Phasen des Bauprozesses zusammen. Architekten und Architektinnen moderieren oftmals diese Treffen und sorgen dafür, dass ein gutes Ergebnis erzielt wird. Im Architekturstudium kommt dieses Thema leider viel zu kurz.

Die Frage nach der Symmetrie der Beziehungen in diesem Prozess ist nicht einfach zu beantworten. Symmetrie kann zwischen den Beteiligten bestehen, setzt jedoch emotionale Reife voraus. Auch Finanzen beeinflussen die Symmetrie ebenso wie fachliche und praktische Kompetenzen. Letztlich erfordert jede Beziehung Kompromisse.

Die künstliche Intelligenz als neuer Player im Gesamtprozess spielt im Moment noch eine untergeordnete Rolle. Im Vorentwurf oder auch in der Bauplan-Beantragung wird künstliche Intelligenz allerdings aktuell schon eingesetzt. In allen anderen Prozessen ist KI noch nicht so präsent und die Kommunikation zwischen den Beteiligten steht an erster Stelle.

In diesem Projekt dürfen wir die Bedeutung der Ordensschwwestern nicht vergessen. Sie haben eine wichtige Rolle bei der Namensgebung der Stationen gespielt, die nach Heiligen benannt sind. So gibt es beispielsweise die Stationen St. Sophia und St. Jakobus. Neben jedem Namen hängt ein Bild des jeweiligen Heiligen und eine kurze Beschreibung der Person.

Auch die Stadt als Player – in diesem Fall die Stadt Neuss – spielt eine Rolle. Wenn es beispielsweise um die Zufahrt zum Krankenhaus geht, kann die Straßenführung wichtig werden – und dabei hat die Stadt ein Mitspracherecht. Auch andere Gebäude sind Player auf dem Feld: Es geht darum, welche Botschaft sie vermitteln und welche Haltung dahintersteht. Soll das Haus zur Entigmatisierung beitragen? Wie viel Geld wird investiert? Welche Ansprüche gibt es an die Architektur? Die Frage der Ästhetik hängt auch maßgeblich von der Ausbildung und dem Anspruch der Architekturschaffenden an ihre Arbeit ab.

Dann gibt es noch gesetzliche Grundlagen und das PsychKG (Gesetz, das den Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen regelt): Welchen Vorgaben muss man folgen? Diese Vorgaben sind oft der größte Einflussfaktor im gesamten Prozess. Hierzu zählen das Bau- und Planungsrecht sowie weitere Anforderungen, beispielsweise an nachhaltiges Bauen. Ein kleines Beispiel aus der Praxis: Türen im Badezimmer dürfen nicht nach innen aufschlagen. Wenn eine Person auf dem Badezimmerfußboden liegt, würde sie die Tür versperren und man könnte ihr nicht helfen. Eine Alternative zu nach außen aufschlagenden Türen sind Schiebetüren. Dies muss mit den jeweiligen Auftraggebern beziehungsweise Bauherren abgesprochen werden.

Die Erfahrungen und das Menschenbild derjenigen, die behandeln, therapieren und pflegen, spielen ebenfalls eine wichtige Rolle. Sie kennen die Herausforderungen, die im Gebäude entstehen können, wie zerschlagenes Mobiliar und eingetretene Türen. Wie baulich-räumlich mit diesen Herausforderungen umgegangen werden soll, fließt in den Planungsprozess einer Akutpsychiatrie ein. Dabei ist zu beachten, dass nicht alle Ideen umgesetzt werden können, vor allem nicht, wenn viele Personen mitreden.

Auch das Budget ist ein Akteur, beispielsweise wenn es um die Materialwahl geht. Als Architekt*innen würden wir natürlich lieber einen echten Holzfußboden verlegen als einen, der nur wie ein Holzfußboden aussieht. Leider ist das aus Kostengründen oder aufgrund anderer Vorschriften, beispielsweise aus dem Bereich der Hygiene, nicht immer möglich. Bei der Nutzer-

abstimmung wird das Material gezeigt, da es wichtig ist, sich eine Vorstellung davon zu machen, wie es später aussieht beziehungsweise sich anfühlt.

Eine weitere Frage ist, welchen Anspruch wir Architekturschaffende an unsere eigene Arbeit haben, was unsere Ideale und Visionen sind. Und das gilt natürlich auch für den Auftraggeber. In unserem Fall ist der Auftraggeber sehr kunstinteressiert und das beeinflusst wiederum Planungsentscheidungen.

Das Alexius/Josef-Krankenhaus zählt zu den frühen Psychiatrieprojekten unseres Büros. Doch auch damals befanden sich bereits Projekte im Bereich der sozialen Infrastruktur in unserem Portfolio, darunter Projekte für Menschen in besonderen Situationen, wie beispielsweise bei einem Hospiz. Ich würde diese Projekte, damals wie heute, als „humanistische Räume“ bezeichnen. Das Projekt Alexius/Josef-Krankenhaus hat das Portfolio unseres Architekturbüros nachhaltig beeinflusst und dazu beigetragen, dass wir uns auf Räume für Gesundheit und Bildung spezialisiert haben.

Die Frage, die sich natürlich stellt, ist: Was machen wir als Architekturbüro anders? Unseren Claim „Räume für Menschen“ nehmen wir nach wie vor sehr ernst. Auch die Menschen, die in den Räumen arbeiten, müssen mitgedacht werden. Was heißt das für eine Pflegekraft, wenn sie die Flasche von A nach B tragen muss? Wie weit ist der Weg? Wir wollen auf Augenhöhe gemeinsam mit den Nutzern arbeiten und letztlich dem Anspruch gerecht werden, dass Menschen sich in diesem Gebäude wohlfühlen. Ich würde uns dabei als „bodenständig mit Idealen“ bezeichnen. Wichtig für uns ist das In-Beziehung-Treten mit den Menschen. Architekt*innen bauen mit und für Menschen und schaffen eine Architektur, die gut funktioniert, dabei aber nicht rein funktionalistisch ist, sondern auch therapeutisch unterstützt.

Das Alexius/Josef Krankenhaus ist ein gelungenes Beispiel dafür, dass diese menschenzentrierte Arbeitsweise nachhaltig und qualitativ ist. Aufgrund der sehr guten Zusammenarbeit konnte viel bewirkt werden: So sind zwei Buchpublikationen aus dem Projekt hervorgegangen und die architektonische Qualität wurde mit dem *Hospital Concept Award* ausgezeichnet.

Aktuell stellt sich auch immer wieder die Frage, wie die Qualität von Architektur evaluiert werden kann. In anderen Ländern gibt es die sogenannte Post Occupancy Evaluation (POE). Dabei handelt es sich um eine Methode, mit der geprüft wird, ob sich die Ideen aus dem Entwurf bewährt haben. Diese Evaluation ist wichtig und notwendig, denn wir können dadurch vom Gebauten lernen.

In Deutschland ist das allerdings noch nicht üblich. Mögliche Fragestellungen sind: Wie zufrieden sind Sie mit dem Gebäude? Was kann anders und was kann besser werden? Werden Räume angenommen oder gemieden? Auch die Frage der Nachhaltigkeit wird in Zukunft eine größere Rolle spielen. Was hat sich bewährt und was nicht?



Julia Kirch, Dr.-Ing., ist Architektin und arbeitet seit über 15 Jahren an der Schnittstelle von Architektur und Gesundheit. Sie ist Referentin für Architekturkommunikation und Wissenschaftstransfer bei a|sh sander.hofrichter architekten und Mitarbeiterin an der Frankfurt University of Applied Sciences im Programm PROffm. Ihre Promotion an der TU Dresden widmete sie der demenzsensiblen Krankenhausarchitektur. Sie hat einen Masterabschluss in Gesundheitsversorgung sowie Diplome in Innenarchitektur und Architektur.

a|sh sander.hofrichter architekten
Wredestraße 35
67059 Ludwigshafen
e-mail: Julia.kirch@a-sh.de



Andrea Kuckert, Dr., arbeitet als pflegerische Leiterin des Departments Forschung und Entwicklung im Alexius/Josef Krankenhaus in Neuss, einem psychiatrischen Akutkrankenhaus. Auch geprägt durch das Studium der kulturellen Anthropologie (M.A.), der Pflegewissenschaften (M.A.) und zahlreiche Auslandsaufenthalte liegen ihre Interessen auf den Gebieten des Diversity Managements, der Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen, genderrelatierten Themen und der Pflegeentwicklung. Durch ihre Arbeit als Gesundheits- und Krankenpflegende auf einer geschützten gerontopsychiatrischen Station bleibt sie ihrem Fach verbunden und kann pflegerische Fragestellungen direkt aus der Praxis aufgreifen und gemeinsam mit den Kolleg*innen im partizipativen Ansatz bearbeiten.

Alexius/Josef Krankenhaus
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: a.kuckert@ak-neuss.de

Fotoessay zur Neugestaltung des Alexius/Josef Krankenhauses

ANDREA KUCKERT (TEXT)

Das Alexius/Josef Krankenhaus ist das Zentrum für seelische Gesundheit im Rhein-Kreis Neuss. Nahezu sämtliche psychischen sowie psychosomatische Erkrankungsbilder werden hier behandelt: Mit rund 400 Betten im voll- und teilstationären Bereich und über 650 Mitarbeitenden bietet die Einrichtung eine fachärztliche sowie therapeutische Expertise. Neben einer psychiatrischen Institutsambulanz bietet der teilstationäre Bereich mit den sieben dezentralen Tageskliniken inklusive Ambulanzen einen wichtigen Baustein zur gemeindenahen Versorgung. Im stationären Setting werden die Patient*innen auf 16 verschiedenen Stationen mit jeweils unterschiedlichen Schwerpunkten behandelt.

Vor dem Haupteingang begegnet den Patient*innen und Besucher*innen der „Mann mit

Rose“. Die Statue von Stephan Balkenhol, ein stehender Mann in schwarzer Hose und weißem Hemd, hält in der leicht ausgestreckten Hand eine einzelne Rose.







Die Statue symbolisiert die offene, ausgestreckte Hand zur Auseinandersetzung mit den eigenen Gefühlen, Herausforderungen und Erkrankungen. Der Mann mit Rose bezieht sich auf eine Geschichte aus dem Leben von Rainer Maria Rilke. Sie erzählt von einer stummen und stoischen Bettlerin, der Rilke eines Tages statt Geld eine Rose schenkte, um „nicht die Hand, sondern das Herz“ zu berühren. Der Erzählung nach antwortet die Bettlerin mit einem dankbaren und glücklichen Handkuss und verschwand daraufhin für eine längere Zeit von ihrem angestammten Bettelplatz.

Über den Haupteingang betreten Patient*innen, Angehörige, Mitarbeitende und weitere Gäste das Alexius/Josef Krankenhaus. An der Rezeption helfen die Kolleg*innen bei den unterschiedlichsten Fragen und Anliegen. Die roten Sessel dienen verschiedenen Zwecken, sei es ein „eben kurz warten“, ein „lass uns mal zusammen reden“ oder ein „Ich möchte gern allein sein und lasse meinen Blick über den Innenhof schweifen.“





Zur Orientierung hat jede Station im Krankenhaus einen eigenen Namen, eine eigene Farbe und Pflanze. Fünf Wohnhäuser, fünf Farbakkorde, fünf Formen, Pflanzen und Bäume lassen sich damit im Krankenhaus finden, von gelb über grün, orange, malve und blau. Die Farbtöne steigen jeweils von Ebene -1 über die Ebene 0 bis Ebene +1 im Sättigungsgrad auf.

Die Stationen sind als Quadrat um einen Innenhof angelegt. Damit haben alle Patient*innen, die in der Regel in einem Zweibettzimmer untergebracht sind, einen Blick in die Natur oder den Innenhof, was sich auf den Heilungsprozess positiv auswirkt.







Das pflegerische Personal arbeitet meist in Zivil und ist mit den Patient*innen in einem regelmäßigen Austausch, steuert den Pflegeprozess und ist für die organisatorischen Abläufe auf den jeweiligen Stationen verantwortlich.

Je nach Krankheitsbild, begleitenden persönlichen Umständen und Vorlieben nehmen die Patient*innen an verschiedenen therapeutischen Angeboten teil. Sie reichen von der Musiktherapie ...



... über die Kreativtherapie ...



... bis hin zur Sporttherapie.





Auch die Ökotherapie spielt in diesem Konzept eine entscheidende Rolle, genauso wie das Sich-Erholen in der Natur. Den jeweiligen Stationen sind eigene Terrassen zugeteilt. Die Patient*innen der geschützten Stationen können sich in eigenen, an die Stationen angeschlossenen Gärten aufhalten.

Auf der Station Kosmas (siehe Stefan Gartkes Beitrag in diesem Band) bietet der Garten auch die Möglichkeit, Gemüse und Gartenkräuter anzubauen, die für das Mittagessen direkt verwendet werden können.





Tiere können sich positiv auf die Fähigkeiten der Beziehungsgestaltung von Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung auswirken. Das Alexius/ Josef Krankenhaus bietet dazu Kaninchen in einem separat aufgestellten Kaninchenstall an. Darüber hinaus wird in einigen Stationen mit Hunden gearbeitet, die zum Teil als Therapiehunde ausgebildet sind.



Jede Station verfügt über ein separates Badezimmer mit einer Badewanne. Aromapflege – das Nutzen bestimmter Essenzen um sich wohlfühlen, besser schlafen und sich entspannen zu können – findet hier genauso statt, wie die Ohrakupunktur, die durch die pflegerischen Mitarbeitenden durchgeführt wird.



Im Freizeitraum, der außerhalb der regulären Therapiezeiten zur Verfügung gestellt wird, können sich die Patient*innen unterschiedlicher Stationen zum gemeinsamen Sport und Spiel treffen.







Auch in der Kapelle finden die Patient*innen Ruhe und Einkehr. Bei Bedarf können sie mit Pfarrer*innen sprechen. Gottesdienste finden regelmäßig statt und für Patient*innen mit muslimischen Glauben bietet die rechte Ecke am Altar den Anhaltspunkt – dort ist Osten, die Ausrichtung nach Mekka. Die Wand mit den Kirchenfenstern der Kapelle bildet sowohl die Innenwand der Kapelle als auch die Wand für die dahinter liegende Magistrale.

Die Magistrale verbindet den Eingangsbereich mit den vier Bettenhäusern. In ihrem vorderen Teil ist die Cafeteria untergebracht, die allen tagsüber zur Verfügung steht. Mitarbeitende essen dort zu Mittag. Angehörige der Patient*innen trinken gemeinsam einen Kaffee oder Meetings in kleiner Runde können hier stattfinden.

Abbildungen

CHRISTOPH SEELBACH (Architekturfotografie Köln) & ALEXIUS/JOSEPH KRANKENHAUS (alle Rechte vorbehalten).



Funktionale Asymmetrie in der Psychiatrie

ULRIKE HÖHMANN

Inhaltlicher Ausgangspunkt der folgenden Überlegungen sind die grundlegenden Unterschiede der Aufgaben und Erwartungen von Klient*innen und Professionellen, die ihre therapeutische Beziehung während eines Klinikaufenthaltes prägen. Solche Unterschiede beziehen sich vorrangig auf die jeweils verschiedenen Situationsbedeutungen, die unterschiedlichen Wissens-, Interessens- und Machtgefüge, das wechselseitige Angewiesensein aufeinander sowie die Rahmenbedingungen des Zusammentreffens und positionalen Verankerungen. Mit Blick auf diese Unterschiede grenze ich mich bewusst gegen romantisierende Alltagsforderungen nach Symmetrie in den Beziehungen zwischen Klient*innen und Profis in therapeutisch relevanten stationären Psychiatriesettings einer Klinik ab, denn bei genauerem Hinsehen erscheinen solche Unterschiede als Ausdruck strukturell kaum aufhebbarer Asymmetrien.

Die therapeutische Beziehung ist Teil eines definierten (Versorgungs-) „Programms“ (LUHMANN 1972) und der damit einhergehenden Regelungen stationärer psychiatrischer Unterstützungs-/Therapieangebote. Diese sind in grundsätzlichen Teilen inhaltlich, personell, örtlich, zeitlich, sozial und ökonomisch, gesetzlich sowie verfahrenstechnisch reguliert und bilden den Rahmen der Beziehungen.

Jedoch wird jede Therapiebeziehung unter diesen interaktionsprägenden Bedingungen gleichwohl personal schrittweise ausgehandelt und unterliegt oft aktiven Passungsbemühungen zwischen teils präformierten bzw. vorstrukturierten und situativ-individuellen Zielen, Möglichkeiten, Zwecken, Mitteln und Vorgehensweisen der Beteiligten. Die Annahme, dass der dazu notwendige wechselseitige Abgleichungsprozess als symmetrisch gestaltete Beziehung zu realisieren ist, scheint mir die Einbindung der therapeutisch handelnden Professionellen in das „Versorgungs-/Unterstützungsprogramm“ ihrer Klinik zu igno-

rieren. Denn sie müssen die Grundzüge ihrer Klient*innenbeziehung in den Rahmen definierter Klinikregularien einordnen – wenn nicht gar diesen unterordnen.

So prägen die Programmregularien den Handlungsrahmen in der Klinik und gleichzeitig die professionelle Beziehungsgestaltung und Therapiestrategien. Diese bewegen sich so in Inhalt und Form innerhalb der Grenzen der Versorgungsprogramme, z.B. an den nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) finanzierten Leistungen, an Vertragskonstruktionen mit den Krankenkassen, an berufsrechtlichen Verpflichtungen der Professionellen sowie an deren Bedarfseinschätzungen und Diagnosestellungen etc. Auch wenn gerade interaktionsintensive professionelle Arbeitsfelder über große individuelle Gestaltungsmöglichkeiten verfügen, konkretisieren sich die strukturellen Begrenzungen doch wesentlich am kodifizierten Behandlungsauftrag: Dieser regelt die rechtlichen, ökonomischen und berufsethischen Normierungen, die jeweiligen Verantwortlichkeiten und Rechenschaftspflichten, das Angebot eines bestimmten Settings, die therapeutische Ausrichtung und das Therapieverständnis, aber auch die berufsethische Orientierungen der Behandelnden, die Therapiedauer sowie die Verortung und hierarchische Stellung der Professionellen. Die jeweiligen Ausprägungen beeinflussen dann ebenfalls die Organisationskultur der Klinik etc.

Deutlich werden damit strukturell wirkmächtige Faktoren auf Seiten der Professionellen, die meiner Ansicht nach die Symmetrie der Klient*innen-/Therapeut*innenbeziehung begrenzen.

Dieser Eingebundenheit der Therapeut*innen in ihren professionellen Rahmen steht nun die personengebundene Individualität der Klient*innen/Patient*innen mit ihren spezifischen Hoffnungen, Hilfebedarfen, Leiden, Versorgungs- und Unterstützungsansprüchen gegenüber. Oft suchen sie die Professionellen ja deshalb auf, weil diese

„etwas können und tun“, was sie selbst nicht könnten. Die fachliche und kompetenzbezogene Asymmetrie wird geradezu zu einem „Behandlungsgrund“. Und eben diese Hilfebedürfnisse der Patient*innen müssen die Professionellen, um beruflich tätig werden zu können, in die geltenden klinikbezogenen Programmregularien einhegen. So wies schon vor fast 45 Jahren der Medizinsoziologe JÜRGEN ROHDE (1972: Abschnitt V, §25) auf diese unauflösbare Paradoxie der Patientenrolle hin. Er charakterisiert den Patienten als „Herrn, der seinen Dienern Untertan ist“. Damit verweist ROHDE darauf, dass die Patient*innen zwar die Herren bzw. die tonangebenden Personen der Gesundheitsberufe sind, dabei jedoch gleichzeitig den Programmen, d.h. den Verfahren und Inhalten der Hilfe ausgeliefert sind. Danach sind Patient*innen angewiesen auf die Hilfe der Professionellen, die diese nur unter begrenzenden Regularien erbringen können, auch wenn diese nicht immer dem Bedarf und den Erwartungen der Patienten entspricht.

Ohne hier weitere Details ausführen und diskutieren zu können, wird deutlich, dass strukturelle Differenzen zwischen Patient*innen und behandelnden Professionellen solche Paradoxien bedingen. Der kurze Blick auf die zentralen Unterschiede des Handlungsrahmens von Patient*innen und Profis verdeutlicht, dass ihre Beziehung durch zentrale Asymmetrien geprägt ist, um Ziele und Zwecke der Beziehung überhaupt adressieren zu können.

Um auf mögliche personenankennende Gestaltungsoptionen einer so konstellierten Hilfebeziehung unter Ungleichen zu verweisen, nenne ich diese Hilfebeziehung – in dem Versuch, die strukturelle Asymmetrie auf die Funktionen der Professionellen zu begrenzen – „funktional asymmetrisch“. Dieser Begriff wischt die aufgeführten Unterschiede nicht vom Tisch, sondern erkennt sie als existent an. Das halte ich für eine Voraussetzung dafür, die Beziehung berufsethisch, individuell und situational verantwortlich gestalten zu können und personal integritätsschützende Interaktionsformen zu entwickeln, die – jenseits naiver Symmetrievorstellungen – gleichwohl Respekt, Vertrauen, Verlässlichkeit und Verbindlichkeit als die Basis eines auf Gelingen ausgerichteten

Therapiebündnisses stärken. Dazu gilt es, ohne Ansehen der Person, alle Klient*innen als menschlich „gleichwertige“ Interaktionspartner anzusehen. Dies bedarf einer bewussten Haltung, die sich an der *conditio humana* orientiert und nicht an der Informationsasymmetrie, kulturellen Unterschieden, oder spezifischen professionellen Kompetenzen. Dabei tragen die Professionellen selbst Verantwortung dafür, eine solche Beziehungsgestaltung zum Ausdruck zu bringen.

Vorschlag für ein Konzept zur aktiven Gestaltung der funktionalen Asymmetrie

Das bewusste Annehmen der inhärenten funktionalen Asymmetrie als Grundstruktur der Profiklient*innen-Beziehung fordert den Professionellen eine aktive Auseinandersetzung und bewusste Gestaltung ab. Unter normativen Gesichtspunkten sollten sich Haltung und Handlungen in der Beziehung zu Klient*innen – als Elemente ethischer Berufspflicht – bewusst am Schutz der individuellen personalen Integrität von Klient*innen/Patient*innen ausrichten.

Welche konkreten Orientierungsmerkmale können diesen Respekt und Schutz fördern und professionelle, funktional asymmetrische Interaktionsstrategien zur Wahrung der personalen Integrität des Gegenübers steuern? Eine beispielhafte Konkretisierung bietet ein Vorschlag von AXEL HONNETH (1997, nach HÖHMANN 2006), der aus meiner Sicht praktikable Orientierungspunkte aufweist. Als Vertreter einer „Philosophie der Anerkennung“ sieht er es als moralische Verpflichtung, allgemeine Grundsätze dieser Philosophie sichtbar werden zu lassen. Das heißt, in Bezug auf professionelle Hilfebeziehungen, die zentralen Bedürftigkeitssphären einer Person als normative Bezugspunkte zu achten und auf deren Schutz hinzuwirken. Denn moralische Verletzungen in diesen Bedürfnissphären können, insbesondere bei Vulnerabilität, die notwendige Selbstbeziehung und Integrität von Personen zerstören, wie ihr Selbstvertrauen, ihre Selbstachtung oder ihr Selbstwertwertgefühl. Eine Missachtung dieser Sphären widerspräche zudem berufsethischen Prinzipien. Diese moralischen Schutz-

gebote leitet HONNETH aus den folgenden drei grundlegenden Bedürfnissphären von Personen ab:

- Die Anerkennung des Leibes, mit all seinen Empfindungen.
- Die Anerkennung des rechtmäßigen Urteils.
- Die Anerkennung, dass jede Person einen Platz als wertvolles Mitglied der menschlichen Gemeinschaft innehat.

Aus dieser skizzierten Perspektive leite ich meinen inhaltlichen Vorschlag ab, solche Orientierungspunkte für die Gestaltung notwendig funktional asymmetrischer, aber integritätswahrender professioneller Beziehungen zu nutzen. Naturgemäß müssen dazu diese vorerst abstrakt benannten Sphären für den jeweiligen Umgang mit Menschen in verschiedenen vulnerablen Situationen konkretisiert werden. Diese drei Bedürftigkeitssphären können dabei jedoch wertvolle Orientierung für die Entwicklung und Gestaltung berufsgruppenübergreifend abgestimmter Grundstrategien professioneller Beziehungsgestaltung bieten.

Für die Ausformulierung solcher Konkretisierungen schlage ich des Weiteren vor, möglichst nah an klient*innenbezogenen Praxiserfordernissen und Erfahrungen zu bleiben, also den Lebenssphären der Klient*innen und den darauf bezogenen Aufgaben der Professionellen im therapeutischen Alltag Rechnung zu tragen.

Zur Strukturierung solcher Sphären und der darauf bezogenen Aufgaben hat sich in der Versorgungspraxis eine Zusammenstellung von CORBIN (zusammenfassend dazu HÖHMANN 2006) als heuristisch hilfreich erwiesen. Dabei geht es um fünf zentrale und miteinander verwobene Lebensbereiche, innerhalb derer sich für nahezu alle Klient*innen bei bedeutsamen (psychosozialen, lebensgeschichtlichen oder gesundheitlichen) Umbrüchen Bewältigungsanforderungen ergeben, wenn auch in individuell unterschiedlichen Bedingungsgefügen. Diese sind:

- Der Umgang mit der Krankheit (der physischen, psychischen, sozialen, spirituellen Ebene),
- die damit verbundenen Alltagsauswirkungen und -bedingungen,

- die biographische Situation, Bedingungen, Anpassungsprozesse und Reaktionen,
- die erforderliche/gewünschte Unterstützung zur Stärkung des Selbstmanagements im Umgang mit der Gesamtsituation,
- sowie letztendlich die erforderliche/gewünschte Unterstützung bei der Suche nach weiteren Hilfen, Spezialisten, Selbsthilfe etc.

Bewältigungsanforderungen zu identifizieren, denen Klient*innen in diesen Kernbereichen und Kontexten ausgesetzt sind, und integritätswahrende Unterstützung beim spezifischen Umgang damit anzubieten, sind Aufgaben des gesamten multiprofessionellen Gesundheits- und Behandlungsteams. Entsprechende therapeutische Konzepte können nun durch ihre erkennbare Orientierung der professionellen Beziehungsgestaltung an der Anerkennung der Leiblichkeit, des rechtmäßigen Urteils der Klient*innen sowie des unverbrüchlichen Wertes als Mitglied der menschlichen Gemeinschaft funktional asymmetrisch und gleichwohl integritätswahrend gestaltet werden. Systematische Reflektionen – auch in Teams – können dabei helfen, die eigene Praxis zu überprüfen. Dies kann in ganz unterschiedlichen Einzel- oder Gruppen, ad hoc oder strukturierten Formaten geschehen (Anregungen z.B. in HÖHMANN, LAUXEN & SCHWARZ 2018, Kap. 5).

Literatur

- HÖHMANN, ULRIKE 2006. Hilfehandeln als Tätigkeit der beruflichen Pflege. Eine Annäherung an zentrale Elemente eines Bezugsrahmens in der Verschränkung von systemischer und handlungstheoretischer Perspektive. *Pflege & Gesellschaft* 11, 1: 17–29.
- HÖHMANN, ULRIKE; LAUXEN, OLIVER & SCHWARZ, LAURA 2018. *Gestaltungskompetenzen im Pflegealltag stärken*. Frankfurt am Main: Mabuse.
- LUHMANN, NIKLAS 1972. Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Bedingungen. In OTTO, HANS-UWE & SCHNEIDER, SIEGFRIED (eds) *Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit I*. Neuwied u.a.: Luchterhand: 21–43.
- RHODE, JÜRGEN 1972. *Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin*. Stuttgart: Enke.

Ulrike Höhmann, Prof. Dr., lehrt an der Universität Witten/Herdecke. Sie studierte Soziologie, Psychologie und Politikwissenschaft und schloss eine Ausbildung zur Krankenschwester ab. Mitarbeit in diversen pflegebezogenen Fachgesellschaften und Herausgebergremien. Arbeitsschwerpunkte: Multiprofessionelle Versorgung, Organisations-, Personal- und Qualitätsentwicklung, Praxis- und Entwicklungsforschung, Professionalisierung der Gesundheitsberufe. Seit 1985 Dozenten- und Referententätigkeiten in Gesundheits- und Bildungseinrichtungen; 1993–1997 Leitung des Agnes-Karll-Institutes für Pflegeforschung. Von 1997 bis 2013 war sie Professorin für Pflegewissenschaft und -forschung an der Ev. Hochschule Darmstadt und von 2013 bis 2020 am Lehrstuhl für „Multiprofessionelle Versorgung chronisch kranker Menschen“ (Leitung Masterstudiengang „Multiprofessionelle Versorgung von Menschen mit Demenz und chronischen Einschränkungen“) tätig.

Universität Witten/Herdecke
Fakultät für Gesundheit
Department für Humanmedizin
Stockumer Str. 12
58453 Witten
e-mail: ulrike.hoehmann@uni-wh.de

Experienced Involvement

Ein Projekt, um das Wissen von Menschen mit psychischen Krankheitserfahrungen für andere positiv zu nutzen

HEIDRUN LUNDIE, ANDREA KUCKERT & ANDREAS REXIN

Einleitung (ANDREA KUCKERT)

Mit Peergroups wie dem Trialogforum¹ wurden in der Psychiatrie bereits erste Schritte unternommen, in der Behandlung die Sicht von Betroffenen deutlich in den Fokus zu nehmen und als Ressource zu nutzen (BOCK & SIELAFF 2010). Damit verbunden ist der Versuch einer gesellschaftlichen Entstigmatisierung der psychiatrischen Behandlung in einem Akutkrankenhaus. Mit dem EU-Programm Leonardo da Vinci² (EX-IN DEUTSCHLAND E.V. 2025) wurde das Ziel verfolgt, genau dieser Gruppe der Psychiatrieerfahrenen eine Qualifikation zu ermöglichen, mit der sie als Mitarbeitende in psychiatrischen Diensten tätig werden können. Aus diesem Projekt hat sich das Curriculum EX-IN entwickelt, das die Grundlage einer eigenständigen Ausbildung zur „Genesungsbegleitung“ bildet.

EX-IN ist die Abkürzung des englischen Ausdrucks „experienced involvement“ und bedeutet, dass Menschen, die eine psychische Erkrankung oder Krise erfahren haben, an der Behandlung von akut Erkrankten teilhaben. Durch ihr individuelles Erfahrungswissen sind sie die Expert*innen für ihren Krankheits- und Genesungsverlauf und können durch dieses Wissen die Patient*innen unterstützen. Gleichzeitig bringen sie durch ihr Expertenwissen auch eine neue Qualität in die multiprofessionellen Teams ein.

Anlass, sich im Alexius/Josef Krankenhaus in Neuss (AJK) mit der Thematik EX-IN näher auseinanderzusetzen, waren die positiven Erfahrungen eines Ehrenamtlers, der zuvor mehrmals in der Einrichtung stationär behandelt wurde. Dieser hatte 2014 einen EX-IN-Kurs zur Genesungsbegleitung bei der St. Augustinus Behindertenhilfe begonnen. Im Rahmen des Talent Campus³ wurde nach Gründung eines Arbeitskreises unter

der Leitung der Pflegedirektorin Heidrun Lundie das Projekt EX-IN bearbeitet und im AJK mit Konzept- und Stellenbeschreibung implementiert. Bereits Ende 2015 konnte der frühere Ehrenamtler nach Qualifizierung zur Genesungsbegleitung im Suchtbereich auf der Station Agatha eingesetzt werden. In den Folgejahren nahmen weitere Genesungsbegleiter auf weiteren suchttherapeutischen Stationen sowie in der Allgemeinpsychiatrie die Arbeit auf. Folgende Ziele werden mit dem Projekt EX-IN verfolgt:

- Genesungsbegleitung als qualitative Steigerung der pflegerischen Arbeit und innovative Behandlungsmethode in der ganzheitlichen Behandlung;
- Verbesserung der Kommunikation mit den Patient*innen. Dies wird u.a. durch die Funktion als Stütze in der Erprobung alltagspraktischer und tagesstrukturierender Maßnahmen gefördert;
- Verbesserung der Kommunikation zwischen dem multiprofessionellen Team und den Patient*innen durch die vermittelnde Rolle des Genesungsbegleiters;
- Genesungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten als Vorbild für die Patient*innen;
- Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen.

Genesungsbegleiter*innen und notwendige Rahmenbedingungen in einem akut-psychiatrischen Krankenhaus

Als Voraussetzungen des Einsatzes als Genesungsbegleiter*in gilt einerseits die eigene Erfahrung mit einer psychischen Erkrankung, andererseits aber auch eine psychische Stabilität, die unter

anderem dadurch angezeigt wird, dass mindestens ein Jahr keine stationäre Behandlung nötig gewesen ist. Der Abschluss der zertifizierten Ausbildung zur Genesungsbeleiter*in ist die Einstellungs Voraussetzung. Die einjährige theoretische und praktische Ausbildung, die u.a. ein Praktikum mit insgesamt 120 Stunden beinhaltet, folgt in seiner Konzeption der Idee vom Wert individueller Erfahrungen. Durch kontinuierlichen Austausch und Reflexion in der Gruppe entsteht aus persönlichem Wissen, dem „Ich-Wissen“, eine gemeinsame Sicht, das „Wir-Wissen“, die durch Vielfalt einerseits und Konsens andererseits geprägt ist. Die Kursteilnehmenden werden so zu Expert*innen ihrer Erfahrung und zu kompetenten Akteur*innen, die sich gestaltend in die Psychiatrie einbringen können (ST. AUGUSTINUS BEHINDERTENHILFE 2025).

Im ersten Teil des Kurses ordnen die Teilnehmenden ihre Erfahrungen in gesundheitsförderliche Konzepte ein. Dabei nehmen sie verschiedene Perspektiven ein und lernen unterschiedliche Arbeitsmethoden wie Gruppenarbeit oder Moderation kennen. Im zweiten Kursteil vertiefen die Teilnehmenden das Erlernte und bereiten sich unter professioneller Leitung auf ihre Tätigkeit als Genesungsbeleiter*in vor. Folgende Themen finden dabei Berücksichtigung:

- gesundheitsfördernde Haltungen (Salutogenese);
- Empowerment;
- Erfahrung und Teilhabe;
- Genesung/Wiedererstarke (Recovery), Dialog;
- Selbsterforschung;
- ganzheitliche Bestandsaufnahme (Assessment);
- Beraten und Begleiten;
- Fürsprache;
- Krisenintervention;
- Lernen, Lehren und Forschen;
- Portfolio, professionelles Profil (ST. AUGUSTINUS BEHINDERTENHILFE 2025).

Genesungsbeleiter*innen stellen eine eigene Berufsgruppe innerhalb des Pflegedienstes dar und haben einen eigenen Arbeitsvertrag. Als direkte*r Vorgesetzte*r gilt die jeweilige Stationsleitung oder stellvertretende Stationsleitung des

Einsatzortes. Übergeordnete Vorgesetzte sind die pflegerische Departmentleitung und die Pflegedirektion. Die Stationsleitung ist sowohl für die Einarbeitung als auch für die Begleitung und Integration der Genesungsbegleitenden in das bestehende Team verantwortlich. Zudem führt sie jährlich mit den Genesungsbegleitenden das Mitarbeiterjahresgespräch. Den Genesungsbegleitenden wird auf der Station ein*e Ansprechpartner*in zur Verfügung gestellt, welche*r ein Bindeglied zu den übergeordneten Koordinator*innen und Mentor*innen ist. Im Idealfall ist diese*r Mentor*in die Stationsleitung oder ein anderes designiertes Teammitglied. Das Team und die Vorgesetzten müssen durch die übergeordneten Mentor*innen auf die Aufgaben und Einsatzmöglichkeiten von Genesungsbegleitenden vorbereitet werden (UTSCHAKOWSKI 2010). Die zwölfwöchige Einarbeitungsphase findet gemäß dem spezifischen Einarbeitungsleitfaden durch die Stationsleitung oder ein anderes benanntes Teammitglied statt. Während der Einarbeitung sind vor allem folgende Risiken zu beachten, auf die in verschiedenen Studien hingewiesen wird: Ein Mangel an Rollenklarheit, fehlendes Wissen über die Auftragsstruktur und unzureichende Arbeitsplatzstrategien zur Integration von Genesungsbegleitenden führen zu erheblichen Hindernissen. Dadurch können die spezifischen Fähigkeiten der Genesungsbegleitenden untergraben werden (HOCHSCHULE MÜNCHEN 2015). Die Führungskraft muss sich dessen bewusst sein und der Einarbeitung eine dementsprechende Wertigkeit beimessen. Sinnvoll scheint auch, den Austausch zwischen dem bestehenden Team und dem neuen Teammitglied zu fördern. Sowohl von den Leitungskräften als auch vom multiprofessionellen Team ist gefordert, dass sie Genesungsbegleitende nicht als Erkrankte, sondern als Mitarbeitende mit Erfahrung ansehen.

Prinzipiell ist eine Einstellung in allen Fachgebieten des AJK und in den Tageskliniken möglich. Es ist nicht ausgeschlossen, dass ein*e Genesungsbeleiter*in Mitarbeiter*in auf einer Station wird, auf der er*sie selbst bereits einmal Patient*in gewesen ist. Zudem ist nicht bindend, dass das Erfahrungsgebiet der Bewerber*innen mit dem Fachbereich der Zielstation überein-

stimmt. Das wird in den jeweiligen Supervisionen entsprechend reflektiert. Um den Erfahrungsaustausch zu fördern, finden regelmäßige Treffen mit und ohne Mentor*innen statt. Die Besprechungen mit Mentor*innen dienen als zusätzliche Anlaufstelle, um bei Problemen oder Krisen hilfreich zur Seite stehen zu können. In den Treffen ohne Mentor*innen findet eine kollegiale Beratung unter den Genesungsbegleitenden statt.

Das Konzept EX-IN Genesungsbegleitung im AJK wird regelmäßig überprüft und an neue Gegebenheiten angepasst. Im Rahmen der jährlichen Fokusgruppeninterviews mit den Patient*innen zur Qualitätsüberwachung wird die Zufriedenheit der Patient*innen mit den Genesungsbegleiter*innen erfragt; die Ergebnisse werden jährlich bewertet und fließen ggf. in die Anpassung der Strukturen ein.

Im folgenden Kapitel schildert ANDREAS REXIN seine Erfahrungen als Genesungsbegleiter auf einer Akutstation im AJK. Wichtig ist es an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass es ein persönlicher Bericht eines Menschen ist, der in seinem Leben an einer Schizophrenie erkrankt ist und gerade durch das Teilen seiner Erfahrungen mit dieser Erkrankung mit Betroffenen eine Annäherung an eine symmetrischere Beziehung zu Patient*innen realisieren kann.

Die Erkrankung als Ressource – Ein phänomenologischer Versuch über Genesungsbegleitung auf einer Akut-Station (ANDREAS REXIN)

Versuchen Sie sich in die folgende Situation zu versetzen: Seit einiger Zeit bemerken Sie an Ihrem Arbeitsplatz beunruhigende Veränderungen. Strukturelle und personelle Kursänderungen scheinen für Sie auf den ersten Blick keinen Sinn zu machen. Im Versuch, der Sache auf den Grund zu gehen, stellen Sie Recherchen an. Obwohl Sie dabei sehr diskret vorgehen, scheint dies Ihren Kolleg*innen nicht verborgen geblieben zu sein. Offenbar wird in Ihrer Anwesenheit über sie getuschelt. Sie sind sich sicher, dass Ihre Zukunft hier bedroht ist, und Sie versuchen, in die Offensive zu gehen. Sie konfrontieren die neue Leitung mit dem Ergebnis Ihrer Recherchen, die

in der Tat Ungeheuerliches offenbaren. Die Situation eskaliert. Es wird laut. Sogar so laut, dass jemand im Nachbarzimmer die Polizei ruft. Die Polizei erteilt Ihnen ein Annäherungsverbot in Bezug auf Ihren Arbeitsplatz und nimmt Sie zwecks Klärung erst einmal mit aufs Revier, wo Sie auch von einem Psychologen kurz begutachtet werden. Schließlich bringt man Sie in eine psychiatrische Klinik.

Der Arzt dort hört Ihnen aufmerksam zu. Anschließend nimmt er Sie auf den geschützten Teil einer Akut-Station auf. Geschützt heißt: Die Tür ist verschlossen, und Sie können die Station erst einmal nicht verlassen. Es vergeht eine sonderbare Nacht. Dann haben Sie Gelegenheit, außer mit dem Arzt noch mit einer Richterin zu sprechen. Diese legt fest, dass Sie die nächsten sechs Wochen hierbleiben müssen. Und sie legt Ihnen nahe, sich auf die Behandlung einzulassen, sprich: die verordneten Psychopharmaka einzunehmen. Entweder man hält Sie tatsächlich für ernsthaft krank oder aber, und das macht für Sie mehr Sinn, Sie sind Opfer einer Intrige geworden. Ihr neuer Chef, der Arzt und die Richterin – alle stecken unter einer Decke und wollen Sie fertig machen. Ihr*e Partner*in, mit der Sie in einer ernsthaften Krise stecken, lehnt es ab, Sie zu besuchen, um Ihnen die nötigsten Dinge zu bringen.

Die Medikamente lehnen Sie natürlich ab. In Ihrer Verzweiflung versuchen Sie, sich abends mit einer Scherbe die Pulsader zu öffnen, was von einem Mitpatienten bemerkt wird. Dieser alarmiert das Pflegepersonal. Bei Ihrem Versuch, sich die Scherbe tiefer in die Ader zu drücken, kommt es zu Handgreiflichkeiten. Zu Ihrer Sicherheit werden Sie fixiert, das heißt: Ihre Handgelenke und Ihre Füße werden an Ihrem Bett festgeschnallt, ein weiterer Gurt fixiert Ihren Rumpf. Dies geschieht unter massiver Gegenwehr Ihrerseits. Auch diese Maßnahme wird von einem Richter nachträglich abegesegnet. Eine Pflegefachkraft bleibt während der Fixierung an Ihrer Seite.

Diese bewusst sehr allgemein gehaltene Geschichte steht exemplarisch für die Verfassung vieler Patient*innen bei der Aufnahme auf eine akut-psychiatrische Station. Wenn ich der Erzählung an der einen oder anderen Stelle die

schlimmstmögliche Wendung gegeben habe, dann nur, um zu verdeutlichen, was alles passieren kann und worin die Asymmetrie zwischen Patient*innen und Personal in der Akut-Psychiatrie in letzter Konsequenz besteht.

Gehen wir einmal davon aus, dass die Situation auf der Arbeit von der geschilderten Person tatsächlich krankheitsbedingt und in paranoider Weise komplett falsch bewertet wurde und ihre Interpretation in der Realität keinerlei Entsprechung hat, dann addiert sich dennoch zu der ohnehin vorhandenen „strukturellen“ die daraus folgende „wahrgenommene“ Asymmetrie. Denn das seelische Erleben, auch einer psychotischen Person, stellt ja trotzdem eine, wenn auch subjektive, „seelische Realität“ dar.

Wenn ich mich den realen Patient*innen im Erstkontakt auf unserer Station vorstelle, beginne ich die Beschreibung meiner Tätigkeit stets damit zu sagen: „Ein Genesungsbegleiter ist immer auch ein Mensch, der selber eine psychische Erkrankung hat.“ Meine erste Psychose hatte ich nach dem Abitur, als ich vom Land nach Berlin zog, um dort meinen Zivildienst zu leisten. Ich stand in Verbindung mit einer geheimen Priesterkaste, die die Geschicke der Menschheit von Anbeginn der Zeiten gelenkt hatte. Ihre Kontrolle reichte so weit, dass meine gesamte Umgebung gespickt war mit verschlüsselten Botschaften, die sich mir, wie von selbst, offenbarten. Ich konnte „sehen“ und war nun in ihre Pläne eingeweiht. Allerdings war es aufgrund meiner Impulsivität schwer, zu prognostizieren, wo ich abends ankommen würde, wenn ich morgens das Haus verließ. Meine Mission war es, eine KI, die die gesamte Medienlandschaft in Rekord-Geschwindigkeit erstellte, mit Inhalten zu füllen, die die Allgemeinheit davon ablenken sollten, was tatsächlich geschah.

Jetzt lebe ich seit 27 Jahren mit der Diagnose „Schizophrenie“. Nach diesem ersten Schub habe ich der Krankheit einiges abgetrotzt. Mit einiger Mühe entsagte ich dem Cannabis und machte in einem Berufsförderungswerk eine Ausbildung zum Werbekaufmann. Anschließend wurde ich an einer renommierten Hamburger Werbetexterschule angenommen und machte dort meinen Abschluss. Dieses Arbeitsumfeld erwies sich über die Jahre jedoch als für mich und meine

Krankheit nicht ideal. Und so begann ich im Alter von 30 Jahren noch einmal eine Ausbildung zum Buchhändler.

2011 dann noch einmal ein Schub mit fatalen Konsequenzen. Ich bekam so viele Medikamente, dass ein Verbleib auf dem ersten Arbeitsmarkt sich als nicht möglich erwies. Die folgenden sieben Jahre würde ich unter bestimmten Gesichtspunkten als „verloren“ bezeichnen. Im Kontext einer „triologischen“ Gesprächsreihe lernte ich die ersten Genesungsbegleiter kennen. Aber es dauerte noch ein paar Jahre, bis ich mir diese Ausbildung selbst zutraute. Die Idee, die ich von Anfang an bestechend daran fand, wird beispielhaft am Lebenslauf deutlich, den man bei der Bewerbung erstellen sollte. Dieser sollte explizit auch die eigenen Krisenerfahrungen dokumentieren. Ich nahm also einen Lebenslauf aus einer früheren, konventionell erstellten Bewerbung und überall, wo ich früher versucht hatte, eine Lücke zu kaschieren, füllte sich diese mit Erfahrungen, die, früher schamhaft verschwiegen, plötzlich einen Wert gewannen. So verwandelten sich scheinbare Defizite in Ressourcen.

Der Berufsbezeichnung „Genesungsbegleiter“ wird meistens ein „EX-IN“ vorangestellt – die Abkürzung für „experienced involvement“, frei übersetzt: Experte aus Erfahrung. Diese Erfahrung ist jedoch etwas komplett Anderes als eine auf Objektivität zielende wissenschaftliche Empirie, denn sie zeichnet sich im Stadium vor der Ausbildung zum Genesungsbegleiter vor allem durch radikale Subjektivität aus. Ergo hat auch jeder Mensch, der diese Ausbildung absolviert, sein ganz eigenes Profil. In der Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte und der der anderen Teilnehmer*innen eines solchen Kurses wird systematisch darauf hingearbeitet, die Dinge zu identifizieren, die jenseits dieser subjektiven Erfahrung, d.h. ganz allgemein hilfreich sind in der Auseinandersetzung mit psychiatrischen Krisen. Und mindestens genauso wichtig: die Dinge, die *nicht* hilfreich sind. Diese Arbeit wird mit der Formulierung „Vom Ich-zum-Wir-Wissen“ umschrieben. Insofern hat auch jeder Genesungsbegleiter Kenntnisse im Zusammenhang mit anderen Krankheitsbildern als dem eigenen. Denn der Kurs ist so zusammengesetzt, dass er ein breites Spektrum an psychischen Erkrankungen

abzubilden vermag. Letztendlich ist aber jede*r Genesungsbegleiter*in dort am besten, wo sie*er auf die eigene Erfahrung bauen kann.

Im Folgenden möchte ich das Krankheitsbild der Schizophrenie in seinen wesentlichen Zügen und damit aufs Allgemeine reduziert umreißen: Eine Psychose ist eine seelische Erschütterung, die sich durch eine stark übersteigerte Wahrnehmung bemerkbar macht, bei der es nicht mehr möglich ist, die Sinneseindrücke zu filtern. Das dadurch überforderte Bewusstsein versucht trotzdem noch, eine Ordnung zu etablieren. Mit einer Ordnung meine ich: ein System. Für Außenstehende erscheint das als der Wahn. Es treten also etwa folgende Phänomene auf: Das gesamte Geschehen in der Außenwelt wird als auf die eigene Person bezogen wahrgenommen. Gedanken werden einem eingegeben. Oder aber im Gegenteil: Die eigenen Gedanken werden von anderen gelesen oder breiten sich (in der Außenwelt) aus. Die Grenzen zwischen Ich und Außenwelt sind immer schwerer zu ziehen. Und es kommt nicht selten zu optischen und/oder akustischen Halluzinationen.

Dies alles geschieht mehr oder weniger gleichzeitig. Um dem ganzen Sinn zu geben, gibt es verschiedene Erklärungsmuster: Nicht selten begreifen sich Menschen in einem solchen Zustand als religiös erleuchtet. Aber auch Verschwörungserzählungen können eine gewisse Ordnung stiften. In diesem Zusammenhang muss auch der mit dem Krankheitsbegriff der Schizophrenie assoziierte Begriff der Paranoia genannt werden. Etwas plastischer: Menschen in einer Psychose begreifen sich oft als beobachtet, bespitzelt, gegängelt und nicht selten auch als verfolgt und bedroht. In meinem Fall haben gewisse Größenideen mich vor den meisten negativen Implikationen dieser Wahrnehmungen geschützt. (So nahm ich beispielsweise an, als Eingeweihter in eine allumfassende Verschwörung auch deren Schutz zu genießen.) Aber in der Regel wird das Beschriebene als verängstigend und quälend erlebt. Nicht selten reagiert der oder die Betroffene auch mit (durchaus verständlichen) Aggressionen.

Um es ganz klar zu sagen: Das hier nur kurz und allgemein geschilderte Erleben von Menschen in einer Psychose ist nicht Gegenstand der

Behandlung in einer Psychiatrie. Es gilt unter Fachpersonal auch nicht als förderlich, dieses überhaupt zu thematisieren (was im Zusammenhang mit Aggressionen auch plausibel erscheint). Wichtig festzuhalten bleibt: Was der*die Erkrankte im Wesentlichen erlebt, ist meist nach außen hin nicht ersichtlich und nachvollziehbar. Und wenn er*sie es thematisiert, wird es von anderen vor allem als eines erlebt: verstörend.

Für das Auftreten von Psychosen werden verschiedene Ursachen gefunden: Es kann körperliche Ursachen geben, meistens findet sich die Ursache jedoch im Krankheitsbild der Schizophrenie. Und die Ursache für diese Erkrankung bleibt unbekannt. Immerhin kann man akute Phasen mit Präparaten aus der Klasse der Neuroleptika bedeutend abmildern, und das psychotische Erleben verschwindet möglicherweise ganz. Wobei die Fortführung der Medikation über diesen Zeitraum hinaus als Prophylaxe vor weiteren Schüben wichtig ist. Diese Medikation greift in den Dopamin-Stoffwechsel der Patient*innen ein, was sehr zuverlässig zu mannigfaltigen Nebenwirkungen führt, die die Lebensqualität der Patient*innen stark beeinträchtigen können – bis zu dem Punkt, dass diese sich beispielsweise durch illegalen Substanzgebrauch Abhilfe zu verschaffen suchen, was die Prognose natürlich nicht positiv beeinflusst (in diesem Fall spricht man von Komorbidität). Ohnehin hat der schizophrene Patient, auch wenn er gerade nicht psychotisch ist, eine Reihe von unangenehmen Symptomen, die eher in die Richtung einer depressiven Antriebslosigkeit gehen und von den Nebenwirkungen der Neuroleptika subjektiv kaum unterschieden werden können (objektiv übrigens auch nicht!).

Die Schizophrenie ist also eine tückische Erkrankung, die früh im Leben auftritt; bei Männern zumeist in der Adoleszenz, bei Frauen oft später, manchmal erst um das 30. Lebensjahr. Erst nach einem psychotischen Schub kann den Betroffenen der damit einhergehende Kontrollverlust bewusst werden (was aber nicht zwangsläufig geschieht). Während eines Schubes besteht in der Regel keine Krankheitseinsicht. Aber auch bei vollem Verstand ist man in seiner Lebensführung stark beeinträchtigt, was zu weiteren Kränkungen und

Zurücksetzungen führt. So kann ein Großteil der Erkrankten früher oder später beispielsweise kein geregelter Erwerbsleben mehr führen. Die wenigsten der Patient*innen, mit denen ich im geschützten (oder auch: geschlossenen) Kontext arbeite, haben die Psychiatrie von sich aus, also freiwillig, aufgesucht. Im Kontext eines Schubes werden sie früher oder später auf die eine oder andere Weise auffällig und nicht selten erst durch das Eingreifen der Polizei auf unsere Station gebracht. Die Behandlung bei uns wird dann in der Regel über einen Gerichtsbeschluss verfügt.

Wir behandeln also oft Menschen, die sich selbst nicht als krank empfinden, gegen ihren eigenen Willen. Und dies in einem psychischen Ausnahmezustand, der sie ohnehin schon an ihre Grenzen bringt, was es ihnen noch schwerer macht, sich auf eine Behandlung einzulassen. Ich glaube, ich muss nicht weiter ausführen, dass diese Konstellation zu einer Vielzahl von Konflikten führen kann, die auch die Behandelnden teilweise vor scheinbar unlösbare Probleme stellen.

Man kann die Psychiatrie insofern mit einem Gefängnis vergleichen. Nicht so sehr, weil beide Institutionen mit Freiheitsentzug arbeiten, sondern vielmehr, weil sie der Struktur nach eine gewisse Überforderung der Gesellschaft dokumentieren, sowohl mit Menschen, die kriminell geworden sind, als auch mit solchen, die eine Psychose erleben, umzugehen. Aus dem 19. Jahrhundert stammt die Idee, Kriminelle mögen in Zellen zur Besinnung und Läuterung kommen. Fortschrittlicher wirkt da die Idee, man möge Häftlinge resozialisieren. Dann gibt es noch den Aspekt, die Gesellschaft vor den Häftlingen zu schützen. Im Ergebnis behindern diese Zielsetzungen sich gegenseitig. Und in der Realität verlässt kaum ein Häftling eine solche Anstalt als ein besserer Mensch.

Obgleich wir es bei Menschen, die von Psychosen betroffen sind, anders als bei Kriminellen, ja eindeutig mit erkrankten Menschen zu tun haben, die eigentlich unsere Solidarität verdienen, reagiert ein beträchtlicher Teil unserer Gesellschaft nach wie vor geradezu reflexartig mit Abwertung und Ausgrenzung. Diesen Aspekt illustriert der Begriff der „Stigmatisierung“. Ich denke, aus dem bisher Geschilderten wird plas-

tisch, was wir meinen, wenn wir im Zusammenhang mit der Akut-Psychiatrie von Asymmetrie sprechen. Aber welchen Beitrag kann ein*e Genesungsbegleiter*in leisten, um diese zu verringern? Als Teil der Institution wird sie*er die Asymmetrie nicht komplett auflösen können.

Ärzt*innen, Pflegende oder Therapeut*innen versuchen sich den Patient*innen über das Fachwissen der eigenen Fachdisziplin zu nähern. Diese definiert auch das jeweilige Angebot an die Patient*innen, also die Behandlung. Aber wie es sich anfühlt, psychotisch zu sein, und in diesem Zustand zwangsweise auf eine geschlossene Station verbracht zu werden, können auch erfahrene Kolleg*innen aus einer der genannten Berufsgruppen auch unter Aufbringung des Maximums an Empathie und Rückgriff auf all ihre professionelle Erfahrung niemals wirklich nachvollziehen und begreifen. Selbst wenn ich versuche – und das habe ich schon mehrmals getan – retrospektiv mein Erleben während eines Schubes möglichst ungefiltert und authentisch zu schildern, bleibt für das Verständnis der psychotischen Erfahrung immer eine Lücke, die nicht zu füllen ist. Die Sprache hat eben ihre Grenzen. Und das ganz besonders, wenn es um menschliche Erfahrungen geht. Weshalb einem Menschen, auch in einer nicht-psychiatrischen Krise, meist mehr durch die Lektüre eines guten Romans denn durch die eines Ratgebers geholfen ist. Und auch in diesem Artikel steht der eigentliche Sinn ja zwischen den Zeilen.

Also: Wie arbeite ich mit den Patient*innen? Zunächst ist es mir wichtig, jeden Neuzugang mit einem etwas längeren Gespräch auf der Station zu begrüßen. Dabei ist mein vordringliches Anliegen, ein Gefühl für das Befinden der jeweiligen Person zu bekommen, wobei die damit verbundene explizite Nachfrage meist am Ende des Gespräches steht. Kann ich ausschließen, dass das Ganze explizit traumatische Erfahrungen einschließt, stelle ich, nachdem ich mich, wie weiter oben geschildert, als Genesungsbegleiter vorgestellt habe, am Anfang des Gespräches meist dumm und frage, ob es die Idee der Patient*innen war, unsere Einrichtung aufzusuchen. Was ein zuverlässiger Eisbrecher ist. Insgesamt versuche ich bei meiner Arbeit so gut es geht, so wenig wie

möglich zu bewerten. Was nicht ausschließt, dass ich nachfrage, wenn ich etwas nicht verstehe. Authentizität ist eben genauso wichtig.

Natürlich reagieren die Patient*innen sehr unterschiedlich, aber insgesamt fällt schon auf, dass gerade auch die Neuzugänge erhöhten Redebedarf haben und das Angebot für ein Gespräch dankbar annehmen. Um an einem Arbeitstag möglichst jede*n Patient*in einmal gesprochen zu haben, hat es sich als sinnvoll erwiesen, als Genesungsbegleiter kleine Einkäufe am Kiosk für die Menschen zu übernehmen, die die Station noch nicht ohne Weiteres verlassen dürfen. In diesem Kontext lässt sich zudem früh antizipieren, inwieweit die Patient*innen versorgt sind, beispielsweise Besuch erhalten, und auch wer, was nicht selten ist, über kein Bargeld verfügt. An diesen Dingen gemeinsam zu arbeiten, begreife ich ganz klar als präventive Deeskalation. Des Weiteren bin ich in der Regel der Erste, der einen Ausgang mit den Patient*innen begleitet. Dies sind durchaus längere Spaziergänge, die natürlich auch als Gelegenheit zum Gespräch dienen. Mindestens einmal pro Woche versuche ich auch Ausgänge in der Gruppe in die Stadt anzubieten. Nach einem längeren Aufenthalt auf Station ist dies als eine Art Exposition, also eine Trainingsmaßnahme, zu begreifen (der Umgang mit Situationen, die viele Sinneseindrücke beinhalten, war ja schon Thema).

Insgesamt würde ich meinen Arbeitsansatz als niederschwellig bis subtil beschreiben. Ich versuche, nichts zu erzwingen, habe keine Agenda. Stattdessen versuche ich, dem Raum zu geben, was durchaus im positiven Sinne passiert, wenn man sich selbst zurücknimmt (für alle, die damit Schwierigkeiten haben: Das sollten Sie unbedingt auch mal versuchen!). In erster Linie versuche ich, als Mensch für die Patient*innen präsent zu sein, ohne allzu große Anforderungen zu stellen. Wobei das Zusammenleben auf Station natürlich gewisse Anforderungen stellt, die auch nicht verhandelbar sind. Ich muss auch keine Belehrungen erteilen. Im Zweifel kann ich ja immer über die eigene Erfahrung berichten, was im Kern etwas ganz anderes ist (man sollte niemandem die eigene Erfahrung absprechen!). Ein Mensch, der geraume Zeit bei uns in der Klinik verbringt, oft

Wochen bis Monate, möchte eben nicht nur als Patient*in, sondern vor allem als Mensch wahrgenommen werden. Insofern kann ein ausgedehnter Smalltalk im Raucherbereich für die Beziehungsarbeit weit wertvoller sein als jedes krankheitsbezogene Agieren. Und spätestens gegen Ende des Aufenthaltes bei uns hat der*die Patient*in mit abklingender Psychose in der Regel ein großes Bedürfnis, ihre*seine Krisenerfahrung biographisch einzuordnen. Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, dass psychotische Krisen immer auch Lebenskrisen sind.

Viel Freude macht mir zudem die Gruppe „kreatives Schreiben“, welche ich den Patient*innen wöchentlich anbiete. Dabei versuche ich den Teilnehmenden durch die Bereitstellung von Kreativtechniken, das Schreiben als wertvolle Ressource an die Hand zu geben. Dabei verzichte ich explizit darauf, das erzielte Ergebnis in irgendeiner Weise „therapeutisch“ zu deuten. Vielmehr geht es darum, zu vermitteln, dass über eine möglichst natürliche Praxis des Schreibens verfügen zu können, der Genesung eigentlich immer förderlich ist.

Ich selbst habe nun seit über 27 Jahren mit der Psychiatrie zu tun. Wobei ich erst die letzten sechs davon Teil des behandelnden sozialpsychiatrischen Systems bin. Die Schizophrenie ist eine Erkrankung, die das Leben vordergründig betrachtet vor allem im negativen Sinne prägt. Nach dem ersten Schub ist nichts mehr, wie es einmal war. Viele Betroffene kämpfen ungeheuer engagiert und werden doch immer mehr an den Rand der Gesellschaft gedrängt. So eine Biographie nachzuvollziehen, bedarf mindestens genauso viel Empathie wie das Nachvollziehen der psychotischen Erfahrung selbst. Letztendlich soll der*die Genesungsbegleiter*in aber auch als positives Rollenbild fungieren, in dem Sinne, dass sie*er beispielhaft demonstriert, wie ein sinnerfülltes, gutes Leben trotz und mit der Erkrankung gelingen kann.

Die eigene Erfahrung mit der Psychiatrie mag einen zunächst auf Distanz zu dieser Institution bringen. Fakt ist aber, dass wir im Rahmen der hier geschilderten Akutbehandlung leider keine bessere Alternative haben. Insofern versuche ich bei allem, was ich tue, darauf hinzuwirken, dass

ein Aufenthalt auf unserer Station so positiv wie möglich für Patient*innen verläuft. Wobei ich natürlich auch Verständnis für Frustrationen habe. Und man sollte niemals versuchen, individuell erfahrenes Leid zu relativieren. Trotzdem ist es im Sinne eines authentischen Kontaktes zu den Patient*innen natürlich wichtig, auch zu äußern, wenn ich etwas nicht nachvollziehen kann. Sei es thematisiertes Wahnerleben oder sämtliches Verhalten, das geneigt ist, das eigene Leid zu vergrößern.

Ich möchte mit der Bemerkung schließen, dass ich mein eigenes Wahnerleben, wie bereits angedeutet, nicht als durchweg negative Erfahrung bewerte. Betrachtet man einige dieser durch die verzerrte Wahrnehmung hervorgerufenen Erlebnisse, fällt auf, dass sie erstaunliche Parallelen zur Mythologie und einer Vielzahl von philosophischen Konstrukten beinhalten. Auch der religiöse Charakter von Wahninhalten ganz allgemein fällt immer wieder ins Auge. Wenn der Verstand angesichts einer psychischen Krise unter Druck kommt, scheint das Bewusstsein oft intuitiv auf die Konzepte zurückzugreifen, mit denen die Menschen sich die Welt erklärten, bevor die Philosophie als erste Wissenschaft entstand: den Mythos und die Religion! Trotz allem geschilderten Leid sollten wir uns diesem Aspekt der psychotischen Erfahrung nicht verschließen, denke ich. Vor diesem Hintergrund ist die geschlossene Psychiatrie für mich beinahe ein magischer Ort.

Anmerkungen

1 Das Trialogforum oder auch trialogisches Forum, „ist eine Plattform des offenen Dialogs und der Zusammenarbeit zwischen Menschen mit psychischen Erkrankungen, ihren Angehörigen und den Fachleuten im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie. Ziel ist es, einen Raum zu schaffen, in dem Erfahrungen, Meinungen und Perspektiven ausgetauscht werden können, um gemeinsam an einer besseren psychischen Gesundheit für alle zu arbeiten.“ (DGPPN 2025)

2 Die Weiterbildung wurde im Rahmen eines Leonardo-Projekts (2005–2007) unter der Beteiligung von Fachexpert*innen aus der Psychiatrie und Wissenschaft sowie Psychiatriee erfahrenen entwickelt. Damit wurde dem Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Rechnung getragen, die psychische Gesundheit im Allgemeinen und die

Autonomie von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Speziellen zu fördern.

3 Alle zukünftigen Führungskräfte in der St. Augustinus-Gruppe nehmen an einer einjährigen Weiterbildung teil, in der sie eigenständig an einem Projekt arbeiten und dieses in einem entsprechenden Rahmen vorstellen. Das Projekt wird benotet.

Literatur

- BOCK, THOMAS & SIELAFF, GYÖNGYVÉR 2016. Anthropologische Entwicklungslinien von Trialog und Peerarbeit. In UTSCHAKOWSKI, JÖRG; SIELAFF, GYÖNGYVÉR; BOCK, THOMAS & WINTER, ANDRÉA (eds) *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrieverlag: 25–34.
- CRAMER, MANFRED; HILLER, SIMONE & NOLTKÄMPER, WIEBKE 2015. Fachtag Projekt EX-IN Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung. https://ex-in-by.de/wp-content/uploads/2024/04/EX-IN-Praesentation-_Hiller_W_Notlkaemper.pdf [28.04.2025].
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOSOMATIK UND NERVENHEILKUNDE E. V. (DGPPN) 2025 Trialogisches Forum. <https://www.dgppn.de/die-dgppn/trialog.html> [26.11.2025].
- EX-IN DEUTSCHLAND E.V. 2025. <https://ex-in.de/> [abgerufen am 04.05.2025].
- ST. AUGUSTINUS BEHINDERTENHILFE 2025. <https://www.st-augustinus-behindertenhilfe.de/ex-in> [28.04.2025].
- UTSCHAKOWSKI, JÖRG 2016. Voraussetzungen und Bedingungen der Peer-Arbeit. In UTSCHAKOWSKI, JÖRG; SIELAFF, GYÖNGYVÉR; BOCK, THOMAS & WINTER, ANDRÉA (eds) *Experten aus Erfahrung. Peerarbeit in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrieverlag: 72–81.



Heidrun Lundie begann nach ihrer Ausbildung zur Krankenschwester an der Rheinischen Landeslinik Bedburg-Hau (1980–1983), einer psychiatrischen Einrichtung, eine berufliche Laufbahn auf der Akutaufnahmestation des LKH Bedburg-Hau. In verschiedenen Fachbereichen hat sie unterschiedliche Führungsaufgaben übernommen, unter anderem als stellvertretende Stationsleitung und kommissarische Abteilungsleitung. Besonders geprägt hat sie ihre Rolle beim Aufbau einer psychiatrischen Kriseninterventionsstation. Nach erfolgreich abgeschlossenen Lehrgang „Leitung des Pflegedienstes“ übernahm sie die Abteilungsleitung in einer Rehabilitationsabteilung. Von 1994 bis 2000 leitete sie den Pflegedienst im St. Josef-Krankenhaus Neuss und übernahm dann die Gesamtleitung für die beiden psychiatrischen Akutkrankenhäuser St. Josef-Krankenhaus in Neuss und die Klinik Königshof in Krefeld. Seit 2004 verantwortet sie die Pflegeleitung für das Alexius/Josef Krankenhaus Neuss und begleitete den Fusionsprozess beider Häuser. 2025 wurde sie zur Pflegedirektorin und Prokuristin des Alexius/Josef Krankenhauses ernannt. Zusätzlich absolvierte sie 2021/22 eine Ausbildung zum Pflege- und Sozialcoach (CSMM).

Alexius/Josef Krankenhaus
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: h.lundie@ak-neuss.de



Andreas Rexin, geboren 1977 in Bremen, aufgewachsen in der Lüneburger Heide, 1998 Abitur, danach Erstdiagnose: paranoid halluzinatorische Schizophrenie. 2004 Abschluss der Ausbildung zum Werbekaufmann (Berufsförderungswerk Eckert, Regenstauf), seit 2005 ausgebildeter Werbetexter (Texterschmiede, Hamburg e.V.). 2007 Umzug ins Rheinland, seit 2011 Buchhändler (Ausbildung im Stern-Verlag, Düsseldorf). Ausbildung zum Ex-In-Genesungsbegleiter 2019 in Neuss. Danach tätig in der Eingliederungshilfe in Düsseldorf, seit 2023 auf einer Akut-Station im Alexius/Josef Krankenhaus.

Alexius/Josef-Krankenhaus
Akut-Station
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: A.Rexin@ak-neuss.de



Andrea Kuckert, Dr., arbeitet als pflegerische Leiterin des Departments Forschung und Entwicklung im Alexius/Josef Krankenhaus in Neuss, einem psychiatrischen Akutkrankenhaus. Auch geprägt durch das Studium der kulturellen Anthropologie (M.A.), der Pflegewissenschaften (M.A.) und zahlreiche Auslandsaufenthalte liegen ihre Interessen auf den Gebieten des Diversity Managements, der Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen, genderrelatierten Themen und der Pflegeentwicklung. Durch ihre Arbeit als Gesundheits- und Krankenpflegende auf einer geschützten gerontopsychiatrischen Station bleibt sie ihrem Fach verbunden und kann pflegerische Fragestellungen direkt aus der Praxis aggreifen und gemeinsam mit den Kolleg*innen im partizipativen Ansatz bearbeiten.

Alexius/Josef Krankenhaus
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: a.kuckert@ak-neuss.de

„Für mich ist das ganz eindeutig. Es gibt die Möglichkeit der geöffneten Station, mein Bruder soll das auch erleben.“

Eine ethische Fallbesprechung auf einer (teil)geschützten gerontopsychiatrischen Station

GARY-NEIL BRAULT, ANDREA KUCKERT, ANNA SZUREK & BERND TEWES

[...] Die Patientin mit dem Stuhl kommt wieder. Steht vor der geschlossenen Tür zum geschützten Bereich und drückt die Türklinke runter, geht mit dem Stuhl wieder zurück. Ein anderer Patient kommt wieder, drückt die Türklinke runter und geht weiter. Im Tagesraum im geöffneten Bereich findet eine leise Unterhaltung statt. Eine Patientin ruft. Der Hol- und Bringdienst kommt durch die geöffnete Stationstür und bringt das Abendessen. Eine Patientin im offenen Bereich steht auf, bewegt den Stuhl und setzt sich wieder hin. Mehrere Patient*innen unterhalten sich. Ein Patient aus dem offenen Bereich geht zur geschlossenen Zwischentür, drückt die Türklinke zum geschützten Bereich runter, bleibt stehen, beschäftigt sich mit einem Schuh. Der Patient im geschützten Bereich geht zur geschlossenen Tür, drückt die Türklinke runter, er möchte raus. Die Pflege ruft ihm zu: „Nein, Sie können nicht raus.“ Ein Kollege kümmert sich um den Patienten mit dem einen Schuh. Ein anderer männlicher Patient versucht die Tür im geschützten Bereich zu öffnen, Türklinke runter, Türklinke hoch. [...] (ANDREA KUCKERT, Teilnehmende Beobachtung, 19.02.2024, 13:20 Uhr)

In der psychiatrischen Pflege ist die Gestaltung der Beziehung zwischen Pflegefachpersonen und Patient*innen ein zentrales Element professionellen Handelns. Während in vielen therapeutischen Settings eine gewisse Asymmetrie durch Fachwissen und institutionelle Machtstrukturen unausweichlich ist, strebt die pflegerische Beziehung ein Maß an Symmetrie an, das auf Gegenseitigkeit, Vertrauen und Anerkennung basiert. Symmetrische Beziehungen fördern das Empowerment von Patient*innen, stärken deren Selbstwirksamkeit und unterstützen eine partizipative Pflegepraxis (BÜKER & LADEMANN 2020).

Ein aktueller theoretischer Rahmen, der in diesem Kontext zunehmend Beachtung findet, ist

das Konzept der „mature care“ nach PETERSEN (2011). Es basiert auf der Annahme, dass professionelle Pflegebeziehungen zwar asymmetrisch sein können, jedoch durch Reziprozität und die wechselseitige Anerkennung von Bedürfnissen eine ethisch vertretbare Balance erreichen. Für die psychiatrische Pflege bedeutet dies, nicht nur fürsorglich zu handeln, sondern auch die Autonomie und Subjektstellung der Patient*innen aktiv zu respektieren (HEM & PETERSEN 2011). Autonomie bei Patient*innen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu fördern, beinhaltet damit auch das Streben nach einer ethisch besser ausbalancierten Beziehung. Aber ist Autonomie das einzige Argument, das bei dieser vulnerablen Patient*innengruppe zur Diskussion steht? Personen mit einer weit fortgeschrittenen Demenz und möglicherweise einem Delir bedürfen häufig neben der Übernahme menschlicher Grundbedürfnisse auch eines besonderen Schutzes. Sie vor einem Sturz oder vor dem nicht ausreichenden Essen und/oder Trinken zu schützen, kann auf einer teilgeöffneten gerontopsychiatrischen Akutstation eine ebenso wichtige Rolle im pflegerischen Prozess spielen wie der Schutz anderer Patient*innen vor Mitpatient*innen mit aggressivem Verhalten.

Anhand einer simulierten ethischen Fallbesprechung werden sich im Folgenden die unterschiedlichen involvierten Parteien dieses Diskurses annehmen. Dadurch soll eine intensivere Auseinandersetzung der Teilnehmenden mit der Versorgung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und einer möglichst langen Aufrechterhaltung eines autonomen Lebens erreicht werden (PERRY *et al.* 2021). Durch das Nachstellen einer ethischen Fallbesprechung auf

einer für vor allem Pflegefachpersonen organisierten Konferenz findet Ethikbildung an einem Lernort statt, der sich außerhalb der Station befindet. Dadurch kann eine Ethikkompetenzentwicklung stattfinden und gleichzeitig Belastungen, Verletzungen und Schaden für die pflegebedürftigen Menschen vermieden werden (RIEDEL & ECKSTEIN 2025).

Der stationäre Kontext

Patient*innen mit einer schweren psychiatrischen Erkrankung können auf der Grundlage des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) des Landes NRW §10, Absatz 2 oder des Bürgerlichen Gesetzbuches §1831 (Freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen) in ein psychiatrisches Akutkrankenhaus eingewiesen werden. Im Bürgerlichen Gesetzbuch wird die Betreuung von Personen geregelt, die sich selbst Schaden zufügen könnten oder die aufgrund einer Heilbehandlung oder eines ärztlichen Eingriffs in einer Einrichtung aufgenommen werden müssen. Das PsychKG arbeitet mit dem Begriff der „offenen Form“ der Unterbringung, das Bürgerliche Gesetzbuch mit den Begriffen der „Freiheitsentziehenden Unterbringung“ und der „freiheitsentziehenden Maßnahmen“. Die jüngste Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie zur Prävention von Zwangsmaßnahmen (2018) spricht mangels belastbarer Evidenz keine klare Empfehlung bezüglich offener Stationen oder Krankenhausorganisationen aus, sondern empfiehlt generell eine Politik der geringstmöglichen Einschränkungen aller Art. Was genau unter einer „offenen Form“, der „freiheitsentziehenden Unterbringung“ oder „geringstmöglichen Einschränkungen“ verstanden wird, wird nicht weiter ausgeführt.

In fachlichen Diskursen rund um eine wie auch immer definierte Öffnung einer psychiatrischen Station herrscht der Konsens, dass ein frei zugänglicher Bereich ein wesentliches Mittel zur Unterstützung des Heilungsprozesses von psychiatrischen Patient*innen darstellt (KIRCH & KÖNIG 2022). In der Literatur sind mittlerweile

Studien zu finden, die der Öffnung geschützter Stationen im psychiatrischen Krankenhaussetting positive Effekte bescheinigen (SOLLBERGER & LANG 2014; JUNGFER *et al.* 2014; CIBIS *et al.* 2017; KALAGI *et al.* 2018; SCHREIBER *et al.* 2022; KOWALINSKI *et al.* 2019; KUNØE, NUSSLE & INDRÉGARD 2022). Dabei sind allerdings die Begrifflichkeiten „offen“, „fakultativ offen“, „geschützt“, „geschlossen“ oder „teilgeschlossen“, die in den verschiedenen Studien zur Öffnung einer geschützten Station im psychiatrischen Setting verwendet werden, nicht immer sauber definiert (STEINERT & HIRSCH 2019).

Patient*innen auf einer geschützten gerontopsychiatrischen Station sind in der Regel über 60 Jahre alt und fallen häufig (demenz- und/oder delirbedingt) durch eine mangelnde Orientierung in Raum und Zeit sowie zu den sie umgebenden Personen auf. Unter Umständen kann eine eingeschränkte Mobilität und/oder diverse andere altersbedingte Erkrankungen hinzukommen. Vermehrte Stürze, agitiertes bis hin zu aggressivem Verhalten, emotionale Überlastung, Apathie und grenzüberschreitendes Verhalten sind neben vielen anderen Merkmalen Symptome, die häufig auf solchen Stationen anzutreffen sind. PÖSCHEL, SPANNHORST, LAUTENSCHLÄGER & HÖHMANN (2018: 155) kommen zu dem Ergebnis, dass ein herausforderndes Verhalten von Menschen mit Demenz der häufigste Grund (47,5%) für eine stationäre Behandlung ist. Im Stationsalltag werden die Patient*innen in der Versorgung körperlicher Bedürfnisse unterstützt und zu der Teilnahme an soziumilieuthérapeutischen Angeboten (gemeinsames Zeitunglesen, Auswahl des Mittagessens, spielen, basteln usw.) auf der geschützten Station (die Außentür ist nur durch die Mitarbeitenden zu öffnen) motiviert (HOLTHOFF-DETTO, NIENABER, BÖTEL & RAPP 2021). Durch die Beobachtungen der Pflegenden und Mediziner*innen können die Medikamente für die Patient*innen adäquat angepasst werden. Das Verhalten dieser Klientel wird von den Mitarbeitenden oft als herausfordernd beschrieben. Das sich sammeln vor der Hauptausstiegstür, das Rufen und Schreien, das teilweise aggressive Verhalten gegenüber Mitpatient*innen und dem Personal kann sehr viel Unruhe auf der Station verursachen.

Bei einem „geschützten Setting“ wird es den Angehörigen je nach Gesundheitszustand der Patient*innen ermöglicht, die Station gemeinsam mit dem Betroffenen zu verlassen. Sie können sich im gesamten Krankenhausbereich aufhalten. Dabei muss gewährleistet sein, dass die Patient*innen sich am Ende der Besuchszeit auch wieder in den geschützten Bereich zurückführen lassen. Viele Angehörige tun sich schwer, die Betroffenen auf der „geschützten Station“ zurückzulassen. Ihre Erfahrung speist sich noch aus den Bildern „geschlossener Psychiatrien“, die es bis in das ausgehende 20. Jahrhundert regelmäßig gab. Die Sicherung der Patient*innen und deren soziale Kontrolle durch das Personal wurden lange Zeit durch die architektonische Gestaltung der Krankenhäuser in Form von klosterähnlichen Anlagen unterstützt (STUCKSTEDTE 2022). Das prägt auch heute teilweise das gesellschaftliche Bild auf die Psychiatrie und bedarf einer nachhaltigen Korrektur.

Aufgrund des in der Literatur positiv beschriebenen Effektes der Öffnung der geschützten psychiatrischen Akutstationen (SOLLBERGER & LANG 2014; JUNGFER *et al.* 2014; CIBIS *et al.* 2017; KALAGI *et al.* 2018; SCHREIBER *et al.* 2022, KOWALINSKI *et al.* 2019; KUNØE, NUSSLE & INDREGARD 2022) und aufbauend auf die positiven Erfahrungen der Teilöffnung der allgemeinpsychiatrischen Stationen im Akutsetting in den vergangenen Jahren, hat sich die Betriebsleitung des Alexius/Josef Krankenhauses 2019 für eine Teilöffnung der geschützten gerontopsychiatrischen Station Jakobus ausgesprochen. Bereits 2012 hat der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme „Demenz und Selbstbestimmung“ gefordert, Artikel 3 der UN-Behindertenrechtskonvention auch auf die Menschen mit Demenz anzuwenden. Diese Konvention bietet in ihrem im Artikel 3 genannten Grundprinzipien einen geeigneten Rahmen, die Selbstbestimmungsrechte von Menschen mit Demenz in allen Bereichen zu respektieren und zu stärken. Genannt seien hier vor allem die Prinzipien des Respekts vor der Würde und der individuellen Autonomie, der Nichtdiskriminierung, der Inklusion im Sinne eines vorbehaltlosen Eingeschlossenseins in die Gesellschaft und der Partizipation im Sinne einer effektiven Teilhabe an

der Gesellschaft (DEUTSCHER ETHIKRAT 2012: 93).

Um dafür zu sorgen, dass die mit PsychKG oder BGB aufgenommenen Patient*innen die Einrichtung während ihres stationären Aufenthaltes nicht unbeaufsichtigt verlassen, kann aufgrund der fortschreitenden Digitalisierung im Gesundheitssystem z.B. auf Ortungssysteme zurückgegriffen werden.

Die Teilöffnung der Station Jakobus mit ihren insgesamt 14 Zimmern im Jahr 2024 beinhaltete konkret die tägliche Öffnung zwischen 10 und 17 Uhr. Die Patient*innen, deren sieben Zimmer in diesem Bereich liegen (siehe Abb. 1: Zimmer 1–5, 6 und 14), können, wenn sie möchten und es von medizinischer oder pflegerischer Seite keine Einwände gibt, die Station in dem angegebenen Zeitfenster verlassen.

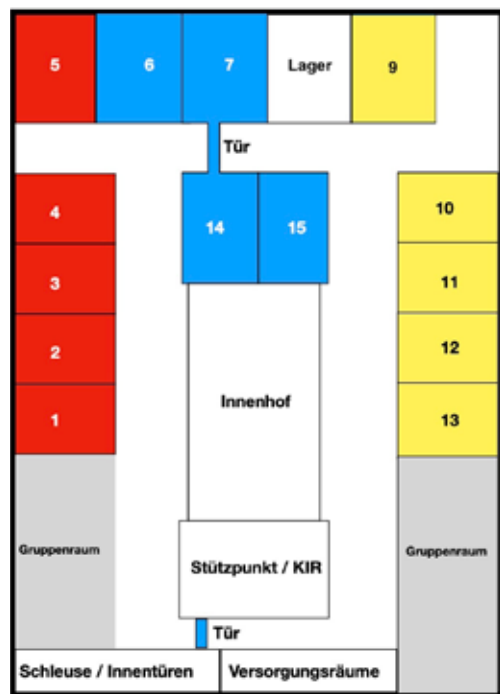


Abb. 1 Aufbau der geschützten gerontopsychiatrischen Station Jakobus. (Grafik: AJK. Alle Rechte vorbehalten).

Sie alle sind mit einem Armband, das einen Chip mit einer Ortungssoftware enthält, ausgestattet, mit dem sie an bestimmten Punkten im Krankenhaus registriert werden können. Sollten sie das

Krankenhaus verlassen, werden die Pflegenden der Station Jakobus über das Telefon informiert. Notfalls führen die Mitarbeitenden der Station die Patient*innen zu den Mahlzeiten sowie am Ende des Tages auf die Station zurück. Über die Ortungssoftware kann der ungefähre Standpunkt der Patient*innen festgestellt werden.

Die verbleibenden sieben Zimmer auf der Station (Abb. 1: Zimmer 9–13, 7 und 15) sind über zwei weitere Türen (Chipsystem) zugänglich. Damit ist ein „Rundlauf“ für die Patient*innen tagsüber nicht mehr möglich. In diesem Bereich sind in der Regel nur Patient*innen aufgenommen, deren Gesundheitszustand es nicht zulässt, dass sie sich im offenen Bereich aufhalten. Im Notfall – die verantwortlichen Ärzt*innen und Pflegenden der Station Jakobus definieren einen solchen gemeinsam auf der Grundlage von im Vorfeld formulierten Kriterien – kann die gesamte Station wieder in den kompletten geschützten Status, also mit geschlossenen Türen, versetzt werden.

Patient*innen können im Verlauf ihres Aufenthaltes von dem einen auf den anderen Teil verlegt werden. In der Regel wird in der Übergabe zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Dienst die aktuelle gesundheitliche Situation der Patient*innen besprochen und bei einem freien Platz auf dem offenen Teil der Station – auch in Rücksprache mit den Angehörigen – überlegt, ob der jeweilige Patient verlegt werden kann. Es kann durchaus vorkommen, dass sich auch Angehörige, vor allem wenn sie sich regelmäßig auf der Station aufhalten und die unterschiedlichen Situationen im geschützten und offenen Setting wahrnehmen, für das Verlegen eines*r Betroffenen von der geschützten auf die offene Seite einsetzen. Sollte es zu unterschiedlichen Einschätzungen hinsichtlich einer Entscheidung kommen, kann eine ethische Fallbesprechung initiiert werden.

Ethische Fallbesprechungen

Die ethische Fallbesprechung als Instrument in der Entscheidungsfindung für den Patiententransfer vom geschützten auf den geöffneten Bereich der Akutstation

Das konzernübergreifende Ethikkomitee, unter das auch das Alexius/Josef Krankenhaus fällt, sieht sich in der Verantwortung, ethische Probleme in der Pflege, Betreuung und Versorgung von Menschen unter fachkundiger Moderation vor Ort in den Einrichtungen mit den Beteiligten zu besprechen. Das Ethikkomitee stellt seine Regeln transparent im Intranet des Krankenhauses dar, so dass sich alle Personen entsprechend informieren, bzw. alle notwendigen Dokumente herunterladen können. Neben dem konzernübergreifenden Ethikkomitee gibt es im Alexius/Josef Krankenhaus auch einen ethischen Arbeitskreis, der unter anderem regelmäßige Informationsangebote zu unterschiedlichen Themen gestaltet, bzw. auch Themen aus der Pflege aufgreift und an das Ethikkomitee weiterleitet.

Das Ethikkomitee kann eine ethische Fallbesprechung einberufen, für die eine Verfahrensanweisung (QUALITÄTSMANAGEMENT ALEXIUS/JOSEF KRANKENHAUS 2023) im Intranet zur Verfügung gestellt wurde. Anhand eines Leitfadens (ETHIKKOMITEE 2019) führen bestimmte Moderator*innen ein Gespräch durch und protokollieren es. Dabei gilt zu beachten, dass die Moderator*innen nicht in den Fall involviert sein dürfen, idealerweise von außen kommen und über die notwendigen Moderationskompetenzen, wie z.B. kritisches Nachfragen, Klärung von Missverständnissen, Zusammenfassen von Diskussionspunkten verfügen (VOLLMANN 2021).

Der vom Ethikkomitee vorgegebene Leitfaden (ETHIKKOMITEE 2019) orientiert sich am Nimwegener Modell (STEINKAMP & GORDIJN 2008), welches mittlerweile in vielen deutschen Krankenhäusern zur Anwendung kommt (VOLLMANN 2021). Das Nimwegener Modell beinhaltet unter anderem die von BEAUCHAMPS & CHILDRESS (2001) formulierten ethischen Prinzipien, unter deren Zuhilfenahme ein klinischer Fall differenziert analysiert werden kann.

Notwendig ist zunächst die Formulierung des ethischen Problems, um alle Beteiligten auf den gleichen Wissensstand zu bringen und damit auch die gleiche Sprache zu sprechen. Im zweiten Schritt werden die wesentlichen Fakten aus den unterschiedlichen Perspektiven vorgetragen. Dazu gehören neben den pflegerischen und medizinischen auch die biographischen, religiösen oder spirituellen und unter Umständen organisatorischen Fakten. Im dritten Schritt werden dann alle Informationen den vier ethischen Prinzipien Respekt für die Selbstbestimmung, Fürsorge, Schaden abwenden, Gerechtigkeit (BEAUCHAMPS & CHILDRESS 2001) zugeteilt, um dann in einem letzten Schritt diese gegeneinander abzuwägen.

Moderation und Protokoll können in einer Hand liegen, idealerweise sind sie jedoch getrennt, um sich auf die jeweilige Aufgabe gut konzentrieren zu können. Die Protokollvorlage (ETHIKKOMITEE 2019a) wird in der Regel den Unterlagen des Patienten beigelegt. Das Ergebnis einer ethischen Fallbesprechung ist als Handlungsempfehlung für eine konkrete Situation zu verstehen. Es ersetzt nicht die Entscheidung des zuständigen Verantwortlichen, z. B. des behandelnden Arztes oder des rechtlichen Vertreters. Eine anonymisierte Kopie des Protokolls wird dem Ethikkomitee zur Auswertung zugeschickt (ETHIKKOMITEE 2025).

Die ethische Fallbesprechung – eine rekonstruierte Darstellung

Im Folgenden wird eine ethische Fallbesprechung wiedergegeben (PERRY *et al.* 2021). Dabei handelt es sich um einen „echten“ Fall, der Patient ist auf unserer Station bekannt und kommt immer wieder zur Aufnahme. Der Bruder in dem Fallbeispiel ist fiktiv, die Rolle wird von einem Kollegen übernommen.

Als pflegerisches Team der Station Jakobus (die Autor*innen und pflegerische Mitarbeitende) haben wir uns Gedanken gemacht, wie man einer interessierten Öffentlichkeit den Fall darstellen kann. In zwei partizipativen Teamsitzungen (BERGOLD & THOMAS 2017) auf der Station Jakobus haben sich die Pflegefachpersonen Gedanken

zu den Vor- und Nachteilen der Teilöffnung ihrer Station gemacht. Diese wurden auf Flipcharts notiert und in zwei weiteren Diskussionsrunden mit den Kolleg*innen des ärztlichen und pflegerischen Dienstes reflektiert. Letztendlich wurde sich – um die ethische Fallbesprechung nachvollziehbar zu gestalten – für einen Patienten entschieden, der hier stellvertretend eine Klientel repräsentiert, die kognitiv aufgrund der fortgeschrittenen Demenz stark beeinträchtigt, körperlich aber sehr fit ist. Gerade bei dieser Klientel beobachten Pflegende starke Laufendenzen, Herausforderungen in der Beschäftigung und agitiertes bis hin zu aggressiven Verhaltensweisen. Wir konstruieren anhand dieses Beispiels eine fiktive ethische Fallbesprechung. Sie hat so nie stattgefunden und die vorgetragenen Argumente haben wir uns ausgedacht. Der Arzt, die Pflegefachkraft und die Moderatorin arbeiten zwar tatsächlich mit dem besagten Patienten, den Bruder haben wir aber dazu erfunden. Alles, was in der Fallbesprechung diskutiert wird, haben wir uns gemeinsam im Team überlegt. Es wurden aus dem echten Patientenfall keine personenrelevanten Daten übernommen, alles wurde anonymisiert.

ANDREA, MODERATORIN:

Wir haben uns heute hier zu einer ethischen Fallbesprechung getroffen. Wir wollen gemeinsam diskutieren, ob es aus ethischer Perspektive zu verantworten ist, Herrn Gerhard Freund von der geschützten Seite der Station auf die offene zu verlegen.

Was ist eine ethische Fallbesprechung:

Das Ziel einer ethischen Fallbesprechung besteht darin, in schwierigen klinischen Entscheidungssituationen (wie hier im Krankenhaus) die Akteur*innen (Pflege, ärztlicher Dienst, Angehörige) zu beraten und darin zu unterstützen, die für den Patienten / den Angehörigen beste Behandlungsentscheidung zu finden und diese ethisch fundiert und für alle Beteiligten nachvollziehbar zu begründen. Transparenz ist also wichtig.

Ethisch fundiert bedeutet hier konkret gemäß den ethischen Prinzipien von BEAUCHAMPS & CHILDRESS (2011): Fürsorge, Schaden vermeiden, Respekt der Autonomie, Gerechtigkeit.

Ich möchte zunächst darum bitten, dass sich jeder kurz vorstellt. Darf ich mit dem Arzt beginnen? Wenn Du Dich kurz mit Deiner Funktion vorstellen könntest und seit wann Du auf der Station arbeitest.

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Guten Tag zusammen. Mein Name ist Gary-Neil Brault und ich bin seit März 2024 von der ärztlichen Seite auf der geschützten, gerontopsychiatrischen Station Jakobus tätig.

ANDREA, MODERATORIN:

Danke! Dann bitte die Pflegefachperson mit Deiner Funktion und seit wann Du auf der Station arbeitest.

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Mein Name ist Anna Szurek. Ich bin seit fast sieben Jahren als Pflegefachfrau auf der Station Jakobus tätig.

ANDREA, MODERATORIN:

Danke, dann der Bruder von Herrn Gerhard Freund. Kurz Ihr Verhältnis zu Ihrem Bruder.

BERND, BRUDER DES PATIENTEN:

Ja Hallo! Ich bin der Bruder von Herrn Gerhard, und möchte mich als Erstes bedanken, dass Sie sich alle die Zeit nehmen, sich um einen einzelnen Patienten so intensiv zu kümmern!

Ganz stark habe ich das Gefühl, dass mein Bruder hier gut untergebracht ist. Bis auf in den vergangenen Wochen hatte ich in den letzten Jahren nur relativ wenig Kontakt zu meinem Bruder. Wir wohnen nicht mehr in derselben Stadt und irgendwie hat jeder sein eigenes Leben geführt. Über seine grundsätzliche Lebenseinstellung kann ich aber sehr gut berichten.

ANDREA, MODERATORIN:

Ich danke allen. Mein Name ist Andrea Kuckert und ich bin heute hier als Moderatorin. Ich habe selbst eine pflegerische Ausbildung und gehöre der Ethikkommission der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaften an.

Bevor wir starten, möchte ich darauf hinweisen, dass alles, was wir hier besprechen, vertraulich

behandelt wird. Und es geht darum, eine gute Lösung für Ihren Bruder, Herrn Gerhard Freund, zu finden.

Worum geht es genau? Herr Freund, Sie haben als Bruder und Bevollmächtigter von Gerhard Freund gegenüber dem Arzt den Wunsch geäußert, dass Ihr Bruder von der geschützten Seite der Station auf die offene verlegt wird.

In der ethischen Fallbesprechung geht es also darum, gemeinsam zu überlegen, welche Argumente dafür oder auch dagegensprechen, dass Gerhard Freund von der geschützten Seite der Station auf die offene verlegt wird.

Bekannt ist, dass der Patient sehr viel läuft und selten während der Mahlzeiten sitzt. Was bedeutet das konkret für ihn, aber auch für die Mitpatient*innen im geschützten und im offenen Bereich?

In der multidisziplinären Teambesprechung am Montag sind verschiedene Argumente formuliert worden und wir wollen heute gemeinsam schauen, welche Lösung es geben kann. Ich möchte gleich vorwegnehmen, dass es kein Richtig oder Falsch geben kann. Wir werden die Argumente gegeneinander abwägen, um für den Patienten selbst eine gute Lösung zu finden.

Herr Freund, wir wissen, dass dieses Gespräch nicht einfach für Sie ist. Wenn es zu belastend ist, melden Sie sich bitte. Es werden sich immer Lösungen finden lassen.

Darf ich zunächst den Arzt bitten, die relevanten medizinischen Fakten zu benennen?

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Bei Herrn Freund ist seit Ende 2017 eine Alzheimer-Demenz vom frühen Beginn bekannt. Im Vorfeld war er bereits seit Mitte 2017 krankgeschrieben und bemerkte schon seit ca. einem Jahr vor der Diagnose, dass mit ihm etwas nicht stimme hinsichtlich seiner Konzentrationsleistung und seines Gedächtnisses.

Herr Freund war psychiatrischerseits seit 2018 in unserem Memory-Zentrum, einer Tagesklinik für gerontopsychiatrische Patienten, angeschlossen. Trotz der zunehmenden Schwere der Erkrankung war der Patient erst zwei Mal in stationärer Behandlung bei uns (einmal Ende 2023 und im jetzigen Aufenthalt).

Seit ein paar Jahren besteht eine Vorsorgevollmacht zugunsten des Bruders des Patienten, welcher sich bisher auch um ihn gekümmert hat und ihn bei sich hat wohnen lassen. Im letzten, wie auch in diesem Aufenthalt, fand der stationäre Aufenthalt auf der Rechtsgrundlage nach BGB bei bestehender Vorsorgevollmacht statt.

Relevante Vorerkrankungen bestanden bis auf die Alzheimer-Diagnose nicht. Als ich Herrn Freund Anfang 2024 behandelte, war seine Demenz bereits in einem fortgeschrittenen Stadium. Es bestand eine ausgeprägte Desorientierung mit Hinlauftendenzen, ein Sprachzerfall und monologisierende Laute („Monika, Monika“) sowie eine durch die Hinlauftendenzen zunehmende Kachexie. Insgesamt sind bei diesem Stadium nur noch symptomatisch orientierte Therapien möglich und die Prognose hinsichtlich des weiteren Verlaufs ist als schlecht anzusehen.

ANDREA, MODERATORIN:

Danke für die Ausführungen. Jetzt die pflegerische Perspektive. Anna bitte:

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Herr Freund zeigt schon deutliche kognitive Defizite, besonders im Rahmen von situativer und örtlicher Orientierung. Er bekommt von uns Unterstützung bei allen Tätigkeiten. Er ist nicht in der Lage, sich selbständig um sich zu sorgen. Die körperliche Pflege wird zum größten Teil von uns übernommen, beim Essen und Trinken wird ebenfalls unterstützt, da er durch eine stark ausgeprägte motorische Unruhe nicht lange sitzen bleiben kann. Herr Freund ist den ganzen Tag in Bewegung, pendelt suchend durch die Station, dabei ruft er immer wieder seinen Bruder, rüttelt an Türklinken, geht in die Zimmer von anderen Patienten rein. Phasenweise zeigt er sich dabei angespannt. Verbale Kommunikation und Validation ist auf Grund des Sprachzerfalls auch kaum möglich. Dabei ist Herr Freund körperlich fit.

ANDREA, MODERATORIN

Danke für die Ausführungen. Jetzt die Perspektive der Familie. Bitte Herr Freund als der Bruder:

BERND, BRUDER DES PATIENTEN:

Mein Bruder war beruflich als Versicherungsmakler selbständig und immer sehr umtriebig. Er hat früher viel unterschiedlichen Sport gemacht. Seine Frau ist vor vier Jahren gestorben, seitdem lebt er im Seniorenheim, schon allein, weil er mit den hauswirtschaftlichen Aufgaben nicht zurechtgekommen ist. Jetzt ist er im Laufe der Zeit immer verwirrter geworden, er kriegt das, glaub ich, gar nicht so mit. Lebt halt in seiner eigenen Welt. Bös habe ich ihn noch nicht erlebt, beobachten kann ich eine Rastlosigkeit, einen ständigen Bewegungsdrang. Er will schon immer irgendwo hin.

Kinder hat er nicht, auch sonst keinen, der sich intensiv um ihn kümmert. Die Mitarbeiter im Heim natürlich schon.

ANDREA, MODERATORIN:

Danke Ihnen. Damit haben wir einen guten Einblick in die aktuelle Situation bekommen. Wie sieht es rechtlich aktuell aus? Dazu bitte die Stellungnahme des Arztes:

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Die Rechtsgrundlage des aktuellen stationären Aufenthaltes von Herrn Freund ist eine Unterbringung nach § 1831 BGB bei bestehender Vorsorgevollmacht über alle Bereiche.

ANDREA, MODERATORIN:

Danke. Wir können festhalten, dass von der rechtlichen Seite aus alle gesetzlichen Regeln befolgt wurden. Alle Dokumente liegen entsprechend vor.

Es geht jetzt darum, zu überlegen, inwieweit der Patient, Herr Gerhard Freund, in der Lage ist, seinen Willen selbst zu äußern. Vielleicht zunächst der Arzt.

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Herr Freund ist im aktuellen Stadium seiner Alzheimer-Erkrankung nicht mehr in der Lage, seinen freien Willen zu äußern und auch nicht mehr entsprechend dessen zu handeln.

Eine Wiederherstellung des freien Willens ist bei dieser Art der progredienten, neurodegenerativen Erkrankung nicht zu erwarten.

ANDREA, MODERATORIN:

Danke, wie sehen Sie als der Bruder das? Können Sie dem zustimmen?

BERND, BRUDER DES PATIENTEN:

Ja, das kann ich. Selbst habe ich ja auch nicht so viel Ahnung und Erfahrung.

ANDREA, MODERATORIN:

Es geht im Folgenden um die Aspekte Wohltun und Schaden vermeiden. Das Prinzip Nicht-Schaden verbietet jede nicht unmittelbar notwendige und rechtfertigbare Schädigung des Patienten. In der Fürsorge drückt sich die Verpflichtung aus, durch medizinische Maßnahmen einen Nutzen für den Patienten zu stiften.

Wir wollen gemeinsam überlegen, was es konkret bedeutet, wenn wir den Patienten auf die offene Seite verlegen würden. Im Mittelpunkt steht zunächst die Fürsorge. Wie sieht der Arzt das?

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Aus der Perspektive der Fürsorge kann man sagen, dass der Patient körperlich fit ist, kognitiv aber stark verändert. Als Läufer hätte er zusätzlich die Möglichkeit, den Garten und das Haus zu nutzen.

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Ich gebe aber zu bedenken, dass dem Patienten draußen im Haus etwas passieren könnte, er könnte stürzen. Unser Krankenhaus ist recht weitläufig und so schnell bekommen wir das in der Pflege dann nicht mit.

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Natürlich läuft er viel, aber seine Bewegungen sind koordiniert und sein Gang sicher. Das Assessment *Sturzrisiko* wurde durchgeführt. Herr Freund ist nicht sturzgefährdet. Aber wenn er müde ist, sieht das sicherlich etwas anders aus. Nur abends ist er ja sowieso wieder auf der Station.

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Ich gebe nur zu bedenken, dass, wenn wir mehrere Patient*innen haben, die körperlich so fit sind, wir aus der Pflege nicht bei allen so schnell

hinterherlaufen können. Personell ist das nicht zu realisieren.

Ich möchte dabei noch etwas anderes zu bedenken geben. Durch das Laufen ist Herr Freund kaum in der Lage, das Mittagessen in Ruhe einzunehmen. Würde er jetzt in den offenen Bereich verlegt werden, könnte es dort unruhiger werden. Versetz Dich in die Situation: Alle sitzen am Tisch und essen und er steht auf und läuft und muss immer wieder zurückgeführt werden. Wir tragen hier auch die Fürsorge für die anderen Patient*innen. Wir haben den Einzelnen, aber auch alle anderen im Blick.

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Das verstehe ich. Manchmal kann das gerade für die Pflege sehr belastend sein. Dennoch gebe ich zu bedenken, dass durch das Laufen außerhalb der Station Herr Freund kognitiv noch einmal besser stimuliert werden könnte. Das Haus bietet viele Anreize: die Kapelle, die Cafeteria, die Flure und Gärten.

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Du darfst nur nicht vergessen, dass Herr Freund sich mittlerweile auch mit anderen Mitpatient*innen angefreundet hat, manchmal laufen sie zu zweit oder dritt. Durch die Verlegung würde man sie zumindest tagsüber trennen. Und das wäre schade für alle Beteiligten.

ANDREA, MODERATORIN:

Ich würde gerne an dieser Stelle unterbrechen. Es gibt zum Punkt Fürsorge viele Argumente, die dafür und dagegen sprechen.

Kommen wir zum nächsten Prinzip, der Vermeidung von Schaden für den Patienten. Wie sieht das der ärztliche Dienst?

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Durch die Verlegung könnte die Situation auf der geschützten Station entzerrt werden. Manchmal kann es mit vielen laufenden Patient*innen schon sehr unruhig sein, vor allem, wenn sie nur noch wenig Platz zur Verfügung haben. Und Herr Freund muss sich nicht auf den kleineren Bereich mit dem Laufen beschränken, was durchaus zu vermehrter Frustration führen kann .

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Das ist gerade das, was mir für den offenen Bereich Sorge bereiten würde: Durch das interaktionale Verhalten, eventuell auch Schreien oder auch Aggressionen des Herrn Freund kann es zu Unruhe im offenen Bereich kommen und die Mitpatient*innen fühlen sich irritiert. Und das wollen wir bei den Mitpatient*innen vermeiden.

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Wir haben wohl die Erfahrung gemacht, dass der Patient sehr gut auf Ansprache reagiert. Und aktuell haben wir zwei Personen im geschützten Bereich, die sehr viel laufen. Das könnte durch die Verlegung von Herrn Freund entzerrt werden.

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Aus der Erfahrung heraus wissen wir allerdings, dass die DESO-Technik (Desorientierten-Technik) nicht zuverlässig funktioniert. Erst unlängst sind zwei Patient*innen aus dem Haus gegangen und wir haben es nicht schnell genug bemerkt. Wir tragen die Verantwortung und so eine Situation belastet uns natürlich.

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Das ist eine wirklich schwierige Situation und die Technik muss sich weiterentwickeln. Ich glaube, wir sind da auf einem guten Weg. Wir werden die Firma, von der wir das System gekauft haben, noch mal einbestellen.

Und Deeskalation, also das verbale Deeskalieren, das adäquate Eingehen auf den Patienten spielt hier auch eine große Rolle und die Deeskalationsschulungen werden ja auch im Haus angeboten.

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Was man nicht vergessen darf, ist, dass wir durch das Hin- und Herschieben der Patient*innen in der Pflege viel weniger Zeit für unsere eigentlichen Aufgaben haben. Manchmal müssen wir an einem Tag vier Patient*innen umschieben und durch das Umschieben geht auch immer wieder Patienteneigentum verloren.

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Das verstehe ich und da beneide ich Euch auch

nicht darum. Das müsste anders organisiert werden. Diese organisatorischen Rahmenbedingungen müssen wir im Auge haben. Zudem die Betten auch sehr schwer zu verschieben sind und das auf Eure Gesundheit geht!

ANDREA, MODERATORIN:

Danke für die Argumente. Kommen wir zur Autonomie des Patienten. Das Prinzip der Autonomie respektiert die Freiheit und Unabhängigkeit eines jeden Patienten, seine eigenen Entscheidungen zu treffen. Egal, ob uns das nachvollziehbar oder auch logisch erscheint. Wie schätzen Sie, Herr Freund, den Wunsch nach Autonomie bei Ihrem Bruder ein?

BERND, BRUDER DES PATIENTEN:

Mein Bruder ist schon immer sehr autonom gewesen. Er gehört zu den 68ern und das hat er wirklich gelebt. Diese Autonomie, die Freiheit, sein eigener Wille, müssen unbedingt gefördert werden.

ANDREA, MODERATORIN:

Was gibt es aus der pflegerischen Berufsgruppe?

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Wir aus der Pflege setzen uns sehr stark für die Autonomie der Patient*innen ein. Alles, was sie eigenständig entscheiden können, sollen sie auch entscheiden. Wenn sie in den Garten möchten, können sie in den Garten und gemeinsam mit den Angehörigen nach draußen. Das ist uns auch wichtig.

ANDREA, MODERATORIN:

Wie lauten aktuell und/oder der früher geäußerte oder mutmaßliche Wille des Patienten in Bezug auf die diskutierte Fragestellung? Was würde sich Ihr Bruder wünschen?

BERND, BRUDER DES PATIENTEN:

Mein Bruder würde sich auf jeden Fall wünschen, sich mehr im Haus bewegen zu können.

ANDREA, MODERATORIN:

Was ist die Vision des ärztlichen Teams?

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Wir aus dem ärztlichen Team sehen das genauso. Autonomie ist ein zentrales Gut in unserer Gesellschaft und sollte auch den Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht vorenthalten werden. Und die neue Technik kann uns darin sehr gut unterstützen.

ANDREA, MODERATORIN:

Kommen wir zur Gerechtigkeit. Gerechtigkeit bedeutet einerseits, dass wir alle Patient*innen unabhängig ihrer ethnischen Herkunft, ihres Geschlechtes, ihres Alters, ihrer sexuellen Orientierung, ihrer Religion versorgen. Aber Gerechtigkeit zielt auch auf die faire Gestaltung der sozioökonomischen Faktoren in der Krankenversorgung ab. Was ist in dem Kontext wichtig: Andere Patienten der Station, die Angehörigen, das soziale Umfeld (z.B. Nachbarn, Mitbewohner oder Arbeitskollegen)?

Anna bitte!

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Das ist ein schwieriges Thema im Moment. Viele der Patient*innen nutzen die Teilöffnung nicht. Oder sie können es oder wollen es auch nicht.

ANDREA, MODERATORIN:

Was bedeutet das konkret?

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Im geöffneten Bereich sind auch Patient*innen, die als Pflegefall nur im Bett liegen oder nur im Rollstuhl sitzen; sie können den Ausgang im offenen Bereich nicht nutzen. Mit einem Rollstuhl schaffe ich es nicht alleine zwei Türen zu öffnen und nach draußen zu fahren. Wir haben das Gefühl, dass die Teilöffnung auf Kosten der Patient*innen durchgeführt wird, die im geschützten Bereich aufgenommen sind. Deren Bewegungsradius hat sich deutlich verkleinert. Die Strecke, die sie laufen können, ist jetzt viel kürzer. Und es ist auch kein Rundlauf mehr, sondern die Patient*innen müssen sich an der Tür umdrehen und wieder zurücklaufen.

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Das ist in der Tat noch ein Problem und da müssen

wir besser miteinander zusammenarbeiten. Lass uns das noch einmal separat besprechen.

Was mir aber auch wichtig ist, ist, dass die Angehörigen lernen, dass jeder Patient die Möglichkeit hat, im offenen Bereich untergebracht zu werden. Das wirkt sich auch positiv auf das Bild der Psychiatrie aus.

BERND, BRUDER DES PATIENTEN:

Für mich ist das ganz eindeutig. Es gibt die Möglichkeit der geöffneten Station, mein Bruder soll das auch erleben.

ANDREA, MODERATORIN:

Unsere Fragestellung heute bei dieser ethischen Fallbesprechung lautet:

Welche Argumente sprechen dafür und welche dagegen, Herrn Gerhard Freund, der kognitiv sehr stark beeinträchtigt ist, einen ausgeprägten Bewegungsdrang und eine erschwerte Nahrungszufuhr hat, von der geschützten Seite der Station auf die offene zu verlegen?

Haben wir Fakten übersehen, ist etwas unbekannt?

ALLE:

Alle stimmen dem zu, dass keine weiteren Fakten übersehen wurden.

Es stellt sich die Frage, welches Prinzip eine herausragende Relevanz hat. Wie sieht das die Pflege?

ANNA, PFLEGEFACHPERSON:

Von unserer Seite ist es definitiv Schaden abzuwenden, sowohl für den Patienten selbst als auch für die Mitpatient*innen und damit Fürsorge zu tragen.

GARY, ÄRZTLICHER DIENST:

Für uns aus dem ärztlichen Dienst ist es, Fürsorge für den Patienten und ihn in seiner Autonomie zu unterstützen.

ANDREA, MODERATORIN:

Herr Freund, möchten Sie noch etwas zum Abschluss sagen?

BERND, BRUDER DES PATIENTEN:

Ich möchte mich zunächst einmal für das Gespräch bedanken. Mir war gar nicht bewusst, wie schwierig es auf einer Station sein kann, wenn man die Pflege nicht nur meinen Bruder im Blick haben muss, sondern auch alle anderen Patient*innen. Und ich bin froh, dass sie mir das Gefühl gegeben haben, als gleichwertiger Gesprächspartner an dieser Diskussion teilnehmen zu dürfen. Das Bild der Psychiatrie in unserer Gesellschaft ist ja schon noch anders – Patient*innen und Angehörige haben nichts zu sagen. Und da habe ich heute doch eine ganz andere Seite kennengelernt. Ich hoffe, Sie können für meinen Bruder eine gute Entscheidung fällen.

ANDREA, MODERATORIN:

Ich danke allen für dieses konstruktive Gespräch. Das Protokoll schicke ich allen noch mal zu und, Herr Freund, der Arzt wird sich mit Ihnen in Verbindung setzen.

Diskussion

In der Gerontopsychiatrie ist die ethische Fallbesprechung im interdisziplinären Team ein strukturiertes Gespräch, in dem schwierige Entscheidungen, z. B. zu Selbstbestimmung, freiheitsentziehenden Maßnahmen oder Lebensqualität älterer psychisch erkrankter Menschen, reflektiert werden können. Sie ermöglicht eine differenziertere Betrachtung der Selbstbestimmung älterer Menschen, auch bei eingeschränkter Entscheidungsfähigkeit, wodurch die Patientenautonomie gefördert wird. Durch die Einbindung verschiedener Berufsgruppen wird eine ganzheitliche Sichtweise auf komplexe ethische Fragestellungen erreicht. In diesem Moment werden, vor allem bei einer adäquaten Moderation (VOLLMANN 2021), allen Beteiligten die benötigte Zeit und der Raum zur Verfügung gestellt, um ihre Argumente entsprechend zu vertreten.

Durch diese Form der ethischen Reflexion kann auch die Versorgungsqualität des Betroffenen nachhaltig verbessert werden, indem sie zu patientenzentrierten Entscheidungen führt (GATHER & SCHOLTEN 2024). Diese patienten-

zentrierte Entscheidung fördert wiederum eine Annäherung an eine symmetrische Beziehung zwischen den Beteiligten, vor allem da die Akteur*innen versuchen, durch den Austausch der unterschiedlichen Informationen und das Abwägen der Argumente eine für den Betroffenen adäquate Entscheidung zu treffen.

Zwar wurde bei der hier vorgestellten ethischen Fallbesprechung darauf geachtet, dass alle involvierten Personen ihre jeweiligen Anliegen entsprechend vorbringen konnten. Dies täuscht jedoch nicht darüber hinweg, und damit verändert sich die symmetrische Beziehung zwischen allen Beteiligten, dass die Ergebnisse einer ethischen Fallbesprechung lediglich Empfehlungen und juristisch nicht bindend sind. Die bis dahin symmetrisch ausgeformten Beziehungen zwischen allen Beteiligten können sich spätestens ab diesem Zeitpunkt wieder verändern.

Bei der hier skizzierten Fallbesprechung konnte der Bruder seine Position und die seines Bruders nachvollziehbar darlegen. Es darf aber nicht unterschätzt werden, dass es gerade bei ethisch schwierigen Situationen für alle Beteiligten emotional herausfordernd sein kann. Die Moderation muss sich dieser Herausforderungen bewusst sein und adäquat reagieren (VOLLMANN 2021). Die Gespräche zwischen Pflegefachpersonen und Angehörigen stellen manche Pflegende vor besondere Herausforderungen. Pflegefachpersonen werden häufig im Alltag von Angehörigen zu den unterschiedlichsten Belangen angesprochen. Dabei kann es sowohl um Informationen zum Gesundheitszustand des Betroffenen, als auch um verloren gegangene persönliche Dinge oder um den Austausch alltäglicher Informationen gehen. Je nach Workload auf der Station und den zu erledigenden pflegerischen Aufgaben, können diese Gespräche unter Umständen aus der Perspektive der Angehörigen zu kurz ausfallen, was unter Umständen zu moralischem Stress bei den Pflegenden führen kann (GATHER & SCHOLTEN 2020). In einer ethischen Fallbesprechung außerhalb des stationären Settings kann dieser moralische Stress aufgelöst und wichtige Informationen noch einmal in Ruhe und auf Augenhöhe vermittelt werden (GATHER & SCHOLTEN 2020).

Durch die Teilöffnung der Station Jakobus sollte unter anderem die Autonomie der Patient*innen gesteigert werden. Dies wird als weiterer Schritt in den Bemühungen der Psychiatrie gesehen, nicht nur ihrem Versorgungsauftrag gerecht zu werden und die Patient*innen fürsorglich zu behandeln, sondern auch ihre Autonomie und Subjektstellung aktiv zu respektieren (HEM & PETERSEN 2011). Es wurde deutlich, wie notwendig Reflexionsvermögen, kommunikative Kompetenz und institutionelle Rahmenbedingungen – in dem Fall das Öffnen einer bisher geschützten Station und das Ermöglichen einer ethischen Fallbesprechung – sind, die die Mitbestimmung der Patient*innen nicht nur zulassen, sondern aktiv fördern. Auf der anderen Seite wurde aber auch deutlich, welche unterschiedlichen Faktoren berücksichtigt werden müssen, damit dieser Prozess tatsächlich auch für alle Beteiligten zufriedenstellend in die Praxis umgesetzt werden kann. Dies soll an anderer Stelle ausführlich diskutiert werden.

Die Studie wurde aufgrund der kompletten Schließung der Station im Februar 2025 beendet.

Literatur

- BEAUCHAMP, TOM LAMAR & CHILDRESS, JAMES F. 2001. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
- BERGOLD, JARG & THOMAS, STEFAN 2017. Partizipative Forschung in der Psychologie. In MEY, GÜNTER; MRUCK, KATJA (eds) *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer: 1–21.
- BÜKER, CHRISTA & LADEMANN, JULIA 2020. *Beziehungsgestaltung in der Pflege: Grundlagen – Modelle – Praxisbezüge*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- CIBIS, MARA-LENA; WACKERHAGEN, CAROLIN; MÜLLER, SABINE; LANG, UNDINE E.; SCHMIDT, YVONNE; & HEINZ, ANDREAS 2017. Vergleichende Betrachtung von Aggressivität, Zwangsmedikation und Entweichungsraten zwischen offener und geschlossener Türpolitik auf einer Akutstation. *Psychiatrische Praxis* 44, 3: 141–147.
- ETHIKKOMITEE 2019. *Leitfaden ethische Fallbesprechung*. [Intranet: 14.04.2025].
- 2019a. *Protokollvorlage ethische Fallbesprechung*. [Intranet: 14.04.2025].
- 2025. *Ethische Fallbesprechungen*. [Intranet: 14.04.2025].
- DEUTSCHER ETHIKRAT 2012. Demenz und Selbstbestimmung. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-demenz-und-selbstbestimmung.pdf> [10.04.2025].
- DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (ed) *Expertenstandard: Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz*. Osnabrück: DQNP.
- GATHER, JAKOV & SCHOLTEN, MATTHÉ 2024. Theoretische Grundlagen der klinischen Ethikberatung in der Psychiatrie. *Der Nervenarzt* 95, 11: 1026–1032.
- HAMMERSLEY, MARTYN & ATKINSON, PAUL 2019. *Ethnography: Principles in Practice*. London: Routledge.
- HEM, MARIT HELENE, & PETERSEN, TOVE 2011. Mature Care and Nursing in Psychiatry: Notions Regarding Reciprocity in Asymmetric Professional Relationships. *Health Care Analysis* 19, 1: 65–76.
- HOLTHOFF-DETTO, VJERA; NIENABER, ANDRÉ; BÖTEL, NORA & RAPP, MICHAEL 2021. Komplexbehandlung bei schweren psychischen Erkrankungen im Alter – eine Positionsbestimmung. *Der Nervenarzt* 92, 9: 948–954.
- JUNGFER, HERMANN-ALEXANDER; SCHNEEBERGER, ANDRES R.; BORGWARDT, STEFAN; WALTER, MARC; VOGEL, MARC; GAIRING, STEFANIE K.; LANG, UNDINE E. & HUBER, CHRISTIAN G. 2014. Reduction of seclusion on a hospital-wide level: Successful implementation of a less restrictive policy. *Journal of Psychiatric Research* 54: 94–99.
- KALAGI, JANICE; OTTE, INA; VOLLMANN, JOCHEN; JUCKEL, GEORG & GATHER, JAKOV 2018. Requirements for the implementation of open door policies in acute psychiatry from a mental health professionals' and patients' view: a qualitative interview study. *BMC Psychiatry* 18, 1: 304.
- KIRCH, JULIA & KÖNIG, KLAUS 2022. *Architektur als Ausdruck des therapeutischen Konzeptes*. In HOFRICHTER, LINUS; KÖHNE, MARTIN; KUCKERT-WÖSTHEINRICH, ANDREA & KIRCH, JULIA (eds) *Soul in Space. Psychiatrie trifft Architektur*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: 15–56.
- KOWALINSKI, EVA; HOCHSTRASSER, LISA; SCHNEEBERGER, ANDRES R.; BORGWARDT, STEFAN; LANG, UNDINE E. & HUBER, CHRISTIAN G. 2019. Sechs Jahre „offene Türen“ an den Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel. *Der Nervenarzt* 90, 7: 705–708.
- KUNØE, NIKOLAJ; NUSSLE, HANS MARTIN & RUSTAD INDREGARD; ANNE-MARTE 2022. Protocol for the Lovisenberg Open Acute Door Study (LOADS): A pragmatic randomised controlled trial to compare safety and coercion between open-door policy and usual-care services in acute psychiatric inpatients. *BMJ Open* 12, 2: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058501> [4.1.2025].
- PERRY, JULIA; SCHICKTANZ, SILKE; HERTEN, BENJAMIN & GISSENDANNER, SCOTT STOCK 2021. *Ethische und soziale Aspekte der Demenzforschung und -versorgung*. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen.

- PETTERSEN, TOVE 2011. *The Ethics of Care: Normative Structures and Empirical Implications*. *Health Care Analysis* 19: 51–64.
- PÖSCHEL, KLAUS; SPANNHORST, STEFAN; LAUTENSCHLÄGER, MANUELA & HÖHMANN, ULRIKE 2018. Komplexe Einweisungsgründe für Menschen mit Demenz in eine Gerontopsychiatrie – Ergebnisse einer explorativen Dokumentenanalyse in den Jahren 2015 – 2016. *Pflege & Gesellschaft* 23, 2: 144–159.
- QUALITÄTSMANAGEMENT ALEXIUS/JOSEF-KRANKENHAUS 2023. *Ablaufbeschreibung ethische Fallbesprechung*. AB – 2.10.10. [Intranet: 14.04.2025].
- RIEDEL, ANNETTE & ECKSTEIN, CLAUDIA 2025. Im geschützten Raum: Ethikbildung am dritten Lernort. *Pflegezeitschrift* 4: 42–45.
- SCHREIBER, LISA K.; METZGER, FLORIAN G.; FLAMMER, ERICH; RINKE, HEIKE; FALLGATTER, ANDREAS J. & STEINERT, TILMAN 2022. Open Doors by Fair Means: A quasi-experimental controlled study on the effects of an open-door policy on acute psychiatric wards. *BMC Health Services Research* 22, 1: 941.
- SOLLBERGER, DANIEL & LANG, ULRICH E. 2014. Psychiatrie mit offenen Türen. *Der Nervenarzt* 85: 312–318.
- STEINKAMP, NORBERT & GORDIJN, BERT 2003. Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods. *Medicine Health Care and Philosophy* 6: 235–246.
- STEINERT, TILMAN & HIRSCH, SOPHIE 2018. Definitionen und Erläuterung wichtiger Fachbegriffe. In DGPPN (ed) *S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen*. Berlin & Heidelberg: Springer: 3–8.
- VOLLMANN, JOCHEN 2021. Methoden der ethischen Falldiskussion. In BILLER-ANDORNO, NIKOLA; MONTEVERDE, SETTIMIO; KRONES, TANJA & EICHINGER, TOBIAS (eds) *Medizinethik. Grundlagentexte zur Angewandten Ethik*. Wiesbaden: Springer: 329–346.

Gary-Neil Brault ist seit 2022 Arzt in Weiterbildung zum FA für Psychiatrie/Psychotherapie im Alexius/Josef Krankenhaus, aktuell ist er auf der allgemeinspsychiatrischen, geschützten Akutstation Samuel tätig. Vorher hat er als Internist in einer interdisziplinären Notaufnahme im Sana Klinikum Duisburg gearbeitet.

Alexius/Josef Krankenhaus
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: GN.Brault@ak-neuss.de

Andrea Kuckert, Dr., arbeitet als pflegerische Leiterin des Departments Forschung und Entwicklung im Alexius/Josef Krankenhaus in Neuss, einem psychiatrischen Akutkrankenhaus. Auch geprägt durch das Studium der kulturellen Anthropologie (M.A.), der Pflegewissenschaften (M.A.) und zahlreiche Auslandsaufenthalte liegen ihre Interessen auf den Gebieten des Diversity Managements, der Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen, genderrelatierten Themen und der Pflegeentwicklung. Durch ihre Arbeit als Gesundheits- und Krankenpflegende auf einer geschützten gerontopsychiatrischen Station bleibt sie ihrem Fach verbunden und kann pflegerische Fragestellungen direkt aus der Praxis aufgreifen und gemeinsam mit den Kolleg*innen im partizipativen Ansatz bearbeiten.

Alexius/Josef Krankenhaus
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: a.kuckert@ak-neuss.de

Anna Szurek, Altenpflegerin, Pain Nurse, arbeitet auf der akuten gerontopsychiatrischen Station im Alexius/Josef Krankenhaus Neuss.

Alexius/Josef Krankenhaus
Gerontopsychiatrie
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: a.szurek@gmail.com

Bernard Tewes, 23-jährige Tätigkeit in einem somatischen Krankenhaus (St. Martinus-KH in Düsseldorf), überwiegend als Stationsleitung auf einer geriatrischen Station. 2017 als Bereichsleitung in die Gerontopsychiatrie, ins Alexius/Josef Krankenhaus nach Neuss gewechselt. Bernard Tewes setzt sich dafür ein, Strukturen auszubauen / zu erhalten / zu schaffen, die es Mitarbeiter*innen ermöglichen, in einem professionellen Umfeld zu arbeiten.

Alexius/Josef Krankenhaus
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: B.Tewes@ak-neuss.de

Deeskalation im psychiatrischen Klinikalltag

Wie viel Symmetrie ist in der Beziehung zwischen Pflegenden und Patient*innen machbar?

THOMAS PLOETZ & ANDREAS HETHKE

Vorbemerkung (ANDREA KUCKERT)

In dem folgenden Beitrag stellen die beiden Autoren eine spezifische Deeskalationstechnik im psychiatrischen Klinikalltag vor, mit der sie selbst seit zehn Jahren arbeiten. In Deutschland und weiteren europäischen Ländern sind in den psychiatrischen Krankenhäusern Deeskalationsstrategien ein zentraler Bestandteil des Umgangs mit aggressivem oder herausforderndem Verhalten, das bei den Patient*innen erlebt oder beobachtet wird. Bei Pflegenden, die in der Regel 24 Stunden für die Patient*innen zentrale Ansprechpartner sind, besteht in der Regel ein großes Interesse, Konflikte frühzeitig zu erkennen und zu entschärfen, um Zwangsmaßnahmen wie Fixierung oder medikamentöse Sedierung zu vermeiden. Dafür gibt es eine Vielzahl von Strategien, die sich allgemein in präventive, kommunikative, strukturelle und interventionelle Maßnahmen einteilen lassen:

Die präventiven Strategien zielen darauf ab, das Entstehen von Eskalationen zu verhindern. Dazu werden zum einen Pflegekräfte geschult, Frühwarnzeichen von Aggression, wie z. B. Körpersprache oder Stimmungsschwankungen zu erkennen (BURR & RICHTER 2017). Zum anderen wird versucht, über die Schaffung einer ruhigen, strukturierten Umgebung mit klaren Tagesabläufen das therapeutische Milieu so zu verändern, dass Spannungen vorgebeugt werden kann (STEINERT 2013).

Um bereits entstandene Spannungen zu reduzieren, gibt es im Rahmen der kommunikativen Strategien die Möglichkeit der verbalen und nonverbalen Kommunikation. Die deeskalierende Gesprächsführung beinhaltet Techniken wie aktives Zuhören, Ich-Botschaften, ruhiger Tonfall und Empathie (SCHEMMELE 2020). Zu solchen

Strategien gehören etwa die gewaltfreie Kommunikation (ROSENBERG 2016) sowie das professionelle Deeskalationsmanagement von ProDeMa®. Es wurde 2006 vom Diplom-Psychologen Ralf Wesulus mit dem Ziel gegründet, Mitarbeitenden des Gesundheits- und Sozialwesens professionelles Handeln im Umgang mit Aggression und Gewalt zu vermitteln (PRODEMA® 2025).

Die strukturellen Strategien umfassen organisatorische Maßnahmen und die Teamarbeit auf den jeweiligen Stationen. Als Standards und Leitlinien gelten z.B. interne Deeskalationspläne, Alarmierungssysteme und vor allem eine klare Rollenverteilung (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOSOMATIK UND NERVENHEILKUNDE 2018). Auch die Förderung von multidisziplinären Teams im Rahmen einer ganzheitlichen Betreuung kann deeskalierend wirken (HECKEMANN et al. 2019; STEINERT 2013). Trainingseinheiten zum Erlernen unterschiedlicher Techniken im Deeskalationsmanagement, die Supervision zur Reflexion des eigenen Verhaltens werden neben regelmäßigen Schulungen zu Deeskalationstechniken (BOWERS 2014) von Mitarbeitenden wahrgenommen.

Eingriffe während akuter Eskalationen gehören zu den interventionellen Strategien. So wird z.B. Patient*innen ein Rückzugsraum angeboten, bevor eine Situation eskaliert (STEINERT 2013; MCDONNELL 2010) beschreibt mit dem Low Arousal Approach, der auf sein Konzept aus Mitte der 90er Jahre zurückgeht, einen niedrigstimulierenden Umgang, der eine ruhige Körperhaltung, ausreichend Abstand und die Vermeidung von Provokation beinhaltet.

Zwangsmaßnahmen oder freiheitsentziehende Maßnahmen werden nur dann angewendet, wenn alle Deeskalationsstrategien scheitern,

und bedürfen immer einer ethischen Abwägung (STEINERT et al. 2022). Im folgenden Text wird exemplarisch von zwei Deeskalationstrainern des Alexius/Josef Krankenhauses das professionelle Deeskalationsmanagement (PRODEMA®-Konzept) vorgestellt, für dessen Implementierung sich die Einrichtung vor über zehn Jahren entschieden hat.

Deeskalation im psychiatrischen Klinikalltag (THOMAS PLOETZ & ANDREAS HETHKE)

Dem Leitbild des Instituts für professionelles Deeskalationsmanagement (PRODEMA®) entsprechend haben Patient*innen ein Recht auf geschultes Personal, das mit ihren unvermeidbaren Anspannungszuständen und auftretenden aggressiven Verhaltensweisen professionell umgehen kann. Darüber hinaus haben Mitarbeitende ein Recht auf einen sicheren Arbeitsplatz und auf Schulung im optimalen Umgang mit Gefahrensituationen (PRODEMA® 2012). ProDeMa® steht für „Professionelles Deeskalationsmanagement“ und beinhaltet ein umfassendes, praxisorientiertes, mehrfach evaluiertes und erfolgreiches innerbetriebliches Präventions- und Handlungskonzept. Die Sicherheit der Mitarbeitenden vor psychischen oder physischen Verletzungen durch An- oder Übergriffe durch Patient*innen und die Qualität in der Pflege bzw. Behandlung von Patient*innen mit aggressiven oder herausfordernden Verhaltensweisen sind die beiden wichtigsten Ziele des Konzeptes (PRODEMA® 2012). Die Betriebsleitung des Alexius/Josef Krankenhauses (in der Folge AJK abgekürzt) hat dies im Jahr 2015 zum Anlass genommen, ihr bestehendes Deeskalationskonzept nach den ProDeMa®-Leitlinien anzupassen, um die Mitarbeitenden weiter systematisch im Umgang mit herausforderndem bzw. aggressivem Verhalten zu stärken und zu entlasten.

Auf Initiative der Betriebsleitung des AJK wurden wir als zwei Mitarbeitende des Pflegedienstes in den folgenden zwei Jahren zu Deeskalationstrainern nach ProDeMa®-Inhalten geschult und zertifiziert und haben im Anschluss in beratender Funktion dieses Deeskalationsmanagement im AJK implementiert. Nach dem Leitbild von

ProDeMa® wurden die Ziele des Deeskalationsmanagements im AJK angepasst

Wesentliches Kennzeichen des Deeskalationsmanagements nach PRODEMA® ist das 7-Stufen-Konzept, welches im Folgenden näher beschrieben wird. Insbesondere möchten wir jedoch darin die verbale Deeskalationstechnik in Kombination mit dem Kommunikationsmodell nach SCHULZ VON THUN (Vier-Ohren-Modell) hervorheben. Die daraus hervorgehende Deeskalationstechnik bildet das „Herzstück“ der hier dargestellten Überlegungen. In zwei Praxisbeispielen verdeutlichen wir zum einen, wie eine symmetrische, also eine patient*innenorientierte Kommunikation geführt werden sollte, und zum anderen, wie eine asymmetrische, also eine an den Bedürfnissen der Patient*innen „vorbei“ orientierte Kommunikation aussieht.

Dieses Praxisbeispiel haben wir zusätzlich in einen Comic eingebettet, worin Wortlaute, Gestiken, Mimiken etc. abgebildet sind.

Im AJK ist der professionelle Umgang mit Gewalt, Aggressionen und herausforderndem Verhalten von großer Bedeutung. Für Aggressionen von Patient*innen gegenüber Mitarbeitenden gibt es vielfältige Gründe. Patient*innen befinden sich zum einen situations- und krankheitsbedingt in einem inneren Spannungsfeld (z. B. durch Ängste, Autonomieverluste, Selbstwertverluste, Trauer etc.), das zu einem erhöhten Aggressionspotential führen kann. Zum anderen können bei mangelnder Einsicht in notwendige Maßnahmen die Betroffene die Begleitung und Behandlung subjektiv als Gewalt wahrnehmen. Patient*innen erfahren aber auch ggf. Frustrationen durch institutionelle Bedingungen wie z.B. Stationsregeln, Stationsabläufe etc. (siehe dazu auch Deeskalationsstufe 1). Das Konfliktpotential erhöht sich zudem, wenn Patient*innen in ihrer persönlichen Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt sind. Nachfolgend erscheint es notwendig, „Deeskalation“ als Begriff zu definieren, um eine Sensibilität zu schaffen, wie Aggression, herausforderndes Verhalten und Gewalt miteinander im Kontext stehen.

Was bedeutet denn Deeskalation? Deeskalation ist eine Maßnahme, welche die Entstehung von Gewalt und Aggression erfolgreich verhindern

soll. Das Ziel jeder Deeskalationsmaßnahme ist es, aggressions- und gewaltbedingte psychische oder physische Beeinträchtigungen oder Verletzungen eines Menschen zu vermeiden, wann immer und wo immer das möglich ist. Deeskalation stellt somit auch eine dauerhafte Arbeitsgrundhaltung dar (PRODEMA® 2022). Aggressives und herausforderndes Verhalten (wie Verhalten allgemein) findet weder in einem „Vakuum“ statt, noch sind die Ursachen für herausforderndes Verhalten allein in der Person selbst zu finden. Meist ist Verhalten eingebettet in eine Situation, einen äußeren Rahmen, der möglicherweise Auslöser oder „Verstärker“ für herausforderndes Verhalten enthält.

Doch wie genau wirkt das Deeskalationskonzept nach ProDeMa® in der Praxis und wie wird es angewendet? Wir möchten an dieser Stelle auf das empfundene Erleben und die Gefühle eines Menschen eingehen, welcher gegen seinen Willen, also auf Grundlage eines richterlichen Beschlusses nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychiatrischen Krankheiten NRW (PsychKG NRW) bei bestehender Eigen- oder Fremdgefährdung, zur Aufnahme auf eine geschützte Station in unsere Klinik gebracht wird. Betroffene spüren den Verlust von Autonomie, sie werden eingesperrt und empfinden das als ungerecht und angsteinflößend. Sie fragen sich: „Was geschieht jetzt mit mir?“ Häufig fehlt den Betroffenen auch der Bezug zur eigenen Erkrankung. Verglichen mit Menschen, die an einer somatischen Erkrankung leiden und vielleicht ebenfalls nicht in einem Krankenhaus sein wollen, spüren sie jedoch die Symptome der Erkrankung, insbesondere Schmerzen. Es sind Signale, die ihnen verdeutlichen, dass es sinnvoll sein könnte, sich in eine medizinische Behandlung zu begeben.

Bei psychischen Erkrankungen, wie z.B. Psychosen oder wahnhaften Störungen, spüren die Betroffenen diese Signale häufig nicht. Halluzinatorisches Erleben oder eine wahnhafte Symptomatik werden als Realität wahrgenommen. Sie haben oft das Gefühl, beobachtet oder verfolgt zu werden, entwickeln Ängste, sind gegenüber ihren Mitmenschen zunehmend misstrauisch und angespannt. Aus dieser Perspektive ist nun besser nachvollziehbar, dass es bei einem sehr starken

Gefühl der empfundenen Bedrohung auch zu aggressiven Verhaltensweisen kommen kann. Das Motiv des aggressiven Verhaltens ist eine ausgeprägte innere Not. Diese innere Not zu erkennen, den Betroffenen darin zu begleiten und diese zu verringern oder im besten Fall aufzulösen, ist das zentrale Ziel der hier beschriebenen Deeskalationsstrategie.

Im Folgenden möchten wir die Wirkung von Deeskalation an einem Praxisbeispiel darstellen. Es handelt sich dabei um ein fiktives Geschehen, welches inhaltlich jedoch einen starken Realitätsbezug zu den Aufnahmesituationen unserer Patient*innen im Akutbereich (geschützte Stationen) hat.

Das Praxisbeispiel

Ein männlicher Patient ist per eingeleitetem Unterbringungsbeschluss nach dem PsychKG NRW auf einer allgemeinpsychiatrischen geschützten Station aufgenommen worden. Der Hintergrund: Der Patient war stark angespannt und verbal aggressiv in einem Supermarkt und hat dort eine Verkäuferin bedroht, da er der festen Überzeugung war, dass in dem Supermarkt vergiftete Lebensmittel verkauft werden. Die Polizei wurde hinzugerufen. Im Kontakt mit den Polizeibeamten war der Patient weiterhin stark angespannt und durch verbale Ansprache kaum zugänglich.

Im folgenden Kapitel laden wir Sie ein, den Betroffenen aus unserem Praxisbeispiel im Kontext der jeweiligen Stufe des Deeskalationsmodells zu betrachten.

Das Kreismodell der Deeskalation nach ProDeMa®

Wir werden zunächst die Inhalte der Deeskalationsstufen 1 bis 4 näher darstellen. Im Anschluss an unser Praxisbeispiel werden wir auf die Deeskalationsstufen 5 bis 7 eingehen (siehe Abbildung 1)

Das Kreismodell der Deeskalationsstufen



Abb. 1: Deeskalationsmodell nach ProDeMa® (Grafik: ProDeMa®. Alle Rechte vorbehalten).

Deeskalationsstufe 1: Verhinderung (Verminderung) der Entstehung von Gewalt und Aggression

Die erste Deeskalationsstufe setzt sich mit Rahmenbedingungen auseinander, welche in einer Institution bei der Entstehung von Gewalt und aggressiven Verhaltensweisen einen starken Einfluss haben (PRODEMA® 2022: 41). Reflektiert werden dabei aggressionsauslösende Reize wie z.B. Stationsregeln, Hausordnungen, Festschreibungen, Arbeitsprozesse, die Konsequenzen von Wartezeiten und die Kontakte zwischen Mitarbeitenden und Klienten*innen (PRODEMA® 2022: 41). Die genannten Strukturen können in einer Einrichtung von Patient*innen als nicht sinnvoll oder zielführend wahrgenommen werden oder es fehlt die Akzeptanz. So werden sie subjektiv als gewalttätig erlebt (PRODEMA® 2022: 41), wodurch ein Konflikt zwischen den Bedürfnissen der Patient*innen und den Klinikabläufen, die oft

mit einem hohen Maß an Fremdbestimmung einhergehen, entstehen kann (PRODEMA® 2022: 41).

Deeskalationsstufe 2: Veränderung der Sichtweisen und Interpretationen aggressiver Verhaltensweisen

Am Anfang des Prozesses, eine Veränderung in der Sichtweise gegenüber aggressiven Verhaltensweisen zu etablieren, erfolgt eine Reflexion in Bezug auf die Wahrnehmung. Diese erfolgt beim Menschen über seine fünf Sinne: das Sehen, Hören, Riechen, Schmecken und Tasten (PRODEMA® 2022: 44). Aus der Wahrnehmung erfolgt eine Interpretation, aus dieser entsteht ein Fühlen und daraus bildet sich eine Handlung. Daraus resultiert, dass die Interpretation und die Bewertung für die nachfolgende Handlung von stärkerer Bedeutung ist, als die Wahrnehmung selbst (PRODEMA® 2022: 44). Wahrnehmung, Interpretation

und Bewertung bilden sich individuell, sind abhängig von der jeweiligen Situation und den vorhandenen Emotionen, was dazu führt, dass der persönliche Prozess von Wahrnehmung und Bewertung entscheidend dazu beiträgt, welche Reaktion Mitarbeitende im Umgang mit aggressiven und herausfordernden Verhaltensweisen zeigen, wobei diese sich auf angespannte Patient*innen eskalierend oder deeskalierend auswirken kann (PRODEMA® 2022: 44).

Das Vier-Ohren-Kommunikationsmodell von SCHULZ VON THUN (1981) bietet die Möglichkeit, die Art der eigenen Wahrnehmung zu reflektieren. Das Modell beschreibt vier verschiedene Sender- und Empfängerebenen, bzw. vier „Ohren“, mit denen eine Nachricht gehört wird (PRODEMA® 2022: 44). Im Folgenden werden die vier Ebenen („Ohren“) mit deren Bedeutung geschildert (PRODEMA® 2022: 45):

Sachinhaltsohr: Nimmt den reinen Sachinhalt einer Nachricht wahr, ohne dass Gefühle oder Bedürfnisse berücksichtigt werden.

Appellohr: Hört Wünsche, Anliegen und Forderungen in einer Nachricht (was wird von mir gewollt? Was soll ich für meinen Gesprächspartner tun?). Es geht dabei entweder darum, etwas zu erfüllen oder abzulehnen, häufig um eine rasche Lösungsfindung.

Beziehungsohr: Nimmt wahr, auf welche Art und Weise mit mir gesprochen wird (wie redet man mit mir?). Es wird auch gehört, was das Gegenüber von mir hält oder wie dieser zu mir steht und ob der Umgang respektvoll, angemessen oder unangemessen, kränkend ist.

Selbstoffenbarungsohr: Nimmt die Stimmung, Emotionen und das Gefühlsleben wahr, die sich hinter dem Inhalt einer Nachricht verbergen können, und versucht so, die Person in ihrer aktuellen Befindlichkeit wahrzunehmen.

Bestenfalls sind die vier beschriebenen Ohren bei uns Pflegenden gleich stark ausgeprägt und wir könnten je nach Situation die Entscheidung treffen, mit welchem Ohr es nun sinnvoll wäre, eine Nachricht zu hören. Durch unsere individuelle Entwicklung entsteht jedoch meist eine unterschiedliche Prägung in Bezug auf die Empfangs- und Hörfähigkeiten, wobei eine Ausprägung, auf dem Appell- und Beziehungsohr zu hören, nicht

selten ein Konfliktpotential birgt (vgl. PRODEMA® 2022: 46).

Im Deeskalationsseminar nach ProDeMa® in unserem Hause werden Mitarbeitende motiviert, persönliche Bewertungsprozesse mit dem Selbstoffenbarungsohr zu entwickeln. Dadurch kann die eigentliche Befindlichkeit gehört werden, die sich hinter dem angespannten Verhalten des Senders (betroffener Patient*in) verbirgt. Die aktuelle Stimmung und Gefühlslage wird wahrgenommen und die angespannten Verhaltensweisen werden als Ausdruck einer inneren Not, wie Angst, Überforderung oder Schmerz interpretiert (PRODEMA® 2022: 46). Durch die Sensibilisierung des Selbstoffenbarungsohres können Mitarbeitende die emotionalen Zustände der betroffenen Personen begleiten und darauf eingehen, nach Ursachen suchen und dann gemeinsam an Lösungen arbeiten (PRODEMA® 2022: 46). Konkret wird darauf im weiteren Verlauf in der Deeskalationsstufe 4, den kommunikativen Deeskalationstechniken eingegangen.

Deeskalationsstufe 3: Vertieftes Verständnis der Ursachen und Beweggründe abwehrender, herausfordernder, aggressiver und befremdlicher Verhaltensweisen von Patient*innen

Die Stufe 3 hat die Ursachen für aggressionsauslösende Faktoren zum Gegenstand, die von den Patient*innen selbst ausgehen können. Psychiatrische und auch neurologische Erkrankungen, Beeinträchtigungen in der Wahrnehmung und Kommunikationsfähigkeit sowie Medikamente können einen wesentlichen Einfluss auf das emotionale Erleben und die Gefühle nehmen (PRODEMA® 2022: 50) Dies allein ist jedoch nicht die Ursache für aggressive Verhaltensweisen, letztlich ist es eine ausgeprägte innere Not, die nur schwer zu ertragende Gefühle auslöst, woraus sich ein hoher Anspannungszustand entwickelt, der dann zu aggressiven Verhaltensweisen führt, da den Betroffenen in dieser Situation keine alternativen Verhaltensweisen zur Verfügung stehen (PRODEMA® 2022: 51). Aggressive Verhaltensweisen sind somit Verhaltensreaktionen auf hohe Anspannungszustände, welche durch das

Gefühlsleben der Patient*innen ausgelöst werden (PRODEMA® 2022: 51). Nachfolgend werden einige dieser Gefühlszustände beschrieben: Ärger, Empörung Wut, und Zorn.

Dies sind sogenannte Folge- bzw. Sekundäremotionen, die Ausdruck tiefer liegender Leit- bzw. Primäremotionen sind. Zu diesen gehört z.B. Angst, Trauer, Verzweiflung, Hilflosigkeit, Scham oder Kränkung (PRODEMA® 2022: 51). Viele Menschen verfügen über unzureichende Bewältigungsstrategien für die Gefühle Ärger, Wut, Zorn und Empörung und mitunter sind aggressive Verhaltensweisen die einzig erlernte Option, diese Gefühle auszudrücken (PRODEMA® 2022: 51). Ein Abbau der Spannung durch brachiale Aggression gegen Sachgegenstände wie z.B. boxen gegen einen Sandsack oder ein Kissen wird zwar häufig als befreiend erlebt, erhöht jedoch die Wahrscheinlichkeit, dass auch künftig von Betroffenen eine Kompensation über die brachiale Aggression angewendet wird (PRODEMA® 2022: 53). Daher ist es wichtig mit Betroffenen in anspruchsfreien Phasen Bewältigungsmöglichkeiten zu erarbeiten, um eine Reduktion von aggressiven Verhaltensweisen zu bewirken. Dazu gehört z.B. das Üben von Entspannungstechniken, Atemübungen, sportliche Aktivitäten und das Erstellen eines „Notfallplans“ mit den Patient*innen, in dem festgelegt wird, was in einer akuten Situation hilft, wer am besten auf sie einwirken kann, was auf keinen Fall passieren soll usw. (PRODEMA® 2022: 53–54).

Angst ist eine der Hauptursachen für aggressive Verhaltensweisen, da es sich um ein Gefühl handelt, welches einen Menschen existenziell am stärksten belastet (PRODEMA® 2022: 54). Eine häufige Reaktion auf angstauslösende Reize ist die Flucht. Doch gibt es für einen Menschen die Möglichkeit der Flucht nicht, wird die Situation für ihn immer bedrohlicher und es werden alle zur Verfügung stehenden Mittel aktiviert, um sich gegen den angstauslösenden Reiz zu wehren, wodurch abwehrendes Verhalten entsteht, um sich zu schützen (PRODEMA® 2022: 54). Das Ziel ist, Patient*innen die Ängste, die mit Maßnahmen der Behandlung einhergehen (wie z.B. Pflegemaßnahmen, Therapieinhalte, Entscheidungen) zu nehmen, bzw. sie zu reduzieren. Eine besondere

Herausforderung liegt im Umgang mit Ängsten, die im Zusammenhang mit halluzinatorischem oder wahnhaftem Erleben einhergehen, wie z.B. das Hören von Stimmen oder Ängsten, verfolgt oder vergiftet zu werden. Hier ist es hilfreich, den Betroffenen das Gefühl von Sicherheit zu vermitteln und einen reiz- und angstarmen Kontakt zu gestalten (PRODEMA® 2022: 55). Ausführlich wird darauf im folgenden Kapitel eingegangen.

Deeskalationsstufe 4: Kommunikative Deeskalationstechniken im direkten Umgang mit hoch angespannten Patient*innen

Das zentrale Ziel der verbalen Deeskalation ist es, Eskalationen zu vermeiden, die ansonsten zu Übergriffen und damit verbundenen Verletzungen führen können (PRODEMA® 2022: 65). Eine Deeskalation gilt dann als erfolgreich, wenn die Anspannung oder Erregung der Patient*innen abgebaut werden kann und Lösungen für ihre innere Not gefunden werden (PRODEMA® 2022: 65).

Über eine gute Beobachtung im stationären Setting können Frühwarnsymptome wahrgenommen werden, die auf eine mögliche Anspannung oder Erregung hindeuten und eine Indikation zur verbalen Deeskalation sind. Denn je früher eine verbale Deeskalation beginnt, desto wirksamer kann diese sein; Frühwarnsymptome können zum Beispiel eine psychomotorische Erregung, gesteigerte Aktivität, eine erhöhte Körperspannung, verzerrte Gesichtszüge, verkrampfte Hände, Schwitzen, ein starrer oder abwesender Blick oder eine gesteigerte Lautstärke sein (PRODEMA® 2022: 66)

Ein wichtiges Kriterium zu Beginn einer verbalen Deeskalation liegt darin, an die eigene Sicherheit zu denken, denn in Kontakt mit angespannten, erregten Patient*innen zu treten, bedeutet auch immer, sich in eine Gefahrensituation zu begeben (PRODEMA® 2022: 66). Darum ist es für die Mitarbeitenden von großer Bedeutung, die folgenden Sicherheitsaspekte zu beachten.

- Kolleg*innen informieren, bevor man in Kontakt mit einer oder einem angespannten Patient*in geht.

- Bei starker Anspannung nicht alleine in den Kontakt gehen. Mehrere Mitarbeitende sollten in unmittelbarer Nähe sein, um im Notfall zu helfen.
- Sensibilisierung für einen offenen Fluchtweg. Mitarbeitende in einer verbalen Deeskalation sollten sich zu Beginn die Frage stellen, wie sie bei einem möglichen Übergriff aus der Situation herauskommen. Es ist wichtig, sich nicht in eine Ecke drängen zu lassen und eine Fluchtmöglichkeit im Rücken zu haben, wie z.B. eine Tür oder einen Flur.
- Wenn sich potenziell gefährliche Gegenstände wie z.B. Flaschen, Gabeln, Messer, Scheren etc. im Umfeld befinden, sollten diese während der Deeskalation möglichst unauffällig entfernt werden.
- Mitarbeitende sollten keine Gegenstände am Körper tragen, die zu einem erhöhten Verletzungsrisiko beitragen. Dazu gehören Schmuck wie z.B. Ohringe, Halsketten, Armbanduhren, aber auch ein Halstuch oder Stifte.
- Bei der verbalen Deeskalation sollte der Abstand zwischen den Patient*innen und den Gesprächsführenden Mitarbeitenden ungefähr zwei Meter betragen. Die Arme der Mitarbeitenden sollten sich dabei vor dem Körper befinden, um sich im Falle eines plötzlichen Übergriffes mit den Händen schützen zu können (PRODEMA® 2022: 66).

Der Kontakt zu angespannten Patient*innen erfolgt möglichst nicht mit mehreren Kolleg*innen gleichzeitig. Die verbale Deeskalation sollte immer nur von einer Person durchgeführt werden, da durch mehrere Personen der oder die Betroffene verunsichert werden, sich bedrängt oder bedroht fühlen kann, was die Anspannung unter Umständen verstärkt. Die Mitarbeitenden begeben sich in den Hintergrund, sind für den Fall einer Eskalation da, um der deeskalierenden Person zur Hilfe zu kommen (PRODEMA® 2022: 67).

Die verbale Deeskalation kann in vier Phasen eingeteilt werden: Kontaktphase, Beziehungsphase, Konkretisierungsphase, Lösungsphase (PRODEMA® 2022: 71).

Kontaktphase

Menschen, die sich in einem Erregungszustand befinden, sind häufig stark mit sich selbst beschäftigt, sodass die Kontaktaufnahme bereits eine große Herausforderung sein kann. Dies muss jedoch gelingen, da ohne Kontakt der Übergang in die nächste Phase nicht möglich ist (PRODEMA® 2022: 71).

In der Praxis haben sich mehrere Techniken bewährt:

- Die Betroffenen mit ihrem Namen anzusprechen, ggf. mehrfach. Häufig kommt es dann zu einem Blickkontakt.
- Das Ruf-Wort „Hallo“ kann eine zusätzliche Aufmerksamkeit bewirken, insbesondere in der Kombination mit dem Namen. Wichtig dabei ist, dass die Stimme und Satzmelodie der/des Mitarbeitenden klar und fest, jedoch nicht streng oder zurechtweisend sind.
- Ist die Wahrnehmung der Patient*innen beeinträchtigt, kann man sich unter Einhaltung des Sicherheitsabstandes in das Gesichtsfeld bringen oder eine Hand in das Blickfeld führen oder in die Hände klatschen.
- Bei motorischer Unruhe der Patient*innen bewegt sich der/die Mitarbeitende im Sicherheitsabstand mit, bleibt dabei jedoch mit seinem Niveau der Aktivität unter dem der angespannten Patient*innen (PRODEMA® 2022: 71–72).

Wichtig in der Kontaktphase ist es, die Patient*innen nicht zurechtzuweisen, zu belehren oder Drohungen auszusprechen. Ziel ist es, durch Zuwendung die Aufmerksamkeit zu bekommen, denn der Kontakt kann zu einer Unterbrechung des inneren Eskalationsablaufs führen und einen Beziehungsaufbau ermöglichen (PRODEMA® 2022: 72).

Beziehungsphase

Nach gelungener Kontaktaufnahme signalisieren die Pflegenden den Patient*innen, dass ihre innere Not gesehen wird, man für sie da ist, sie begleiten und unterstützen möchte (PRODEMA®

2022: 72–73). Dabei werden wertfreie Widerspiegelungen, wie z.B. „Sie sind sehr erregt“ oder „Sie sind ziemlich aufgebracht“, eingesetzt, da diese bewirken können, sich in der eigenen Gefühlswelt gesehen zu fühlen. Außerdem vermeiden diese Sätze Missverständnisse und laden ein, mehr zu erzählen.

Dagegen können wertende Widerspiegelungen wie z.B.: „Sie sind gerade aggressiv (unverschämt/ frech)“ die Situation weiter eskalieren lassen, da diese Art der Wertung von den Betroffenen unter Umständen als beleidigend oder kränkend wahrgenommen wird (PRODEMA® 2022: 73). Durch wertfreie Widerspiegelung kann eine Selbstklärung gefördert werden. Durch Widerspiegelung von ausgesprochenen Sachinhalten, Schlüsselwörtern, Wünschen oder Appellen kann Gesagtes gedanklich überprüft und ggf. korrigiert werden (PRODEMA® 2022: 73). In dieser Phase der Kommunikation ist es wichtig, den Patient*innen Zeit zum Antworten zu geben, auch eine Zeit des Schweigens auszuhalten, da dies ein Ordnen der eigenen Gedanken und ein Wahrnehmen von Gefühlen bewirken kann (PRODEMA® 2022: 73). Da Widerspiegelungen den Energiezustand des gesagten oder des gezeigten Verhaltens abbilden, sollten diese eher dramatisierend als verharmlosend formuliert werden. Sind Patient*innen sehr wütend und erhalten die Widerspiegelung: „Sie wirken gerade ein bisschen aufgeregt“, spiegelt diese das Verhalten nicht authentisch und kann dazu führen, dass die Betroffenen ihre Wut stärker demonstrieren. Die Widerspiegelung: „Sie wirken gerade schrecklich wütend“ trifft den aktuellen Zustand besser und die Patient*innen fühlen sich im Rahmen ihrer Wut und inneren Not ernst genommen (PRODEMA® 2022: 74).

Konkretisierungsphase

Durch die Konkretisierung können emotional betonte Verallgemeinerungen, die nicht lösbar sind, auf einzelne, konkrete und meist entlastende Aspekte zurückgeführt werden. Dabei sind Konkretisierungsfragen den Warum-, Weshalb- und Wieso-Fragen vorzuziehen, da die Betroffenen nicht das Gefühl haben sollen, sich rechtfertigen

zu müssen (PRODEMA® 2022: 74). Optionen der Konkretisierung:

- Die Fragestellung „Was genau“ führt heraus aus der Verallgemeinerung, hin zu einer Eingrenzung und Präzisierung.
- Der Gegenwartsbezug „Jetzt“ und Wörter wie: „Jetzt, im Augenblick, im Moment“ helfen den Patient*innen, in das aktuelle Kontaktgeschehen zu kommen und sich auf das momentan wichtigste Gefühl oder Bedürfnis zu fokussieren.
- Superlativfragen können helfen die Belastung zu konkretisieren, wenn Patient*innen mit einer Vielzahl von Gründen antworten: „Was belastet Sie gerade davon am meisten?“, „Was ist für Sie davon am schlimmsten?“ (PRODEMA® 2022: 75).

Lösungsphase

Bei erfolgreicher Konkretisierung entwickeln sich im weiteren Gesprächsverlauf möglicherweise Lösungsansätze. Folgende Beispielfragen können Lösungsansätze ergeben:

- „Was würde Ihnen jetzt guttun?“
- „Durch was könnte Ihre Aufregung nachlassen?“
- „Was müsste geschehen, dass Sie ruhiger werden könnten?“ (PRODEMA® 2022: 76).

Ein weiterer Punkt, der zu einer erfolgreichen verbalen Deeskalation beitragen kann, ist das Benennen eigener Gefühle. Sätze wie: „Das geht mir gerade sehr nahe“ oder „Ihr Zustand beunruhigt mich“ signalisieren Mitgefühl, Anteilnahme und geben ein Gefühl, dass dem Klient*in seine Erregung und Emotionen zugestanden werden (PRODEMA® 2022: 76).

Im Verlauf einer verbalen Deeskalation kann ein unbedachtes Wort, eine falsche Frage oder Formulierung dazu führen, dass Wut und Ärger bei den Patient*innen wieder verstärkt werden. Es ist dann wichtig, sich sofort zu entschuldigen und das Gesagte zurückzunehmen. Beispiel: „Ich glaube, ich habe gerade etwas Falsches gesagt,

was Sie wütend macht, das tut mir leid“ (PRODEMA® 2022: 77). Die Intensität der Anspannung kann dem deeskalierenden Mitarbeitenden als Gradmesser in Bezug auf seine Deeskalationsbemühungen dienen. Nimmt die Spannung der Patient*innen ab, waren die Fragen und das Gesagte stimmig. Steigert sich dagegen die Wut und Anspannung, ist die Intervention nicht stimmig und bedarf einer Korrektur (PRODEMA® 2022: 78).

Die Deeskalationsstufen 5 bis 7

Im folgenden Kapitel werden nun die Inhalte der Deeskalationsstufen 5 bis 7 der sekundär- bzw. Tertiärprävention beschrieben.

Deeskalationsstufe 5. Patient*innenschonende Abwehr-, Löse- und Fluchttechniken

Die Anwendung körperlicher Abwehrtechniken sollte das letzte Mittel der Gefahrenabwehr sein. Sie sollten nur dann angewendet werden, wenn alle anderen Möglichkeiten der Deeskalation ausgeschöpft sind. Durch eine fachgerechte Anwendung der körperschonenden und verletzungsfreien Techniken kann das Unfallrisiko auf beiden Seiten auf ein Minimum reduziert werden.

Deeskalationsstufe 6. Patient*innenschonende Begleit-, Halte- und Immobilisationstechniken

Das „Vier-Stufen-Immobilisationskonzept (4-SIK®) Festhaltetechnik“ hat das Ziel, Isolationen und Fixierungen zu vermeiden. Geschulte Mitarbeitende sind in der Lage, erregte Patient*innen sicher zu halten, um sie daran zu hindern, andere Personen oder sich selbst zu verletzen oder um sie aus Gefahrensituationen hinauszuführen. Dabei ist der Einsatz der verbalen Deeskalation unumgänglich, um die Beziehung zu Patient*innen zu gestalten. Das Festhalten hat jedoch Grenzen, z.B. bei einer ernsthaften Fremdgefährdung oder Eigengefährdung der Patient*innen, so dass die konservativen Zwangsmaßnahmen eingesetzt werden müssen. Seit Ende 2015 werden die Mit-

arbeitenden des Pflege- sowie des ärztlichen Dienstes in der Umsetzung von 4-SIK, geschult. Zudem gibt das PsychKG NRW von 01/2017 das Festhalten als Alternative zur Fixierung vor, es stellt aber auch eine Zwangsmaßnahme dar und bedarf der professionellen Umsetzung unter Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben. Der Unterschied zur Fixierung ist der, dass die Patient*innen an genau definierten Stellen eine Möglichkeit haben, aus der aggressiven Verhaltensweise „auszusteigen“. Wie bereits erwähnt, ist auch hier eine empathische Haltung den Patient*innen gegenüber wichtig, um sie aus der „inneren Not“ herauszuholen, das heißt, der Einsatz einer symmetrisch-patient*innenorientierten verbalen Deeskalation ist auch hier unverzichtbar.

Die Methode des Vier-Stufen-Immobilisationskonzept nach ProDeMa® gliedert sich wie folgt:

- Stufe 1: Immobilisation im Stehen
- Stufe 2: Immobilisation im Sitzen
- Stufe 3: Immobilisation im Liegen
- Stufe 4: Optionsstufe

Deeskalationsstufe 7. Präventive Möglichkeiten nach aggressiven Vorfällen

Durch Übergriffe oder sonstige Ereignisse können Mitarbeitende traumatisiert werden und brauchen kollegiale Ersthilfe und emotionale Begleitung (Nachsorge), um im Schutz ihrer Kolleg*innen das Geschehene verarbeiten zu können. Nach einem erfolgten Übergriff würde ein*e Kolleg*in die kollegiale Erstbetreuung und emotionale Begleitung der/des geschädigten Mitarbeiter*in sicherstellen. Unmittelbar nach einem Übergriff, also in den ersten Minuten und Stunden danach, ist eine zügige und gezielte Unterstützung von zentraler Bedeutung. Bereits wenige, aber gezielt eingesetzte Interventionen wie das Leading in einem sicheren Raum können dazu beitragen, die emotionale Belastung zu mindern und die Verarbeitung des Erlebten positiv zu beeinflussen. Diese frühzeitige Begleitung stärkt die Resilienz der Betroffenen und fördert langfristig ihre psychische Gesundheit. Je besser die kollegiale Ersthilfe und die Nachsorge in einer Institution organisiert

ist, desto mehr werden posttraumatische Belastungssyndrome mit langen Krankheitsausfällen und starkem Leid bei den Betroffenen vermieden. Geschehen Übergriffe oder sonstige aggressive Vorfälle, besteht bei den betroffenen Mitarbeitenden die Notwendigkeit einer professionellen, systemischen Nachbearbeitung mit dem Ziel der Tertiärprävention. Die systemische Ansicht ermöglicht es, alle am Geschehen beteiligten Personen oder Faktoren zu reflektieren, um zukünftig ähnliche Vorfälle vermeiden zu können. Neben Informationen durch z.T. dienstverpflichtende Fort- und Weiterbildungsangebote stehen für die Unterstützung bzw. Beratung der Beschäftigten ihre Führungskräfte sowie verschiedene speziell qualifizierte Mitarbeitende (Deeskalationstrainer, Präventionsfachkräfte, Führungskräfte usw.) zu Gesprächen zur Verfügung. Jederzeit besteht die Möglichkeit, neben der Reflexion der Problematik im Team und/oder mit den Vorgesetzten in Absprache eine Supervision zu organisieren. Zudem bieten wir als Trainer*innen ein anonymes Kriseninterventionsangebot durch vom Haus unabhängige Psychotherapeuten an, mit dem Ziel, die Mitarbeitenden in ihrer Notlage zu unterstützen.

Deeskalationsschulungen der unterschiedlichen Berufsgruppen im AJK

Im AJK werden unterschiedliche, an den Bedürfnissen der Mitarbeitenden orientierte Deeskalationsseminare und Workshops angeboten und durchgeführt. Für die großen Berufsgruppen des Pflege- und ärztlichen Dienstes werden gemeinsame zweitägige Seminare angesetzt, die alle sieben Deeskalationsstufen ausführlich in Theorie und Praxis behandeln.

Darüber hinaus werden für alle anderen Berufsgruppen meist dreistündige Workshops, z.B. für junge Menschen, die ein Freiwilliges Soziales Jahr (FSJ) im AJK absolvieren oder Pflege-Azubis, angeboten. Weitere Schulungen und Workshops werden z.B. für Servicekräfte, Mitarbeitende der Verwaltungsbereiche, Raumpfleger*innen, Psycholog*innen und Empfangsmitarbeitende an der Pforte etc. angeboten. Die Schulungsinhalte sind am Bedarf orientiert, i.d.R. sind es in der Primär-

prävention die Deeskalationsstufen 1–3 sowie in der Sekundärprävention die Deeskalationsstufe 4.

Regelmäßig werden sogenannte WAV – Veranstaltungen Wiederholung/ Aktualisierung/ Vertiefung) bezüglich der Flucht-, Löse-, Abwehr- und Festhaltetechniken durchgeführt, um bereits Erlerntes aufzufrischen und zu wiederholen. Zudem wird auch die verbale Deeskalation „refresht“.

Wir möchten mit einem Zitat von ProDeMa® enden:

Die beste Gewaltanwendung ist die, die nicht nötig ist. Die beste Aggression ist die, die gar nicht erst entsteht. Die schönste Eskalation ist die, die gar nicht droht.

Literatur

- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOSOMATIK UND NERVENHEILKUNDE (DGPPN) 2018. *S3-Leitlinie Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen*. https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-022l_S3_Verhinderung-von-Zwang-Prävention-Therapie-aggressiven-Verhaltens_2018-11-abgelaufen.pdf [26.04.2025].
- BOWERS, LEN 2014. Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21, 6: 499–508.
- BURR, CHRISTIAN & RICHTER, DIRK 2017. Zwischen Offenheit und Ablehnung. Die Einstellung von Psychiatriepflegerinnen gegenüber dem Risikoverhalten ihrer Patienten. *Psychiatrische Praxis* 44, 6: 348–355.
- HECKEMANN, BIRGIT; HAHN, SABINE; HALFENS, RUUD; RICHTER, DIRK & SCHOLS, JOS. 2019. Patient and visitor aggression in healthcare: A survey exploring organisational safety culture and team efficacy. *Journal of Nursing Management* 27, 5: 1039–1046.
- PRODEMA 2012. *ProDeMa® – Professionelles Deeskalationsmanagement*. Geislingen & Steige: Institut ProDeMa-Verlag.
- 2022. *Konzept-Handbuch. Professionelles Deeskalationsmanagement. Deeskalierender Umgang mit Aggression und Gewalt in allen Bereichen des Gesundheits-, Bildungs- und Sozialwesens*. Geislingen & Steige: Institut ProDeMa.
- ROSENBERG, MARSHALL B. 2016. *Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens*. Paderborn: Junfermann.
- SCHEMMELE, NICOLE 2020. Deeskalierende Gesprächsführung. *Heilberufe* 72: 40–41.
- SCHULZ VON THUN, FRIEDEMANN 1981. *Miteinander reden*

1: Störungen und Klärungen: Allgemeine Psychologie der Kommunikation. Hamburg: Rowohlt.

STEINERT, TILMAN 2013. Wie viel Zwang darf sein?
MMW – Fortschritte der Medizin 155: 6–7.

STEINERT, TILMAN; HIRSCH, SOPHIE & FLAMMER, ERICH 2022. Monitoring von Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen in Deutschland. *Der Nervenarzt* 93: 1105–1111.



Andreas Hethke, Jg. 1980, Ausbildung zum Krankenpfleger von 1998 bis 2001 an der Krankenpflegeschule des St. Alexius Krankenhauses Neuss. Im Anschluss dort übernommen worden und auf einer offen geführten allgemeinspsychiatrischen Station tätig gewesen. Nach Absolvierung des Zivildienstes in einer anerkannten Werkstatt für Menschen mit Behinderung in Hemmerden Rückkehr zum St. Alexius Krankenhaus Neuss. Von 2004 bis 2022 Tätigkeit auf einer geschützten/teilgeschützten allgemeinspsychiatrischen akuten Aufnahmestation. 2013 bis 2015 Weiterbildung zum Fachkrankenpfleger für Psychiatrie. 2015–2016 Weiterbildung zum Deeskalationstrainer nach ProDeMa mit dem Schwerpunkt Psychiatrie und Forensik. Seitdem gemeinsam mit Thomas Ploetz verantwortlich für die Durchführung des Deeskalationstrainings im Alexius/Josef Krankenhaus Neuss. 2017 Weiterbildung zum Praxisanleiter in der Pflege. Seit August 2022 Tätigkeit auf einer offenen Station für psychosomatische Erkrankungen.

Alexius/Josef Krankenhaus
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: A.Hethke@ak-neuss.de



Thomas Ploetz, Jg. 1967, von 1985–1988 Ausbildung zum Krankenpfleger im St. Alexius Krankenhaus Neuss, nach dem Examen von 1988–1990 Zivildienst im Johanna Etienne Krankenhaus Neuss in der Orthopädie, danach Rückkehr ins St. Alexius Krankenhaus mit Einsatz auf einer geschützten allgemeinspsychiatrischen Akutstation. 2001 Weiterbildung zur Stationsleitung mit Leitungübernahme dieser allgemeinspsychiatrischen Station sowie Leitung von Stationen im suchtmmedizinischen Bereich sowie einer Station mit depressiven Patient*innen. Seit 2011 als Stabsstelle der Pflegedienstleitung im Alexius/Josef Krankenhaus angestellt, mit internen Zuständigkeiten wie z.B. Ansprechpartner für und Weiterentwicklung von EX-IN Genesungsbegleitung zusammen mit der Pflegedirektorin, Ehrenamtskoordinator und seit 2015 als Deeskalationstrainer nach ProDeMa® zusammen mit Andreas Hethke für die Durchführung der Deeskalationsschulungen im Alexius/Josef Krankenhaus verantwortlich.

Alexius/Josef Krankenhaus
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: T.Ploetz@ak-neuss.de

OHNE DEESKALATIONSSTRATEGIE

NEHMEN SIE SOFORT DEN STUHL HERUNTER, SONST WERDEN WIR SIE MIT DEM NOTFALLTEAM IN DAS KRISENINTERVENTIONS-ZIMMER BRINGEN.

WENN DIE TÜR NICHT SOFORT GEÖFFNET WIRD, SCHLAGE ICH SIE EIN.



SO EIN VERHALTEN WIRD NICHT AKZEPTIERT.

DAS WERDEN WIR NOCH SEHEN, DAS KÖNNEN SIE MIT MIR NICHT MACHEN.



LASSEN SIE MICH SOFORT RAUS.

DAS GEHT NICHT. SIE MÜSSEN SICH RICHTIG VERHALTEN, SIE SIND MIT DEM PsychKG HIER.



DEM WAS? WAS SOLL DER SCHEISS, ICH WILL HIER RAUS!

MORGEN KOMMT DER RICHTER, DANN KÖNNEN SIE MIT IHM REDEN, JETZT BERUHIGEN SIE SICH MAL.



DEESKALATIONSSTRATEGIE ANGEWENDET



Eine Reflexion über die Deeskalation im psychiatrischen Krankenhausalltag mit zwei PRODEMA®-Trainern

THOMAS PLOETZ, ANDREAS HETHKE & ANDREA KUCKERT

ANDREA KUCKERT: *Habt ihr eigentlich eine Vorstellung, wie sich Patient*innen fühlen, wenn sie hier im AJK Zwangsmaßnahmen erleben? Gibt's da Rückmeldungen oder Einblicke?*

THOMAS PLOETZ: Der Begriff der Zwangsmaßnahmen ist ja ein dehnbarer Begriff. Er bedeutet, dass alle Eingriffe, die gegen den natürlichen Willen oder den Widerstand eines Menschen oder bei Kommunikationsunfähigkeit gegen den mutmaßlichen Willen erfolgen. Lass mich das an einem Beispiel erläutern: Ein*e Patient*in hat sich einige Tage nicht gewaschen und ich beginne mit der Durchführung der Körperpflege gegen seinen/ihren Willen. Oder auch die Verpflichtung zu Therapien unter Androhung von Sanktionen bis hin zur Absonderung in einen Isolierungsraum oder der Fixierung bzw. Fesselung. Hier ist es wichtig, gerade die Zwangsmaßnahme der Fixierung mit dem Patienten nachzubesprechen. Das probieren wir immer wieder, aber da ist sicherlich Luft nach oben.

ANDREAS HETHKE: Stimmt. Das Thema kommt auch immer wieder im Arbeitskreis „Vermeidung von Zwang“ auf. Die Idee ist klar: Nach einer so einschneidenden Erfahrung wie einer Fixierung sollte unbedingt ein Gespräch mit dem Patienten stattfinden. Nur – der richtige oder angemessene Zeitpunkt ist oft schwer zu finden. Manchmal ist die Situation für den Patienten noch zu frisch oder emotional aufgeladen. In anderen Fällen – gerade im Suchtbereich – ist der Betroffene vielleicht schon entlassen worden, bevor man das Gespräch führen konnte.

KUCKERT: *Verstehe. Also der Gedanke ist da, aber die Umsetzung hakt?*

PLOETZ: Ob es in der Umsetzung tatsächlich hakt, kann ich nicht genau sagen. Aber in der Ablaufbeschreibung zum Notfallmanagement sind die Arbeitsschritte und Abläufe klar geregelt. Aber wie Andreas das gerade beschrieben hat, ist es nicht einfach, den angemessenen Zeitpunkt zu finden, um es mit Patient*innen nachzubesprechen. Eine Zwangsmaßnahme ist – ganz nüchtern betrachtet – eine Form von Gewalt. Für Patient*innen fühlt sich das oft bedrohlich, vielleicht sogar traumatisch an. Deshalb wäre es so wichtig, das auch therapeutisch aufzuarbeiten. Das Gespräch kann helfen, ggf. verloren gegangenes Vertrauen wiederaufzubauen – und man könnte es auch nutzen, um nach der Entlassung gemeinsam Behandlungsvereinbarungen zu treffen, die zukünftige Eskalationen zu vermeiden helfen.

HETHKE: Stimmt, das wäre ja eigentlich auch ein guter Moment, um zu fragen: „Was hätten wir vielleicht anders machen können?“ – aus Sicht des Patienten.

PLOETZ: Ich bin da ehrlich: Ich bin als Stabsstelle zu weit weg vom Stationsalltag, um genau sagen zu können, wie konsequent das überall umgesetzt wird. Aber ich sehe die positive Entwicklung der beteiligten Mitarbeiter, welche die Zwangsmaßnahme durchführen. Im Vorfeld wird alles Erdenkliche an Deeskalationsmaßnahmen mit einer wertschätzenden Haltung gegenüber Patient*innen entgegengebracht – aber in manchen Situationen eskaliert es einfach, dann geht es aus Sicherheitsgründen nicht anders. Dann ist eine Isolierungs- oder Fixierungsmaßnahme unter Einhaltung der juristischen, ethischen Vorgaben unvermeidlich. Nicht alle Situationen lassen sich deeskalieren. Die Mitarbeiter sind dann aber bestrebt, diese Zwangsmaßnahme situativ so kurz wie möglich zu halten. In fast 40 Dienstjahren

sehe ich eine insgesamt gute Entwicklung in unserer Einrichtung. Es gibt im Alexius/Josef Krankenhaus ein Problembewusstsein zum Thema Gewalt und Ausüben von Zwang gegenüber den uns anvertrauten Menschen. Apropos Mitarbeitende: Diese dürfen wir nicht vergessen. Auch für Mitarbeitende kann die Anwendung von Zwangsmaßnahmen, aber auch Übergriffe durch Patient*innen, häufig belastende Erlebnisse bedeuten. Auf die Frage „Was hätte ich z.B. besser machen können?“ hält unsere Einrichtung konkrete Bewältigungs- und Unterstützungsangebote für die Mitarbeitenden bereit. Dazu gehört die kollegiale Erstbetreuung, also das direkte Kümmern um den betroffenen Mitarbeitenden nach z.B. einem Übergriff. Unterstützungsgespräche durch die Führungskraft, aber auch durch speziell qualifizierte Mitarbeitende gehören dazu. Sollte das nicht ausreichen, können Mitarbeitende eine*n niedergelassene*n externe*n Psychotherapeut*in aufsuchen. Alle Prozesse sind natürlich anonym.

KUCKERT: *Und wie handhabt ihr das eigentlich im Notfallteam? Wird sowas regelmäßig reflektiert?*

PLOETZ: Grundsätzlich: Ja, das sollte immer passieren. Wenn Patient*innen fixiert oder isoliert wurden, dann ist eine kurze Nachbesprechung im Team bzw. Notfallteam absolut sinnvoll – allein schon, um zu klären: Wie lief die Kommunikation? Gab es Verletzungen? Waren die Abläufe klar? Diese Nachbesprechung ist als Empfehlung zu sehen, nicht als verpflichtende Vorgabe.

KUCKERT: *Okay, das heißt, es liegt in der Verantwortung des Teams, so eine Nachbesprechung zu initiieren?*

PLOETZ: Genau. Auch dies müsste per Ablaufbeschreibung „Notfallmanagement“ den Mitarbeitern bekannt sein. Die sofortigen Nachbesprechungen unter den Mitarbeitenden sind grundsätzlich verpflichtend und sollten dokumentiert werden. In unseren Deeskalationsseminaren wird u.a. auf diese Thematik klar hingewiesen. Bitte besprecht es, gerade um daraus zu lernen. Manchmal reicht ja schon ein kurzes Gespräch: „Wie habt ihr’s erlebt?“ oder „Gibt’s etwas, das wir beim nächsten Mal besser machen könnten?“

HETHKE: Ich finde, das sollte nicht nur bei Zwangsmaßnahmen gelten. Bei jedem Notfall – auch einem medizinischen – ist es wichtig, nochmal gemeinsam draufzuschauen. Gab’s klare Absprachen? War die Rollenverteilung verständlich?

PLOETZ: Bin ich ganz bei Dir. Wenn’s irgendwo geknirscht hat – sei es bei der Kommunikation oder im Ablauf –, dann kann das Team uns auch gerne dazu holen. Ich oder zum Beispiel der Andreas moderieren das dann sachlich und auf Augenhöhe. Nur am Rande: Auch wir haben natürlich begrenzte Zeitressourcen und müssen immer gut abwägen, was machbar ist und was nicht.

KUCKERT: *Und wie läuft das dann konkret ab?*

PLOETZ: Wir laden an einen neutralen Ort ein. Ich kläre vorher: Wer war beteiligt? Was ist passiert? Und dann lasse ich jede Perspektive zu Wort kommen. Ich höre auch zwischen den Zeilen: Gab’s Spannungen vor dem Vorfall? Missverständnisse? Und dann überlegen wir gemeinsam: Was lernen wir daraus – ohne Schuldzuweisungen.

HETHKE: Ich erinnere mich an einen besonders schweren Fall – ein Suizidversuch. Da hat die Departmentleitung noch aufgrund unserer Empfehlung am selben Tag eine Besprechung angesetzt. Das war richtig gut. Die Kolleg*innen waren alle noch im Dienst, die Eindrücke frisch, und es gab Raum für Emotionen, Rückfragen, Klärung. Ich finde, sowas ist enorm wichtig.

PLOETZ: Absolut. Und wenn man es richtig angeht – mit Respekt, Offenheit und auf Augenhöhe –, dann stärkt es auch das Team. Wir arbeiten ja weiterhin miteinander, oft in belastenden Situationen. Da ist Reflexion ein echter Schutzfaktor.

KUCKERT: *Du hast vorhin so einen Nebensatz gesagt – das hat mich nachdenklich gemacht. Inwieweit spielt eigentlich die Architektur hier bei uns im Haus eine Rolle dabei, Eskalationen zu verhindern?*

PLOETZ: Eine große, wirklich! Alleine wenn man das Krankenhaus betritt, ein großzügig, ansprechend gestalteter Eingangsbereich, man hat nicht

den Eindruck, in einem psychiatrischen Krankenhaus zu sein. Ich sag immer: Viele Menschen auf engem Raum, also auf den Stationen – das ist eine Herausforderung. Aber wir haben zum Glück relativ gute Bedingungen: Zweibettzimmer statt Schlafsäle, Tagesräume, Gartenanlagen ... und im Akutbereich sogar diese überdachte Veranda, wo die Patient*innen in Ruhe rauchen können. Das sind alles Rückzugsmöglichkeiten, die helfen. Helligkeit, Sauberkeit, Platz – das wirkt. Wenn ich das vergleiche mit dem Altbau früher, hat sich vieles zum Positiven verändert. Auch die ganzen Konzepte wie Aromapflege oder Ohrakupunktur haben einen deeskalativen Charakter. Und Deeskalation fängt ja viel früher an. Nicht erst, wenn es schon kritisch ist, sondern bei unserer inneren Haltung, also bei uns selbst. Wie treten wir einem Menschen mit einer inneren Not gegenüber? Mit Wertschätzung? Oder aus einer Haltung der Kontrolle heraus? Wir müssen uns klar machen, was Gewalt bedeutet – auch strukturell. Eine geschlossene Tür, das Anlegen von Gurten, das Ignorieren von Bedürfnissen. Auch das ist Gewalt aus Sicht der Patient*innen. Und das müssen wir im Kopf behalten – dauerhaft.

HETHKE: Ja, das ist auch genau das Herzstück von unserem Artikel zu (a)symmetrischen Beziehungen, den wir zusammen verfasst haben. Es geht nicht nur darum, wie man mit Zwang umgeht, wenn er passiert – sondern wie man ihn überhaupt vermeiden kann. In den Schulungen schauen wir ja auch: Was triggert Gewalt? Wie erkennt man Vorzeichen? Und was hilft, sich selbst zu schützen, wenn's wirklich brenzlich wird?

KUCKERT: *Und? Merkt ihr in den Schulungen – kommt da was bei den Kolleg*innen an? Gibt's da so Aha-Momente?*

PLOETZ: Absolut. Am Ende der Seminare setzen wir uns immer noch mal in einen Stuhlkreis. Da wird ehrlich reflektiert. Was hat mir gefallen? Was war schwierig? Was nehme ich mit? Und ganz oft hören wir: „Das hat mir Sicherheit gegeben.“ Das ist für mich das schönste Feedback. Vor kurzem war ein junger Arzt dabei, der bald in den Bereitschaftsdienst geht. Der meinte: „Jetzt weiß ich,

wie ich mich verhalte, wenn's ernst wird.“ Und das ist doch genau der Punkt.

HETHKE: Ja, gerade dieses PRODEMA®-Basisprogramm – das hat sich wirklich bewährt. Wir haben die Inhalte angepasst, ergänzt, praxisnah gemacht und bauen aus unserer Sicht relevante Inhalte ein, die mit Deeskalation zu tun haben. Ganz konkret: Wo finde ich was? Wo ist der Notfallrucksack? Wo stehen die Fixierbetten?

PLOETZ: Und auch Themen wie Dokumentation: Was schreibe ich wie – und was besser nicht? Da reflektieren viele Kolleg*innen nochmal: Wie gehe ich mit meiner Verantwortung und meiner Macht, meinen Machtmitteln um?

KUCKERT: *Das klingt richtig wertvoll – nicht nur für die Sicherheit, sondern auch für die Haltung. Ich glaube, solche Auseinandersetzungen machen am Ende den Unterschied im Alltag. Das PRODEMA®-Konzept wird ja hier im Haus wirklich umfassend umgesetzt – und das ist auch gut so. Aber Hand aufs Herz: Gibt es aus eurer Perspektive irgendwas, wo ihr sagt: „Mensch, wenn sich das Institut, das ja hinter PRODEMA® steht, mal diesem oder jenem Thema stärker widmen würde, das wäre echt klasse“? Ein Wunschkonzert quasi. Vermisst ihr etwas?*

HETHKE: Hmm ... also was ich mir vorstellen kann: Es gibt ja inzwischen schon Berührungspunkte zwischen PRODEMA® und dem Safewards-Konzept. Da sind viele Parallelen, gerade was Deeskalation und Haltung angeht. Ich fände es spannend, wenn da noch mehr Austausch stattfinden würde – vielleicht sogar eine engere Zusammenarbeit oder Kombinationsangebote. Ich glaube, da steckt richtig Potenzial drin.

PLOETZ: Die Kolleg*innen von PRODEMA® kennen Safewards, die wissen um den Wert des Konzepts – und sie sehen das auch als ergänzend. Safewards hat nochmal einen ganz eigenen Fokus, sehr praxisnah im Stationsalltag. Aber ich finde, PRODEMA® ist sehr innovativ – auch was sie in ihren Workshops anbieten.

HETHKE: Du meinst jetzt auch Themen, die gesellschaftlich aktuell sind?

PLOETZ: Genau. Zum Beispiel: Kommunikationsbarrieren bei Menschen mit Fluchterfahrung, kulturelle Unterschiede im Umgang mit Nähe, Distanz, Macht ... Ich meine, wir merken das doch alle – das wird im Alltag immer relevanter. Das Institut PRODEMA® greift viele gesellschaftliche Entwicklungen auf, ist echt am Puls der Zeit. Auch Fortbildungen zu Themen wie Persönlichkeitsstörungen. Das geht in den Basisseminaren oft unter, da ist zu wenig Raum. Aber gerade bei solchen spezifischen Herausforderungen könnten gezielte Vertiefungsworkshops enorm helfen. Ich finde, das könnte PRODEMA® noch stärker hervorheben.

KUCKERT: *Das klingt fast nach einer Art „Modulbaukasten“ – also Grundlagen plus Schwerpunkt nach Bedarf.*

PLOETZ: Genau. Und auch mit Blick in die Zukunft: Ich werde ja nicht ewig hier sein und da wäre es schön, wenn auch die nächste Generation an Kolleg*innen in diese Tiefe einsteigen kann. Es gibt noch so viele Stellschrauben. Aber es ist großartig zu sehen, dass PRODEMA® offen ist für Weiterentwicklung.

KUCKERT: *Habt ihr denn in euren Trainings auch schon mal Situationen erlebt, wo ihr das Gefühl hattet – puh – da seid ihr gar nicht richtig durchgedrungen zur Gruppe? Dass da einfach ... keine Verbindung zustande kam?*

PLOETZ: Ich erinnere mich in den Anfängen unserer Schulungen an Kollegen, welche besonders der Festhaltetechnik, dem Vier-Stufen-Immobilisationskonzept kritisch gegenüberstanden. Das waren Mitarbeitende aus der Pflege, welche bereits etliche Dienstjahre absolviert haben und von der damals noch wenig bekannten Methode überzeugt werden wollten. Diese Mitarbeitenden konnten wir insbesondere bei den praktischen Übungen, also durch Ausprobieren, für diese Technik „gewinnen“. Das Vier-Stufen-Immobilisationskonzept hat, einfach gesagt, das Ziel, Fi-

xierungen zu verhindern. Aber echte Verweigerung? Dass jemand sich komplett verweigert hätte – das hatten wir nicht. Wir probieren regelmäßig neue Methoden aus. Beim letzten Mal z. B. haben wir komplett bei der verbalen Deeskalation auf Kameraeinsatz verzichtet und stattdessen ein Live-Coaching gemacht – also direkt reingehen in die Szene, kurz Feedback geben, wieder raus. In den Fortbildungen von PRODEMA® haben wir viel mit Videofeedback, Situationstrainings, Gruppenrückmeldungen und Einzelcoachings gearbeitet, das war sehr wertvoll.

HETHKE: Stimmt. Ich erinnere mich noch an das Feedback des Kommunikationstrainers ...

PLOETZ: Ja! Der meinte zu mir: „Du wirkst total authentisch – aber warum stehst du immer an der Seite?“ Ich hab damals eine PowerPoint gemacht und wollte niemandem die Sicht versperren. Aber er hat gesagt: „Geh in die Mitte – du bist das Zentrum der Aufmerksamkeit!“ Seitdem mache ich das. Ich gehe mitten in den Kreis, nehme Blickkontakt auf, zeige Präsenz. Das gibt Sicherheit. In den Schulungsseminaren setzen wir das konsequent um je nach Thema. Gerade wenn jemand unruhig wird oder stört – dann gehe ich bewusst hin und sage ruhig: „Wenn du etwas sagst, gerne ein bisschen lauter – dann können wir alle was davon haben.“ Und zack – Ruhe.

HETHKE: Das funktioniert super!

PLÖTZ: Absolut. Wichtig ist: Wir verlieren niemanden. Und wenn's mal hakt – wir lockern das mit einem kleinen Witz auf. Da darf auch gelacht werden. Aber am Ende sollen alle was mitnehmen. Und das klappt meistens richtig gut.



Andreas Hethke, Jg. 1980, Ausbildung zum Krankenpfleger von 1998 bis 2001 an der Krankenpflegeschule des St. Alexius Krankenhauses Neuss. Im Anschluss dort übernommen worden und auf einer offen geführten allgemeinspsychiatrischen Station tätig gewesen. Nach Absolvierung des Zivildienstes in einer anerkannten Werkstatt für Menschen mit Behinderung in Hemmerden Rückkehr zum St. Alexius Krankenhaus Neuss. Von 2004 bis 2022 Tätigkeit auf einer geschützten/teilgeschützten allgemeinspsychiatrischen akuten Aufnahme-Station. 2013 bis 2015 Weiterbildung zum Fachkrankenpfleger für Psychiatrie. 2015–2016 Weiterbildung zum Deeskalationstrainer nach ProDeMa mit dem Schwerpunkt Psychiatrie und Forensik. Seitdem gemeinsam mit Thomas Ploetz verantwortlich für die Durchführung des Deeskalationstrainings im Alexius/Josef Krankenhaus Neuss. 2017 Weiterbildung zum Praxisanleiter in der Pflege. Seit August 2022 Tätigkeit auf einer offenen Station für psychosomatische Erkrankungen.

Alexius/Josef Krankenhaus
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: A.Hethke@ak-neuss.de



Thomas Ploetz, Jg. 1967, von 1985–1988 Ausbildung zum Krankenpfleger im St. Alexius Krankenhaus Neuss, nach dem Examen von 1988–1990 Zivildienst im Johanna Etienne Krankenhaus Neuss in der Orthopädie, danach Rückkehr ins St. Alexius Krankenhaus mit Einsatz auf einer geschützten allgemeinspsychiatrischen Akutstation. 2001 Weiterbildung zur Stationsleitung mit Leitungsübernahme dieser allgemeinspsychiatrischen Station sowie Leitung von Stationen im suchtmmedizinischen Bereich sowie einer Station mit depressiven Patient*innen. Seit 2011 als Stabsstelle der Pflegedienstleitung im Alexius/Josef Krankenhaus angestellt, mit internen Zuständigkeiten wie z.B. Ansprechpartner für und Weiterentwicklung von EX-IN Genesungsbegleitung zusammen mit der Pflegedirektorin, Ehrenamtskoordinator und seit 2015 als Deeskalationstrainer nach ProDeMa® zusammen mit Andreas Hethke für die Durchführung der Deeskalationsschulungen im Alexius/Josef Krankenhaus verantwortlich.

Alexius/Josef Krankenhaus
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: T.Ploetz@ak-neuss.de



Andrea Kuckert, Dr., arbeitet als pflegerische Leiterin des Departments Forschung und Entwicklung im Alexius/Josef Krankenhaus in Neuss, einem psychiatrischen Akutkrankenhaus. Auch geprägt durch das Studium der kulturellen Anthropologie (M.A.), der Pflegewissenschaften (M.A.) und zahlreiche Auslandsaufenthalte liegen ihre Interessen auf den Gebieten des Diversity Managements, der Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen, genderrelatierten Themen und der Pflegeentwicklung. Durch ihre Arbeit als Gesundheits- und Krankenpflegende auf einer geschützten gerontopsychiatrischen Station bleibt sie ihrem Fach verbunden und kann pflegerische Fragestellungen direkt aus der Praxis aufgreifen und gemeinsam mit den Kolleg*innen im partizipativen Ansatz bearbeiten.

Alexius/Josef Krankenhaus
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: a.kuckert@ak-neuss.de

Das Safewardskonzept auf einer allgemeinspsychiatrisch geschützten Station

Erfahrungen in der Implementierung

LENA KRUPSKI

Das Safewardskonzept

„Safewards“ ist ein pflegegeleitetes Konzept für Akutstationen der Psychiatrie. Es wurde am King's College London von Len Bowers und Team entwickelt (BOWERS *et al.* 2015), um Konflikte (z.B. Aggression, Selbstverletzung, Weglaufen) und Containment-Maßnahmen (z.B. Fixierung, Absonderung/Seklusion, Zwangsmedikation) systematisch zu reduzieren. Aus einer theorie- und datenbasierten Modellbildung leiten sich 10 umsetzbare Basis-Interventionen für den Stationsalltag ab (SAFEWARDS 2025). Weiter unten werde ich auf jeden der 10 Punkte tiefer eingehen, zur Orientierung sind sie hier vorab aufgeführt.

1. Clear Mutual Expectations (gegenseitige Erwartungen klären)
2. Soft Words (wertschätzend, deeskalierend formulieren)
3. Talk Down (professionelles „Herunterreden“/ Deeskalationsgespräch)
4. Positive Words (positive Sprache im Umgang miteinander)
5. Bad News Mitigation (schlechte Nachrichten schonend kommunizieren)
6. Know Each Other (einander kennen lernen)
7. Mutual Help Meeting (gegenseitige Hilfe organisieren)
8. Calm Down Methods (Beruhigungsmethoden anbieten)
9. Reassurance (Sicherheit und Rückhalt geben)
10. Discharge Messages (ermutigende Entlass-Botschaften sichtbar machen) (SAFEWARDS 2025)

Kernziel ist ein friedlicheres, sicheres Stationsmilieu mit weniger Zwang – durch Fokus auf Beziehungsarbeit, Kommunikation und gemein-

schaftsstiftende Routinen. Das zugrunde liegende Modell beschreibt Ursprungsdomänen (z.B. Patient*innen-Community, Team, Regeln/Regulatorik, Umgebung), aus denen „Flashpoints“ entstehen; die Interventionen setzen präventiv an den Modifikatoren von Personal und Patient*innen an.

In diesem Kapitel beschreibe ich meine Erfahrungen als Safewardstrainerin in Bezug auf die Implementierung des Safewardskonzeptes auf der Station Michael in der Klinik Königshof, einem psychiatrischen Akutkrankenhaus, das gemeinsam mit dem Alexius/Josef Krankenhaus in Neuss die St. Augustinus Fachkliniken gGmbH bildet.

Die Station Michael ist eine allgemeinspsychiatrische Station im geschützten Bereich mit maximal 27 Betten. Im Durchschnitt werden 18 bis 24 Patient*innen, die ein großes Spektrum an psychiatrischen Krankheitsbildern, sowohl unterschiedliche affektive Störungen und Abhängigkeitserkrankungen, als auch Subtypen der Schizophrenie aufweisen, behandelt. In der Klinik war es in der Vergangenheit bei Krankheitsausfällen des Personals schwer, die Station nachzubesetzen, da Mitarbeitende von anderen Stationen Unwohlsein auf der Station beschrieben. Auch Patient*innen wollten nicht auf der Station aufgenommen werden und äußerten Ängste gegenüber einer psychiatrischen Akutstation. Durch dieses Misstrauen gestaltete es sich nicht einfach, eine Beziehungsbasis und Vertrauen aufzubauen. Die Patient*innen hatten das Gefühl, z.B. bei der Ausgangsregelung oder der Wahl der Medikation, bevormundet zu werden. Diese Umstände führten im Alltag häufig zu einer Grundanspannung auf der Station. Bereits kleine Bitten, wie der Wunsch nach einem Nachschlag beim Essen, führten dann zu einem Konflikt. Aussagen, wie z.B. eine

Rückmeldung zur Menge der unterschiedlichen Mahlzeiten und Handlungen, wie ein selbst durchgeführter Zimmerwechsel ohne Einverständnis des Personals, wurden dann wiederum als Angriff wahrgenommen.

Beispiel:

Ein Patient bekommt seine Zigaretten vom Personal eingeteilt. Dies kann auf Wunsch geschehen, wenn eine Person die Sorge hat, nicht gut mit den eigenen Zigaretten haushalten zu können. Ein Mitpatient bekommt dies mit und es entsteht der Eindruck, dass man vom Personal Zigaretten erhalten kann. Vor der Einführung des Safewardskonzepts fand hier häufig keine nähere Erklärung statt. Durch den zusätzlichen Nikotinentzug hat die bereits bestehende Grundanspannung zu einer emotionalen Reaktion geführt. Diese Reaktion äußerte sich zum Beispiel durch Beleidigungen. Bleiben beide Personen bei ihrer Perspektive, entsteht eine Konversation, in der beide Beteiligten auf dem eigenen Standpunkt beharren.

Beispiel:

*Vor der Einführung des Safewardskonzepts hatten die Patient*innen in Bezug auf das Essen wenig Autonomie. Wollten sie etwas Wasser trinken, waren sie auf das Personal angewiesen. Hat eine Person länger geschlafen, so konnte er/sie sich kein Menü seiner Wahl mehr aussuchen, sondern musste die Mahlzeit nehmen, die das Personal ausgesucht hat. Auch mussten die Patient*innen warten, bis eine Person vom Personal Zeit hatte, da diese die Küche mit dem Schlüssel öffnen musste. Hat das Personal die Prioritäten anders gesetzt und wollte nun erst die eigene Dokumentation abschließen, so entstand bei den Patient*innen ein negatives Gefühl, welches je nach Persönlichkeit z.B. Wut, Hilflosigkeit oder Wertlosigkeit sein konnte.*

Anfang 2021 wurde konkret mit der Einführung des Safewardskonzepts in der Praxis begonnen, mit dem Ziel, im beschützenden Rahmen auf einer Akutstation stark negativ geprägte Situationen wie Krisen, Konflikte und Zwangsmaßnahmen zu

verringern. Dies sollte durch eine wertschätzende, individuelle Haltung, bei der ein Team sich gegenseitig unterstützt, umgesetzt werden. Zuerst wurde von den Safewardstrainer*innen mit dem Team der Station Michael herausgearbeitet, wo es am häufigsten zu solchen negativ geprägten Situationen kommt und welche Dinge besonders dazu führen, dass sich angespannte Situationen weiter zuspitzen. Interne Strukturen bzw. das Stationsteam konnte als auslösender Faktor identifiziert werden, der unter anderem zu einer Anspannungssteigerung bei den Patient*innen führte. Daher wurde es für wichtig befunden, als psychiatrische Pflegefachperson den Umgang mit seinen eigenen Gefühlen zu erlernen und sich im Team gegenseitig zu unterstützen.

Beispiel:

*Vor der Einführung des Safewardskonzepts wurden vermehrt Situationen davon bestimmt, dass eine Pflegefachperson auf den konkreten Vorgaben der Station besteht und das Fernsehschauen, wie im Stationsrahmen festgelegt, um 23 Uhr beendet. Das gibt der betreffenden Person Sicherheit. Die nächste pflegerische Kolleg*in lässt den Film zu Ende schauen und reflektiert, welche Gefühle, wie z.B. Wut, aufgrund der Fremdbestimmung in einer Person ausgelöst werden können. Diese unterschiedlichen Auslegungen von Regeln können bei bereits belasteten Personen unter anderem durch Symptome, die sie erleben, dazu führen, dass herausforderndes Verhalten gezeigt wird. Aufgrund des gegenseitigen Unverständnisses und des Bestehens auf den eigenen Standpunkt nehmen angespannte Patient*innen die Anspannung der Pflegefachperson wahr (Negativspirale). Eine Negativspirale beschreibt eine Kettenreaktion aus negativen Gedanken und Gefühlen, die sich wiederum beeinflussen und dadurch immer weiter verstärken. Sprich, beide beteiligten Parteien verstärken unbewusst den negativen Verlauf in solch einer angespannten Situation.*

Zusätzlich müssen sich Patient*innen mit Menschen ein Zimmer teilen, die ihnen fremd sind und die sie daher erst einmal schlecht einschätzen können. Hinzu kommen die krankenhausexternen

Faktoren: Erhalte ich eine negative Nachricht (z.B. vom Gericht) oder Druck von meinem Arbeitgeber?

Die individuellen Patient*inneneigenschaften beeinflussen die Gesamtsituation stark. Ich benötige vielleicht aktuell Ruhe, jedoch ist mein Gegenüber so aufgewühlt, dass er/sie immer wieder oder durchgehend schreit. Die Menschen, die auf der Station sind, bilden für die Zeit ihres Aufenthalts eine Gemeinschaft, manche freiwillig und manche gegen ihren Willen. Jeder hat sein eigenes Päckchen zu tragen und wo jeder zu kämpfen hat, können sich Emotionen hochschaukeln. Es gibt drei Eigenschaften bei Patient*innen, die im Safewardskonzept als primäre Konfliktauslöser gesehen werden.

1. Mögliche Symptome wie Wahnvorstellungen oder Halluzinationen – es ist schwierig für das Gegenüber Verständnis zu entwickeln, vor allem weil man mit seinen eigenen Belastungen zu kämpfen hat.
2. Schwierigkeiten mit zwischenmenschlichen Beziehungen: Diese Menschen beziehen zum Beispiel Negatives oft auf sich und misstrauen anderen häufig.
3. Alter, Geschlecht, Wohnort usw.: Bestimmte Konfliktarten sind in bestimmten Gruppen häufiger (z.B. Rollenkonflikte bei Müttern die dann durch eine Krankheit und die Behandlung in einer Psychiatrie nicht ihre eigenen Anforderungen erfüllen können)

Gesetzeslagen und Regeln sind zusätzlich belastend. Gesetze zur Unterbringung und Zwangsbehandlung (nach PsychKG oder BGB) sind bindend. Stationen folgen in ihren Bestimmungen staatlichen Leitlinien.

Beispiel:

In der S2k Leitlinie „Notfallpsychiatrie“ (Pajonk et al. 2020) (medizinische Leitlinie, die durch einen strukturierten Konsensprozess von einer repräsentativen Gruppe von Experten erarbeitet und durch Abstimmungen entschieden wird) wird z.B. definiert, ab welchem Body Mass Index (Diagnose: F50.0 Anorexia

*nervosa) eine vollstationäre Behandlung notwendig ist, auch gegen den Willen der Patient*innen. Dies führt dazu, dass andere Personen über den Kopf der Patient*innen hinweg entscheiden können.*

Auch die Klinikverwaltung kann Regeln aufstellen, zum Beispiel bezüglich der Besuchszeiten für Angehörige. Durch diese gesetzlichen Bestimmungen und Regeln wird Pflegefachpersonen erhebliche Freiheit und Flexibilität genommen. Dies sollte den Patient*innen klar kommuniziert werden. Teilweise können Pflegefachpersonen zur Bedürfniserfüllung Kompromisse machen, jedoch sind ihnen in bestimmten Situationen die Hände gebunden. Aus Patient*innensicht sind Pflegefachpersonen mit sehr viel Macht ausgestattet.

Nachdem auf der Station, wie oben beschrieben, die Situationen herausgearbeitet und schriftlich festgehalten wurden, die besonders belastend für Patient*innen waren und daher zu Krisen geführt haben, haben wir uns intensiv mit den 10 Safewards-Interventionen beschäftigt. Diese sollen dazu führen, dass Situationen, Verhaltensweisen, Gedanken und Gefühle ins Positive verkehrt werden – sowohl bei Patient*innen als auch beim Personal. Strukturen, die aufgebrochen werden, werden für beide Seiten aufgebrochen. Somit muss auch die Pflegefachperson nicht mehr starr auf Dinge beharren, die sie selbst nicht versteht und kaum erklären kann.

Die Einführung des Safewardskonzeptes kann nur dann gelingen, wenn das Team geschlossen die entsprechende Haltung gegenüber den Patient*innen und ihren Bedürfnissen an den Tag legt. Die Mitarbeiter*innen der Station Michael konnten in Form eines Motivationsschreibens mitteilen, ob sie bei der Implementierung des Konzeptes mitwirken wollen oder eine Versetzung in einen anderen Bereich anstreben. Teilweise wurden bei der Vorstellung kritische Rückfragen gestellt, die aber größtenteils adäquat durch die Motivation und Kreativität der Trainer*innen beantwortet werden konnten.

Im Team wurde durch die Safewardstrainer*innen das Interesse zur Mitarbeit an der Ausarbeitung der einzelnen Interventionskonzepte erhoben. Jeder aus dem multiprofessionellen

Team hat seine Wünsche artikuliert und zwei Interventionen als bevollmächtigte Person zugeteilt bekommen. In kleinen Gruppen dachte man über die genaue Umsetzung im Stationsalltag nach. Die Ergebnisse wurden schriftlich innerhalb von eineinhalb Monaten festgehalten und dem Team vorgestellt. Während der Ausarbeitung haben die Trainer*innen die Verantwortlichen immer wieder daran erinnert, hierbei das Team mitzunehmen. Unsere Stationsleiter*innen wurden nicht mit in die Gruppen eingeteilt, da sie mit dem Management ausgelastet waren (Planung der Gruppentreffen im normalen Arbeitsalltag und Beachtung von Wünschen der Mitarbeitenden).

Im Folgenden bewege ich mich in meiner Darstellung an den 10 Punkten des Safewards-Konzepts entlang. Dabei hebe ich die betreffenden Punkte jeweils kursiv hervor.

1. *Clear Mutual Expectations* (gegenseitige Erwartungen klären)
2. *Soft Words* (wertschätzend, deeskalierend formulieren)
3. *Talk Down* (professionelles „Herunterreden“/Deeskalationsgespräch)
4. *Positive Words* (positive Sprache im Teamstart)
5. *Bad News Mitigation* (schlechte Nachrichten schonend kommunizieren)
6. *Know Each Other* (einander kennen lernen)
7. *Mutual Help Meeting* (gegenseitige Hilfe organisieren)
8. *Calm Down Methods* (Beruhigungsmethoden anbieten)
9. *Reassurance* (Sicherheit und Rückhalt geben)
10. *Discharge Messages* (ermutigende Entlass-Botschaften sichtbar machen)

In der Zeit der Ausarbeitung wurden dann erste Änderungen im Team vorgenommen. Eine der größten Veränderungen auf der Station, die bis zu diesem Zeitpunkt größtenteils von klaren Strukturen geprägt war, welche einem immer wieder wechselnden Team Sicherheit geboten haben, stellte die Intervention der *gegenseitigen Erwartungen* (Intervention 1) dar. Das Pflegeteam wurde bereits von Anfang an klar von ihrer Leitung mitgenommen, was heißt, dass durchgehend über das Konzept gesprochen und aufkommende Fra-

gen geklärt wurden. Dies war bei den ärztlichen Kolleg*innen etwas anders. Die Erinnerung, dass das Safewardskonzept von allen Personen mitgetragen werden muss, wurde zu Beginn in der Arbeit mit den Interventionen und durch die vermehrten Arztwechsel immer wieder von den Safewardstrainer*innen kommuniziert.

Beispiel:

*Vor der Einführung des Safewardskonzepts bestellten Mitarbeitende sich im Nachtdienst in ihrer Pause Pizza. Sollte dies auch für Patient*innen möglich sein? Bis zu diesem Zeitpunkt wollte der Nachtdienst nicht vermehrt die Station verlassen (zwecks Öffnung des Haupteingangs, um das Essen in Empfang zu nehmen). Die Sorge war, dass infolge einer Erlaubnis für nächtliche Essensbestellungen mehrere Patient*innen einzeln auf das Personal zukommen würden und hierdurch wertvolle Zeit für andere Arbeiten verloren ginge. Vom damaligen Stationsarzt kam die Aussage: „Die Pflege muss auch in der Nacht arbeiten, weshalb sie die Pizza verdient.“ Sitzt die Pflege mit ihrer Pizza auf Station und versucht, den Patient*innen dann zu erklären, dass es mit der Bestellung in der Nacht nicht möglich ist, kommt es in der Beziehung zwischen Pflege und Patient*innen zu Störfaktoren. Es entsteht Misstrauen, das Gefühl, bevormundet zu werden, und ein Gefühl der Wertlosigkeit. Stattdessen könnte der Prozess dahingehend angepasst werden, dass man vor einer Bestellung alle Personen auf der Station fragt, ob sie sich beteiligen möchten.*

Eine weitere Intervention, die größere Rückfragen ausgelöst hat, ist das *gemeinsame Kennenlernen* (Intervention 6). Es gab die Idee, dass sich die Pflegenden anhand von Steckbriefen, die auf Station aufgehängt wurden, vorstellten (Siehe Abb. 1). Neben Namen, Vornamen und einem Bild der betreffenden Person konnte man auch etwas zu den Hobbys erfahren. Das Team hatte zum Teil die Befürchtung, dass Patient*innen zu viel von einem erfahren könnten. Mögliche Szenarien wurden besprochen, wie realistisch es ist, dass ein*e Patient*in die Identität einer Person erfährt. Das Pflegepersonal stellt sich nämlich den Patient*innen mit dem Nachnamen vor, nennt

STECKBRIEF

Name: Petra Mustermann

Beruf: Gesundheits- und Kranken-
pflegerin

Hobbies und Interessen: Filme, angeln, Buchkreften

Lieblingsessen: Steak, Schwilbbohnenuppe

Lieblingsmusik: Alles außer Hip Hop und Rap

Lieblingsort: Hunde, Wildschweine

Das stresst mich am stärksten:

WAH
Sich nicht

Abb. 1: Teil eines Steckbriefs einer Pflegefachperson (Foto: TIM FRANKENHEIM. Alle Rechte vorbehalten).

sich untereinander jedoch beim Vornamen. Die Patient*innen kommen häufig sehr belastet und teilweise hoffnungslos auf unsere Akutstationen. Sie suchen Hilfe und Unterstützung bei uns. Sie kommen nicht, um uns zu schaden. Zusätzlich wurde auch darüber gesprochen, wie viel wir über unsere Patient*innen wissen, diese im Gegenzug aber nichts über uns. Im Alltag fällt immer wieder auf, was eine tiefere Beziehungsbasis zu Patient*innen positiv bewirken kann. Wenn ich an meine Zeit beim Wechsel auf die geschützte alltagspsychiatrische Station zurückdenke, gab es einige Patient*innen in akuten Krisen, welche sehr distanziert zu mir waren und dann auch in ihrer Anspannung beleidigend und bedrohend wirkten. Durch einen Umgang, in dem sie sich verstanden und wertgeschätzt fühlten, und die positiven Erfahrungen in der gemeinsamen Zeit hat sich dies zum Positiven verändert. Im Laufe der Jahre wurden immer wieder neue Mitarbeitende ohne tiefere Beziehung zu den Patient*innen als „Blitzableiter“ für deren negative Gefühle

genutzt. Die Steckbriefe wurden im Team nach Einigung über den Inhalt erstellt und der Gedanke, dass es positive Auswirkungen hat, sich den Patient*innen mehr zu öffnen, begann sich zu entwickeln. Es konnten im Alltag viel mehr Gespräche über Hobbys und Vorlieben wahrgenommen werden. Diese gegenseitige Offenheit war eine gute Grundlage für mehr Sicherheit im Umgang miteinander, sowohl bei Patient*innen als auch beim Personal. Ein wichtiger Gedanke war, sich in einer Krise auch Positives und die Ressourcen eines anderen anzuschauen.

1. Clear Mutual Expectations (gegenseitige Erwartungen klären)
2. Soft Words (wertschätzend, deeskalierend formulieren)
3. *Talk Down* (professionelles „Herunterreden“/ Deeskalationsgespräch)
4. Positive Words (positive Sprache im Teamstart)
5. *Bad News Mitigation* (schlechte Nachrichten schonend kommunizieren)
6. Know Each Other (einander kennen lernen)
7. Mutual Help Meeting (gegenseitige Hilfe organisieren)
8. *Calm Down Methods* (Beruhigungsmethoden anbieten)
9. *Reassurance* (Sicherheit und Rückhalt geben)
10. Discharge Messages (ermutigende Entlass-Botschaften sichtbar machen) (Safewards 2025)

Einzelne Interventionen, wie *Sicherheit bieten* (Intervention 9), die *unterstützende Kommunikation bei unerfreulichen Nachrichten* (Intervention 5) und die *deeskalierende Kommunikation* (Intervention 3), wurden in der Klinik bereits vor Einführung des Projektes implementiert. Die jährliche Teilnahme an den Deeskalationsschulungen aller Mitarbeitenden der Station wurde seit der Einführung des Safewardskonzepts zuverlässig eingehalten. Dies ist eine Schulung, in der die Teilnehmenden erlernen, wie sie Aggressionen frühzeitig erkennen, gewaltfreie Konfliktlösungen finden und reagieren können. Das regelmäßige Anwenden steigert das Sicherheitsgefühl. Zum Thema Sicherheit wurde der Blick weiter auf das Umfeld gerichtet: Unter anderem Reinigung, Hauswirtschaft sowie Mitarbeiter*innen der Klinik, die

Kontakt zu unseren Patient*innen haben, wie Mitarbeitende des Empfangs. Dies hat nachhaltig das Gemeinschaftsgefühl auf der Station gesteigert.

Bei der *unterstützenden Kommunikation bei unerfreulichen Nachrichten* (Intervention 5) wurde einmal mehr darauf geachtet, wo wir eine Nachricht überbringen, welche Personen dabei sein sollten (die erste Bezugsperson oder jemand, der zu dem Zeitpunkt der Nachricht eher negativ erlebt wird) und inwiefern eine Nachricht für die individuelle Person unerfreulich sein kann.

Als dritte Intervention wurden die *Methoden zur Entspannung* (Intervention 8) eingeführt. Der Gedanke ist hier, dass Patient*innen Partizipation erfahren. Sie sollen befähigt werden, eigeninitiativ durch Skills eine Krise zu überwinden, ohne auf etwas Externes, wie eine Tablette, zurückgreifen zu müssen. Dies bewirkte positiv, dass das Pflegepersonal sich mehr auf Beobachtung eingelassen und frühzeitig den Kontakt gesucht hat. Das Personal war näher an den Patient*innen auf Station und weniger im Dienstzimmer zurückgezogen, sodass eine zeitnahe Bedürfniserfüllung gesichert werden konnte. Langsam begann es, dass Interventionen auf der Station nicht mehr bewusst durchgeführt, sondern regelmäßig unbewusst angewandt und vom Personal in das eigene Handeln aufgenommen wurden.

Eine weitere sehr positive Veränderung schaffte die Intervention der *gemeinsamen Unterstützungskonferenz* (Intervention 7). Die Dankbarkeitsrunde, in der jede teilnehmende Person eine Sache nennt, für die sie in dem Moment dankbar ist, sollte den Blick auf das Positive lenken. Die Nachrichtenrunde sollte alle auf einen Stand bringen und frühzeitig notwendige Informationen an die Patient*innen weitergeben. Im Verlauf merkte man den positiven Effekt des Verständnisses füreinander und die Unterstützung auch im Stationsgeschehen. Nicht selten kam es vor, dass ich als Pflegeperson Tränen in den Augen hatte, da die Stimmung im Raum untereinander so gut war und die Wertschätzung so stark wahrgenommen wurde. Vorher gab es eine Menge Beschwerden übereinander und wenig Verständnis füreinander. Im Laufe der Zeit begannen die Patient*innen, sich umeinander Sorgen zu machen und sich beim Pflegepersonal zwecks Unterstützungsbedarfs zu melden.

1. Clear Mutual Expectations (gegenseitige Erwartungen klären)
2. *Soft Words* (wertschätzend, deeskalierend formulieren)
3. Talk Down (professionelles „Herunterreden“/ Deeskalationsgespräch)
4. *Positive Words* (positive Sprache im Teamstart)
5. Bad News Mitigation (schlechte Nachrichten schonend kommunizieren)
6. Know Each Other (einander kennen lernen)
7. Mutual Help Meeting (gegenseitige Hilfe organisieren)
8. Calm Down Methods (Beruhigungsmethoden anbieten)
9. Reassurance (Sicherheit und Rückhalt geben)
10. Discharge Messages (ermutigende Entlass-Botschaften sichtbar machen) (Safewards 2025)

Interventionen, die schwer greifbar sind und viel Rücksprache zwischen Trainer*innen und Team bedürfen, sind die *positive* (Intervention 4) und *wertschätzende Kommunikation* (Intervention 2).

Die *positive Kommunikation* hat ihren Schwerpunkt in den Teambesprechungen und Übergaben. Die Folgeschicht soll mit einem sicheren Gefühl in den Dienst starten. Ebenfalls sollen die Patient*innen positiv gesehen werden, denn es kann Hoffnung vermittelt werden, wenn ich in mir selbst noch Hoffnung spüre. Befindet sich nun das komplette Team in einer negativen Haltung den Patient*innen gegenüber, ist es schwer, den Genesungsprozess förderlich zu begleiten. Die Patient*innen sehen dann in den Pflegenden in besonders schwierigen Momenten und Phasen keinen Anker. Hat nun ein Teammitglied das Gefühl, dass eine negative Haltung entstanden ist, sollte dies offen im Team kommuniziert werden. Dann kann ein lösungsorientierter Prozess beginnen.

Beispiel:

Vor Einführung des Safewardskonzepts gab es andere Bewertungen seitens des Teams hinsichtlich der Zimmerbelegung. Wo vorher Aussagen kamen wie: „Wir sind hier in einem Krankenhaus, ich kann mir auch nicht aussuchen, mit wem ich dort in einem

Zimmer sein möchte“; wird heute mehr Raum gegeben: „Ich verstehe das, xy redet nicht, was mir ebenfalls Angst machen und den Schlaf rauben würde.“

Bei der wertschätzenden oder verständnisvollen Kommunikation liegt der Schwerpunkt sehr auf der Selbstreflektion, aber auch auf einer veränderten Betrachtung seiner Umgebung. Würde ich mich wertgeschätzt fühlen, wenn mein Gegenüber während eines Gesprächs weiter auf den PC schaut und Dinge eintippt? Ein wichtiger Punkt ist hier das Verbalisieren und Paraphrasieren. Durch diese Techniken kann ich meinem Gegenüber das Gefühl geben, ihn oder sie zu sehen und zu verstehen. Darüber hinaus vermittele ich die Sicherheit, mein Gegenüber wirklich begleiten zu wollen. Auch hier ist es wichtig, im Team die Kolleg*innen anzusprechen und Feedback zu geben, wenn Situationen beobachtet werden, in denen man sich als betroffene Person missverstanden gefühlt hätte.

Die Pflegepersonen sollten *Positivität* und einen *wertschätzenden Umgang* mit den Gefühlen und Bedürfnissen anderer vorleben.

Während der Einführung des Safewardskonzepts kam es dazu, dass Kolleg*innen, die nach längerer Abwesenheit einen Patienten erst im Verlauf seiner Behandlung kennenlernten, nach der ersten Übergabe gegenüber dem Patienten das Gefühl von Sorge und Angst im Umgang entwickelten. Die Übergabe der Kolleg*innen, die bereits in Kontakt mit dem Patienten waren, formulierten ihre Äußerungen mit dem Fokus auf negative Erlebnisse, wie Anspannung des Patienten, verbale Drohung und Beleidigung.

Beispiel:

Während der Einführung des Safewardskonzepts hat eine außenstehende Pflegeperson ein klärendes Gespräch übernommen. Der Patient teilte mit, sich über das Wochenende missverstanden gefühlt zu haben. Dies hat die eigene Grundanspannung verstärkt. Es sei Pflegepersonal, ohne zu klopfen, in den Rückzugsraum, sein Zimmer gekommen. Ebenfalls habe der Patient per Mobiltelefon die Nachricht erhalten, dass sein Job gekündigt wurde. Diese belastenden Nachrichten haben die ohnehin bereits angespannte

Situation, bedingt durch einen Alkohol-Entzug, zusätzlich verschlimmert. Die Notfallaufnahme ereignete sich aufgrund von akuten suizidalen Gedanken, die über das Wochenende nicht so berücksichtigt wurden, wie es unser eigener Anspruch ist. In der nächsten Teambesprechung, an der alle am Fall beteiligten Personen anwesend waren, wurde der Fall offen nachbesprochen. Es wurden für die Zukunft lösungsorientiert Prozessveränderungen angedacht.

Reflexion

Eine Aussage, die uns durch die Zeit begleitet hat, war, dass alle die festgelegten Umgangsformen in den einzelnen Interventionskonzepten soweit möglich befolgen. Das heißt, dass wir viel mehr miteinander kommunizierten. Wenn man eine Situation beobachtet, in der man sich mit der Kommunikation ebenfalls nicht wohl gefühlt hätte, wurde darüber gesprochen. Wir sind alle Menschen und von unseren Emotionen und Erlebnissen beeinflusst. Da ist es wichtig, dass wir uns gegenseitig unterstützen und uns dieser Emotionen bewusst sind. Viele Patient*innen sind besonders feinfühlig und spüren, ob man authentisch in dem ist, was man zeigt. Bin ich nun angespannt, kann ich das in einer Situation auf mein Gegenüber übertragen, auch wenn ich denke, dass ich das unter Kontrolle habe. Professionell wäre es hier, das mit den Kolleg*innen offen zu kommunizieren und sich zurückzunehmen. Ich empfinde zu jedem eine gewisse Sympathie oder Antipathie, auch hier sollte man als psychiatrisch pflegende Person ehrlich mit sich sein. Jeder hat seine individuellen Grenzen und diese sind zusätzlich noch situationsabhängig.

Ein weiteres Thema, das uns beschäftigt hat, ist die Feedbackkultur. Wir haben einiges ausprobiert, um Ängste und Sorgen zu nehmen. Zuletzt haben wir eine feste Feedbackrunde mit visueller Unterstützung nach dem Dienst eingeführt. Es gab eine Auswahl an Bildern, wovon eines von den teilnehmenden Kolleg*innen ausgesucht wurde. Dieses sollte als visuelle Unterstützung dienen, um die eigene Stimmung nach dem Dienst widerzugeben und mit den Kolleg*innen zu teilen. Hier konnte dann eine Beschreibung

des Bildes stattfinden und eine Brücke zur Rückmeldung an die Kolleg*innen erfolgen. Auch gab es alle zwei Monate den Lenkungskreis im Austausch mit der Pflegedienstleitung, die sich aktuell mit dem Thema beschäftigt. Es ist zu beobachten, dass die meisten Feedbackgespräche durch die Safewardstrainer*innen und weitere ausgebildete Kräfte stattfanden, z.B. durch die psychiatrische Fachpflegeperson. Das Ziel, dass die Interventionsbevollmächtigten, also die verantwortlichen Mitarbeiter*innen, die sich eigenständig für diese Aufgabe eingeteilt haben, auf ihre Intervention vermehrt aufmerksam machen und entsprechend den Alltag beobachten, haben wir noch nicht wie gewünscht erreicht. Das Team hat sich mit der Zeit verändert und die Mitarbeitenden haben durch die bereits bekannten Interventions-Bereiche, mit denen sie eigeninitiativ arbeiten konnten, immer mehr den Wunsch nach Entwicklung und Beteiligung geäußert. Es gab viele neue kreative Ideen und die Patient*innen wurden in immer mehr Entscheidungen mit einbezogen (Partizipation).

Die vollständige Veränderung von bestehenden Stationsstrukturen ist natürlich sehr viel Arbeit, teilweise sogar ein „Kampf“. Es ist wichtig, den Sinn und die Ziele dieser Arbeit allen Beteiligten immer wieder aufzuzeigen und Erfolge zu feiern. Hierzu benötigt es meiner Meinung nach mindestens zwei Personen, die sich gegenseitig unterstützen können. Es kam zu vielen Situationen, in denen einer von uns frustriert war und das Gefühl hatte, Rückschritte zu machen. In diesen Fällen konnte der Gegenpart dann einlenken und den Blick zurück in die richtige Richtung wenden. Es gab aber mindestens genauso viele Situationen, in denen wir viel Spaß hatten, und zusätzlich konnten wir unsere Kompetenzen weiterentwickeln und Energie aus vielen Erfolgen ziehen. Vermehrt gab es positive Rückmeldungen von allen Seiten.

Wenn man mich fragt, hat sich jede Minute der Arbeit, die alle Beteiligten in das Projekt investiert haben, bis heute gelohnt. Teilweise habe ich das Gefühl, dass wir aufgrund der Positivität der Patient*innen und auch der Mitarbeitenden sogar ein Umdenken bei außenstehenden Personen bewirken konnten. Die Station ist mittlerweile

auf Patient*innen- und Mitarbeitenden-Seite sehr beliebt. Es gab Versetzungsanträge, nachdem Mitarbeitende bei uns hospitiert haben, und viele unserer internen Auszubildenden haben den Wunsch entwickelt, nach dem Abschluss ihrer Ausbildung auf der Station anzufangen. Einige Patient*innen haben nun den Wunsch, bei uns aufgenommen zu werden, bzw. können sich besser auf eine freiwillige Behandlung einlassen. Zusätzlich zu den festen Interventionen haben sich über die Zeit einige Ideen bezüglich der Beschäftigung mit den Pflegeempfängern entwickelt. Dinge, die früher problemorientiert mit dem Verweis auf Hindernisse abgeschmettert wurden, werden mittlerweile flexibel und mit positiven Gefühlen im Alltag integriert, z.B. viele spontane Entspannungsrunden.

Literatur

- BOWERS, LEN; JAMES, KAREN; QUIRK, ALAN; SIMPSON, ALAN; STEWART, DUNCAN & HODSOLL, JOHN 2015. Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International journal of nursing studies* 52, 9: 1412–1422.
- Pajonk, Franz-Günter; Messer, Thomas & Berzewski, Heinz 2020. S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie. Berlin: Springer.
- SAFEWARDS 2025. Resources for Safewards implementation. <https://www.safewards.net/> [09.09.2025].



Lena Krupski arbeitet als Pflegefachperson im Bereich Projektleitung für pflegerische Entwicklung sowie der freigestellten Praxisanleitung in der Klinik Königshof in Krefeld, einem psychiatrischen Akutkrankenhaus. Einen großen Einfluss auf ihre Arbeit hatten die Fachweiterbildung für psychiatrische Gesundheit und die Weiterbildung zur Resilienztrainerin, welche den Recoverygedanken im täglichen Arbeiten in den Mittelpunkt stellen.

Klinik Königshof
Am Dreifaltigkeitskloster 16
47807 Krefeld
e-mail: l.krupski@ak-neuss.de

Die Station Kosmas mit Soteria-Elementen im Alexius/Josef Krankenhaus

STEFAN GARTKE

In diesem Artikel wird die im Mai 2023 im Alexius/Josef Krankenhaus (AJK) eröffnete Station Kosmas vorgestellt. Das Behandlungskonzept und dessen Hintergründe sowie der aktuelle Stand der Umsetzung werden vorgestellt und die besonderen Herausforderungen abschließend diskutiert.

Einleitend kann gesagt werden, dass pflegerische Versorgung nach Soteria-Prinzipien beziehungsorientierte und deeskalierende Ansätze betont, die auf Machtreduktion, Partizipation, Begegnung auf Augenhöhe und einem stabilen sozialen Umfeld beruhen. Pflegende geben Strukturen vor, fördern aber gleichzeitig auch die Autonomie von Patient*innen. Asymmetrische Beziehungen mit traditionellen Hierarchien, in denen Pflegende die Expert*innen und Patient*innen die passiv Therapie Empfangenden sind, können Abhängigkeiten und Machtgefälle verstärken, wohingegen symmetrische Beziehungen in ihrem Streben nach Kommunikation auf Augenhöhe, Mitbestimmung und Dialog, Autonomie und Vertrauen stärken sollen. Soteria-Elemente ermöglichen eine empowernde Pflegepraxis, die sich mit der Beziehungsgestaltung durch patient*innenorientiertes, gewaltfreies und kooperatives Arbeiten auseinandersetzt. „Vor allem aber wird eine andere Grundhaltung in der Begleitung durch die Psychose angestrebt, ein Mit-Erleben, Mit-Aushalten und Sich-Auseinandersetzen. Es geht um die Schaffung einer Atmosphäre gegenseitiger Wertschätzung und Akzeptanz“ (CIOMPI, HOFFMANN & BROCCARD 2001: 183).

Das Soteria-Konzept

Das Soteria-Konzept entstand als ein alternatives Behandlungsmodell für Menschen mit psychotischen Ersterkrankungen und wurde in den 1970er Jahren vom US-amerikanischen Psychiater LOREN MOSHER entwickelt. Aus dem Griechischen

stammend bedeutet „Soteria“ Befreiung, Bewahrung, Sicherheit oder Rettung (KAUTZ 1998). Ziel des Konzeptes ist es, ein niedrigschwellig nutzbares Angebot zu Versorgung zu bieten, bei dem auf Zwangsmaßnahmen, übermäßige Medikation und klassische Krankenhausstrukturen verzichtet wird (MOSHER 2003: 220). Stattdessen liegt das Hauptaugenmerk auf der zwischenmenschlichen Beziehung, Empowerment und der Begleitung der psychotischen Erfahrung. FABEL *et al.* (2023: 6–7) kommen zu dem Ergebnis, dass die Implementierung von Soteria-Elementen eine potenziell weniger schädliche Behandlung psychotischer Patienten bei reduzierter Medikation zulässt und die Behandlung recovery-orientierter umsetzbar ist. Für CIOMPI (2003: 34–35) gilt nach dem Konzept der Affektlogik die maximale Stressreduktion im Behandlungsmilieu als Schlüssel zur erfolgreichen Behandlung.

Aufbauend auf MOSHER und CIOMPI formuliert die INTERNATIONALE ARBEITSGEMEINSCHAFT SOTERIA (IAS) (2025) folgende Kriterien für Soteria-Einrichtungen:

1. Setting

Klein, gemeindezentriert, offen, freiwillig, heimatartig, mit nicht mehr als 10 Betten inkl. zweier Staff-Mitglieder (ein Mann und eine Frau), die mit Vorteil in 24–48-Stunden-Schichten arbeiten, um die nötige langfristige intensive 1:1-Betreuung zu gewährleisten.

2. Soziales Umfeld

Respektvoll, zuverlässig, klar, voraussagbar, Obdach, Sicherheit und Schutz gewährend, haltend, mit individuell abgestimmter Stimuluskontrolle, Stützung und Sozialisation. Soll mit der Zeit als Ersatzfamilie erlebt werden können.

3. Soziale Struktur

Erhaltung von persönlicher Entscheidungsfreiheit

und Autonomie zwecks Vermeidung der Entwicklung unnötiger Abhängigkeit. Förderung von gegenseitigen Beziehungen. Minimale Rollendifferenzierung zwischen Staff und Klient*innen zwecks Förderung von Rollenflexibilität, Beziehung und Kontakt. Gemeinsame Erledigung von täglichen Hausaktivitäten wie Kochen, Putzen, Einkaufen, Musizieren, künstlerische Betätigung, Ausflüge etc. zwecks Aufrechterhaltung des Bezugs zum Alltagsleben.

4. Betreuer*innenteam

Eventuell psychiatrisch geschultes Fachpersonal, speziell geschulte und ausgewählte Laien, ehemalige Klienten, die in frühere Behandlungsprogramme einbezogen waren, oder eine Kombination dieser drei Kategorien. Berufsbegleitende Ausbildung durch Supervision der Arbeit mit Klient*innen und Familien sollte bei Bedarf für sämtliche Betreuer*innen verfügbar sein.

5. Zwischenmenschliche Beziehungen

Beziehungen haben eine zentrale Bedeutung für das Gelingen des Programms. Sie werden erleichtert durch ideologisch nicht festgelegte Betreuer*innen, die der Psychose mit offenem Geist gegenüberstehen, positive Verlaufserwartungen vermitteln und das subjektive psychotische Erleben im Licht des Verständnisses, das sich durch „Mitsein“ und „Mittun“ mit den Klient*innen entwickelt, als real bewerten. Im Umgang mit den Klient*innen soll keinerlei psychiatrischer Jargon verwendet werden.

6. Therapie

Sämtliche Aktivitäten werden als potenziell „therapeutisch“ eingestuft. Keine formellen Therapiesitzungen mit Ausnahme von Familieninterventionen. Hausinterne Probleme sollen im gemeinsamen Gespräch mit allen Beteiligten sofort angegangen werden.

7. Medikamente

Keine oder nur niedrig dosierte neuroleptische Medikation zwecks Vermeidung von akuten Dämpfungseffekten mit Unterdrückung der emotionalen Ausdrucksfähigkeit. Zugleich Vermeidung von langfristig toxischen Wirkungen. Benzodia-

zepine können kurzzeitig zur Harmonisierung des Schlaf-Wachrhythmus eingesetzt werden.

8. Aufenthaltsdauer

Sollte ausreichend lang sein, so dass Beziehungen entwickelt, auslösende Ereignisse erkannt, versteckte schmerzhaft Gefühle erlebt und ausgedrückt und in die Kontinuität der persönlichen Lebensgeschichte eingeordnet werden können.

9. Nachbetreuung

Persönliche Beziehungen mit Betreuer*innen und Klient*innen nach der Entlassung sind zu ermutigen, um (wenn nötig) die Rückkehr ins normale Leben zu erleichtern und die Entwicklung von Netzwerken von Gleichgestellten mit Problemlösungspotentialen in der Gemeinschaft zu fördern. Die Verfügbarkeit von Netzwerken, welche die Integration der Klient*innen und des Programms selbst in die Gemeinschaft befördern, ist von zentraler Bedeutung für den langfristigen Erfolg (INTERNATIONALE ARBEITSGEMEINSCHAFT SOTERIA 2025).

Darüber hinaus gibt es noch Kriterien für (akutpsychiatrische) Stationen mit integrierten Soteria-Elementen, an welchen sich die Station Kosmas messen lassen muss, um die Umsetzung des Soteria-Gedankens im Alltag gewährleisten zu können und den Kontakt zu Patient*innen und Angehörigen im multiprofessionellen Team mit der richtigen therapeutischen Haltung bestmöglich zu gestalten. Folgende Kriterien sollen als Leitlinie verstanden und kontinuierlich weiter umgesetzt werden:

1. Therapeutische Rahmenbedingungen

- Konzeptuelle und personelle Kontinuität von Behandlungsbeginn bis zur Entlassung
- Behandlung im multiprofessionellen Team mit gemeinsamer Fallbesprechung
- Behandler*innenkonstanz bei Wiederaufnahme
- Bezugstherapeutesystem
- Weiterbehandlung im gemeindepsychiatrischen Versorgungssystem
- Supervision / gemeinsame Fortbildungen im multiprofessionellen Team

2. Therapeutische Grundhaltung

- Ganzheitliches Psychose-Verständnis (die see-lische Dimension steht im Vordergrund / Psychose als psychische Extremreaktion im Rahmen einer schweren Krise)
- Zwischenmenschliche Beziehung als primärer Bestandteil der Therapie mit häufigen therapeutischen Kontakten im Stationsalltag
- Dabeisein (durch den psychotischen Zustand begleiten)
- Individualisierung (der einzelne Mensch mit seinem subjektiven Erleben, seiner Situation und seiner Lebensgeschichte steht im Mittelpunkt / Fallbesprechung als Zusammenschau unter Berücksichtigung der Lebens- & Krankheitsgeschichte möglichst unter Einbeziehung der Patient*innen)
- Positive Erwartungshaltung (ein Mensch in einer psychotischen Krise hat grundsätzlich ein Potential zur Wiederherstellung seiner Persönlichkeit und zur Integration der Psychose in seinen Lebenszusammenhang / anknüpfen an individuellen Ressourcen und Stärken der Eigenverantwortung)
- Akzeptanz der Psychose-Erfahrung (die Psychose-Erfahrung wird als subjektive Realität der Patient*innen angenommen, die grundsätzlich bedeutungsvoll und sinnvoll sein kann)

3. Milieutherapeutische Merkmale

- Möglichst geringe Patient*innenzahl
- Persönliches Milieu (individuelle räumliche Gestaltung der Station / das therapeutische Milieu ist durch die zwischenmenschliche Begegnung geprägt)
- Klinische Hierarchie minimiert (prinzipielle Gleichwertigkeit der Teammitglieder bei unterschiedlichen Funktionen)
- Aufgabenteilung (Mitbestimmung der Patient*innen bei der Gestaltung des stationären Alltags / Aufgabenteilung unter den Teammitgliedern unterschiedlicher Berufsgruppen / Teilung der Alltagsaufgaben zwischen Teammitgliedern und Patient*innen)
- Station als Begegnungs- und Kommunikationsraum (Wohnküche, Wohnzimmer, runder Tisch etc.)
- Offene Stationstür

- Kooperation mit Angehörigen (Einbeziehung der Angehörigen in den therapeutischen Prozess: Familienzusammenkünfte / Familiengespräche / Kooperationspartner in der Einzelbetreuung von Patienten in der akuten Krise / Arbeit nach den Kriterien des „Offenen Dialogs“)

4. Therapeutische Interventionen

- Aufnahmekultur (direkte Aufnahme durch Bezugstherapeut*innen ohne vorgeschaltete zentrale Aufnahme / an den Bedürfnissen des Patienten orientiertes Aufnahmegespräch, bei Bedarf mit Angehörigen in reizarmer störungsfreier Umgebung, gegebenenfalls Getränkeangebot / orientierungsgebende Hilfestellungen / Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung mit Regulierung von Nähe und Distanz)
- Supportive Haltung des Teams (Haltende Umwelt – Präsenz, Halt, Unterstützung, Fürsorge [Holding])
- Empathisches Verstehen, einschließlich der psychotischen Symptomatik
- Kontinuierliche Behandlungsplanung gemeinsam mit den Patient*innen (für alle Behandlungsschritte und -ziele ein Einverständnis der Patient*innen erreichen)
- Behutsamer Umgang mit Psychopharmaka (verhandeln statt behandeln / Alternativen zur medikamentösen Behandlung erörtern und zulassen / häufige Überprüfung und Dosisanpassung / Nebenwirkungsprofil individuell anpassen / Ziel: selbständiger eigenverantwortlicher Umgang mit Medikamenten)
- Möglichkeit der Begleitung im weichen Zimmer (1:1 Kontakt bei Bedarf, gegebenenfalls auch durch Angehörige leistbar)
- Biographische Integration der Psychose (Entwicklung eines lebensgeschichtlichen Kontexts für die Krise / konstruktive Auseinandersetzung mit sich selbst und der Erkrankung)
- Gruppenzusammenkünfte (zur Förderung der Selbstbefähigung / zur Wiederentdeckung von persönlichen Ressourcen / zum Leben und Lernen in der Gemeinschaft / zur Förderung des Austauschs von Psychose-Erfahrungen / zur Regulierung interpersoneller Probleme und Bedürfnisse / zur Förderung von Peergroups)

- Bedürfnisorientierte familiäre Unterstützung (frühzeitiges und kontinuierliches Einbeziehen des sozialen Umfelds mit Einverständnis der Patient*innen, beispielsweise im Rahmen des „Offenen Dialogs“) (INTERNATIONALE ARBEITSGEMEINSCHAFT SOTERIA 2025)

Um den Umsetzungsgrad der Kriterien für Soteria-Einrichtungen zu beurteilen, wird von Mitgliedern des Vorstands der IAS in einem kollegialen Audit die Soteria-Fidelity-Scale genutzt, in der die unterschiedlichen inhaltlichen Kriterien als überprüfbare Items aufgeführt werden. In 30 Items werden zwischen 1 und 3 Punkte vergeben. Neben dem Pflichtkriterium frei von Zwangsbehandlungen zu sein, gibt es 7 Kernkriterien, für die mindestens 2 Punkte erreicht werden müssen. Sie umfassen die Bereiche Beziehungskultur, Partizipation, Milieuqualität, therapeutische Haltung und strukturelle Integrität. Ab 52 erreichten Punkten handelt es sich um eine Station mit Soteria-Elementen, ab 72 Punkten um eine vollständige Soteria.

Das Konzept der Station Kosmas

Entsprechend der im vorangegangenen Kapitel beschriebenen Kriterien für Soteria-Stationen wurde das Konzept für die Station Kosmas an bereits bestehende Stationskonzepte des AJK angelehnt, gleichzeitig aber darauf ausgelegt, gezielt eine möglichst gute Bewertung auf der Soteria-Fidelity-Scale zu erreichen. Es folgt die Vorstellung der Station Kosmas als eigenes Pflegekonzept:

Einführung und Grundlagen

Die Station Kosmas stellt eine offen geführte Akutstation mit maximal 13 Behandlungsplätzen dar. Sie richtet sich speziell an junge Erwachsene zwischen 18 und 40 Jahren, die sich in einer akuten psychotischen Krise befinden oder einen drohenden Ausbruch befürchten. Das Behandlungskonzept ist explizit an den Rahmenbedingungen der IAS ausgerichtet und setzt konsequent auf die Prinzipien der Milieuthérapie und einer wertschätzenden, tragfähigen Beziehungsgestaltung

als zentrale Wirkfaktoren. „Die therapeutische Arbeit in der Soteria bedeutet in erster Linie, Atmosphären zu schaffen, die für den Genesungsprozess förderlich wirken. Die in der Soteria vorherrschenden Atmosphären können mit folgenden Attributen beschrieben werden: Geborgenheit vermittelnd, reizgeschützt, entspannend, angstlösend, vertrauensfördernd, kommunikativ, authentisch, partnerschaftlich, familiär und entmedikalisiert“ (HOFFMANN 2018: 889).

Therapeutische Räumlichkeiten

Die Lage der Station im Erdgeschoss des AJK ermöglicht den direkten Zugang zu Außenbereichen, darunter zwei Gärten und ein Innenhof – wesentliche Elemente für Rückzug und Naturerleben. Die 13 Plätze verteilen sich auf acht Patient*innenzimmer (drei Einzel- und fünf Zweibettzimmer). Über die Zimmer hinaus bietet das Milieu vielfältige Gemeinschafts- und Rückzugsräume: einen Gemeinschaftsraum, einen separaten Speisesaal mit Küche, einen Ruheraum, zwei Gesprächsräume sowie ein Bad mit Wanne. Besondere Bedeutung kommt dem „Weichen Zimmer“ zu: Dieser besonders angenehm gestaltete Raum dient als frei zugänglicher Rückzugsort oder als geschützter Raum für Krisengespräche und -begleitung. Sein Charakter als frei wählbare, unterstützende Umgebung, nicht als Ort der Isolation oder Fixierung, unterscheidet ihn fundamental von herkömmlichen Kriseninterventionsräumen. Dort sollen mittels Reizabschirmung und tragender 1:1-Betreuung Patient*innen durch akute psychotische Krisen begleitet werden (HAHN & DIEFENBACHER 2015: 186). Das Stationszimmer und die Mitarbeiter*innenbüros sind bewusst dezentralisiert.

Gestaltete Atmosphäre und Alltagsstruktur

Das Klima auf Station Kosmas ist geprägt von Freundlichkeit, Offenheit und einer gemeinsam getragenen Verantwortung. Patient*innen und Mitarbeiter*innen gestalten die Umgebung aktiv mit. Der strukturierte Stationsalltag mit gemeinsamen Mahlzeiten und Aktivitäten sowie die

engmaschige, präsente Begleitung durch das Team sind zentral. Einfache Tätigkeiten im Haushalt sollen genutzt werden, um schrittweise den Bezug zur Realität wiederherzustellen (HOFFMANN 2018: 889). Sie ermöglichen soziale Teilhabe und Integration auch während akuter Krisen. Während die allgemeine Hausordnung des AJK gilt, verzichtet Kosmas bewusst auf zusätzliche, starre Stationsregeln. Regeln für das Zusammenleben entstehen stattdessen situativ aus dem täglichen Miteinander und werden individuell und bedarfsorientiert mit den Patient*innen vereinbart. Dieser partizipative Ansatz stärkt Autonomie und Verantwortungsgefühl.

Multiprofessionelles Team und Arbeitsprinzipien

Das Team vereint diverse Expertisen: Psychologische Psychotherapeut*innen, einen Funktionsoberarzt, die leitende Oberärztin, die pflegerische Stationsleitung, Gesundheits- und Krankenpflegekräfte, eine Ergotherapeutin, eine Bewegungstherapeutin, eine klinische Sozialarbeiterin und eine Genesungsbegleiterin (Stand Juni 2025). Ein Kernprinzip ist der intensive direkte Kontakt: Mindestens zwei Drittel der Arbeitszeit verbringen Teammitglieder aktiv im Milieu mit den Patient*innen. Dies wird durch die verpflichtende Teilnahme an Mahlzeiten, eine konsequente „Offene Tür“-Kultur der Mitarbeitenden und die Verlagerung administrativer Tätigkeiten aus dem Stationszimmer in die Gemeinschaftsbereiche sichergestellt. Regelmäßiger Austausch ist institutionalisiert: Eine wöchentliche multiprofessionelle Teambesprechung dient der Koordination und Reflexion, während eine zweimonatliche, extern moderierte Supervision die Teamdynamik und Fallarbeit vertieft. Diese Strukturen unterstützen eine kontinuierliche, abgestimmte und reflektierte Arbeit im therapeutischen Milieu.

Behandlung

Zielgruppe

Das Behandlungsangebot richtet sich primär an Personen zwischen 18 und 40 Jahren in akuten oder sich anbahnenden psychotischen Krisen. Ausschlusskriterien sind vorrangige Suchterkrankungen oder ausgeprägte Persönlichkeitsstörungen. Eigen- oder Fremdgefährdung erfordert eine kritische Abwägung der Eignung für das offene Setting – ein Kernkriterium der Soteria-Fidelity-Scale.

Behandlungsziel

Die Behandlungsziele beinhalten eine Stabilisierung des Zustandes und die Befähigung, ein möglichst eigenverantwortliches Leben zu führen. Dazu sollen Lebensführungskompetenzen gefördert sowie präventive Maßnahmen zur individuellen Rückfallprophylaxe erlernt werden. Darüber hinaus sollen bereits vorhandene Ressourcen erhalten und gestärkt werden.

Aufnahmeprozess

Die Aufnahmen erfolgen elektiv oder notfallmäßig über die Zentralaufnahme. Neuankommende werden persönlich empfangen, der Zustand wird im Erstkontakt eingeschätzt. Bei akuter Krise beginnt umgehend eine 1:1-Begleitung durch Mitarbeitende. Diese folgt dem Soteria-Prinzip des „being with“: Anerkennung subjektiver Erfahrungen, behutsame Realitätsorientierung und Beziehungsarbeit ohne Sicherungsfokus. Die Patient*innen erhalten im Rahmen des Aufnahmeprozesses einen*e Bezugsbetreuer*in zugewiesen.

Bezugsbetreuer*innen

Die zugewiesenen Bezugsbetreuer*innen arbeiten in einem Tandem aus bestimmten Professionen, das aus Ärzt*innen oder Psychologinnen und Pflegenden oder Ergotherapeutinnen zusammen-

gestellt wird und das die Patient*innen kontinuierlich durch die Behandlung begleitet – im besten Fall von der Aufnahme bis zum Entlassungsgespräch. In den wöchentlichen interdisziplinären Visitenvorbereitungen tauschen sich die Bezugstams im Sinne einer Fallreflexion vor ihren mindestens einmal wöchentlich gezielt stattfindenden Bezugsgesprächen mit ihren zugeordneten Patient*innen über Behandlungsverlauf und Ziele aus. Die Kontinuität der Bezugsbetreuer*innen besteht auch über den stationären Aufenthalt hinaus, mindestens bis zum Nachgespräch, aber auch für den Fall einer erneuten Behandlung.

Pharmakotherapie

Medikation erfolgt niedrigdosiert im notwendigen Rahmen. Personen werden umfassend über Wirkungen, Alternativen und Nebenwirkungen aufgeklärt. Die Entscheidungsautonomie soll jederzeit erhalten bleiben. Kurzfristige medikamentöse Reizabschirmung kann unterstützt durch das milieutherapeutische Setting den Ankunftsprozess erleichtern, soll aber, wenn möglich, durch Beziehungsarbeit und Reizreduktion im Milieu so milde wie möglich zum Einsatz kommen.

Umgang mit Krisen

Zwangsmaßnahmen sind ausgeschlossen. Bei akuter Eigen-/Fremdgefährdung, die ein offenes Setting unmöglich macht und auch durch eine intensive 1:1-Betreuung nicht durch Beziehungsarbeit deeskaliert werden kann, erfolgt im allergrößten Notfall die Verlegung in einen geschützten Bereich, da die Umsetzung von Zwangsmaßnahmen auf einer Soteria-Station entgegen den Kriterien für Soteria-Stationen steht und für eine Zulassung als solche disqualifiziert (INTERNATIONALE ARBEITSGEMEINSCHAFT SOTERIA 2023: 1).

Entlassplanung

Die Entlassung wird frühzeitig partizipativ mit den Patient*innen durch die Bezugsbetreuer*innen vorbereitet. Unterstützung bei der Organisation ambulanter Anschlussbehandlung (z.B. Tagesklinikvermittlung oder Suche nach einer ambulanten Psychotherapie) wird angeboten und häufig in Anspruch genommen. Ebenso wird, wenn gewünscht, ein Nachgespräch mit einem/einer Bezugsbetreuer*in 2–4 Wochen nach der Entlassung angestrebt, um die Zeit nach der Behandlung gemeinsam zu besprechen und ggf. weitere Hilfestellung zu leisten.

Milieutherapie

Bereits mit Beginn der Behandlung werden die Patient*innen in den Alltag des Stationsmilieus integriert. Die transparente Tagesstruktur lässt Raum für bedürfnisorientierte Kontakte und Unterstützung der jeweiligen Personen. Gemeinsame Mahlzeiten gelten als Kernrituale und in der täglichen Morgenrunde wird die eigene Befindlichkeit reflektiert und der Alltag miteinander organisiert. Dazu stehen neben den vielen Gelegenheiten zusammenzukommen, auch ausreichend Räumlichkeiten und Gelegenheiten zum bedürfnisorientierten Rückzug zur Verfügung. In familiärer Atmosphäre kann die Selbstversorgung im Milieu umgesetzt werden. Einkäufe werden geplant und begleitet, es wird gemeinsam selbst gekocht und die Mahlzeiten werden gemeinsam eingenommen.

Gemeinschaftsversammlung

In der wöchentlich stattfindenden Gemeinschaftsversammlung plant die Gruppe die Tagesgerichte nach ihren Vorstellungen und nimmt dabei auch Rücksicht auf die individuellen Ernährungsbedürfnisse durch ausreichende vegetarische oder vegane Alternativen bei der Menügestaltung. Ebenso werden die wohngemeinschaftsähnlichen Gemeinschaftsdienste verteilt. Es wird insgesamt darauf geachtet, dass eine transparente

Kommunikation von Aktivitäten und Regeln stattfindet und in einer familiären Atmosphäre Aufgaben entsprechend den individuellen Ressourcen und Fähigkeiten aller Nutzenden verteilt werden.

Gruppentherapeutische Angebote

Neben den alltagsnahen therapeutischen Angeboten finden ebenfalls Gruppentherapien im Stationsmilieu nach dem Konzept der therapeutischen Dienste statt. Dazu gehören:

In der Kreativtherapie, begleitet durch den/die Ergotherapeut*in der Station, haben die Patient*innen die Möglichkeit, sich kreativ auszudrücken und zu gestalten und so Themen Ausdruck zu verleihen, die nur schwer in Worte zu fassen sind. Das offene Angebot der Kreativtherapie findet täglich statt.

Sporttherapie: Bewegung trägt maßgeblich zum Wohlbefinden bei. Mindestens zweimal pro Woche erhalten die Patient*innen die Möglichkeit, sich in Begleitung von ausgebildeten Sporttherapeut*innen aktiv zu betätigen.

Musiktherapie: Begleitet durch eine*n ausgebildete Musiktherapeut*in erhalten die Personen die Möglichkeit, sich über Musik auszudrücken.

Tiergestützte Therapie: Einmal wöchentlich und am Wochenende können die Kaninchenställe der Klinik besucht werden. Währenddessen werden die Ställe der Kaninchen gesäubert, die Tiere gefüttert und natürlich auch gestreichelt. An Wochenenden und Feiertagen gibt es keine festen Aktivitäten, sie werden individuell mit den Patient*innen vor Ort geregelt.

Offene Gruppe

Das offene Gruppenangebot wird individuell durch die multiprofessionellen Mitarbeitenden der Station gestaltet. Die offenen Gruppen finden mehrmals wöchentlich statt. Der Zeitraum kann genutzt werden, um verschiedene Gruppenangebote zu unterbreiten. z.B.: Aromapflege, Ohrakupunktur, Kreativstunde, Spaziergänge, Psychotherapiegruppe, Psychoedukation oder Kognitives Training. Es handelt sich um eine themenoffene

Gruppe, die den (Erfahrungs-)Austausch der Personen fokussiert. Themen können von den Teilnehmenden eingebracht werden und sowohl krankheitsspezifisch als auch krankheitsübergreifend sein. Ziel ist es, ein Verständnis für die eigene Erkrankung zu entwickeln und die Personengruppe zur weiteren gemeinsamen Auseinandersetzung zu motivieren. Die Gruppen können aber auch je nach Situation störungsspezifischer ausfallen und sich mit dem Erkennen von Frühwarnzeichen und der Befähigung zur Selbsteinschätzung beschäftigen. Die teilnehmenden Patient*innen können auch mögliche Interventionen zur Stressregulation erarbeiten. Zu beachten ist, dass die „Offene Gruppe“ nicht durch eine bestimmte Berufsgruppe begleitet werden muss, sondern flexibel sowohl den Bedürfnissen der Patient*innen als auch den zeitlichen Kapazitäten der Mitarbeitenden angepasst werden kann. Im Fokus steht das Zusammenkommen in der Gemeinschaft.

Freizeitgestaltung

Neben den begleiteten therapeutischen Angeboten haben die Patient*innen ebenfalls die Möglichkeit, sich je nach ihren eigenen Bedürfnissen eine Beschäftigung zu suchen. Zur freien Auswahl stehen Gartenarbeit, Gesellschaftsspiele, Bücher, Puzzle, ein E-Piano, eine Tischtennisplatte, ein Fernseher und Materialien zur kreativen Gestaltung zur Verfügung. „Entscheidend ist die Atmosphäre, in der sich dieser milieutheraeutische Prozess abspielt: Werden die ausgeführten Tätigkeiten in ein Beziehungsnetz sowie unmittelbare Sinnhaftigkeit integriert, vermögen sie den ganzen Menschen zu motivieren, herauszufordern oder zu verändern“ (HOFFMANN 2018: 890).

Diskussion

Insgesamt kann das Team der Station Kosmas mit Soteria-Elementen sehr stolz auf ihr bisher zweijähriges Bestehen sein. Die Anerkennung der IAS als Station mit Soteria-Elementen und die Teilnahme an der Mitgliederversammlung und der

Tagung der IAS 2025 zeigen, dass die Station Kosmas in relativ kurzer Zeit viel erreicht hat und gewillt ist, sich am Soteria-Netzwerk weiter zu beteiligen und die Station weiter zu entwickeln. Eine hohe Treue zum Modell ist mit besseren Outcomes für die Behandlung von Patient*innen verbunden (WHO 2021: 53), weshalb das Ziel sein sollte, das System möglichst ganzheitlich umzusetzen. Die Soteria-Fidelity-Scale misst den Umsetzungsgrad von Soteria-Einrichtungen, weshalb die Analyse des Ergebnisses mit seinen Entwicklungspotentialen sehr wichtig ist.

Einige positive Entwicklungen wurden im Rahmen des Audits durch die IAS im ersten Jahr als Zugewinne auf der Soteria-Fidelity-Scale festgestellt. Dazu zählen der regelmäßige Einbezug von Angehörigen, der Aufenthalt der Mitarbeitenden in den öffentlichen Bereichen der Station im Kontakt mit den Patient*innen, die Mitbestimmung der Patient*innen bei der Behandlung, der Reizschutz durch ausreichend Rückzugsräume, das ungezwungene Klima bei familiärer Atmosphäre und die Fortschritte in der 1:1-Behandlung, welche inzwischen zum festen Behandlungsangebot zählen (NISCHK & VOSS 2024). Diese 1:1-Begleitung, die als intensivste Form der Begleitung der Patient*innen in ihren Krisen zu verstehen ist und im Soteria-Gedanken als „being with“ bezeichnet wird, bindet personelle Ressourcen, die innerhalb des Personals der Station nicht immer ausreichend vorhanden sind. Wenn Bezugspersonen in 1:1-Begleitungen sind, bedarf es stationsexterner Mitarbeitenden, die den Stationsbetrieb aufrechterhalten. Was Patient*innen betrifft, die sich in akuten psychotischen Krisen befinden, wäre es wünschenswert, dass diese in der Aufnahme- und Verlegetherapie der Klinik direkt ihren Weg auf die Station Kosmas finden, um dort die 1:1-Begleitungen, welche dort zum festen Behandlungsangebot zählen, auch zu erfahren.

Bei der erstmaligen Prüfung durch ein Audit der IAS im März 2024 erreichte die Station Kosmas mit 67 Punkten eine gute Bewertung auf der Soteria-Fidelity-Scale und konnte sich auf Anhieb als Station mit Soteria-Elementen einstufen lassen. Der Wert grenzte sogar an die qualitativ noch darüber liegende Wertung der reinen Soteria-Station. Gründe für fehlende Punkte sind bekannte

bauliche und gesundheitsökonomische Einschränkungen, die der Einstufung als klassische Soteria entgegenstehen (HAHN & DIEFENBACHER 2015: 187) und auch ein klinisch externes Setting, welches für eine bessere Bewertung gesorgt hätte, nicht zuließen. Die zum einen gelobte gehobene Ausstattung, welche Komfort und Reizschutz bietet, erinnert gleichzeitig aber auch an ein Krankenhaus (NISCHK & VOSS 2024). Einige Maßnahmen zur Verbesserung wurden bereits umgesetzt, so wurden inzwischen Bilder in den Fluren aufgehängt und die wohnliche Gestaltung verbessert. Geplant ist noch die Entfernung der Glaskanzel, um eine Begegnung auf Augenhöhe zu fördern und den Krankenhauscharakter abzuschwächen. Es besteht weiterhin der Wunsch, Handläufe in den Fluren zu entfernen.

Als ausbaufähig ist nach der Soteria-Fidelity-Scale auch die Rolle der Ärzt*innen bzw. Psycholog*innen zu betrachten. Voraussetzung für eine gute Bewertung ist es, Aufgaben wie Medikamentenaufklärung, Ausgangsregelungen, Dokumentation/Korrespondenz nach außen, teilweise oder vollständig an andere Berufsgruppen zu delegieren. Dieses Thema wird bereits in vielen Teambesprechungen und auch Supervisionen adressiert und auch im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten weiterentwickelt, um das gesamte Team mit seinen verschiedenen Professionen zu gleichwertigeren Milieutherapeuten zu entwickeln. So werden bereits Nachgespräche auch durch Pflegendе und Ergotherapeutinnen geführt und Gruppenangebote interdisziplinär geleitet. In Planung ist z.B., Schilderungen von Epikrisen in Arztbriefen auch durch Pflegendе schreiben zu lassen.

Ebenso wurden die Gruppeninhalte mit ihren mehrheitlich vorgeschriebenen, formalisierten Inhalten, wie Ergo- und Bewegungstherapie oder Psychotherapie, kritisiert (NISCHK & VOSS 2024). Hier wurden bereits teilweise Anpassungen im Konzept vorgenommen und z.B. offene Gruppenangebote geschaffen, um milieutherapeutischen oder sozialen Inhalten Raum zu geben, die aus der Gemeinschaft heraus zum Thema gemacht werden. Mit dem Ausbau der Pflanzflächen im Garten und dem Aufbau des Gewächshauses oder der Verlegung des Sportraumes an die Aufent-

haltsräume, sind Aktivitäten in der Gemeinschaft wie Gartenarbeit oder Sport spontaner und niedrigschwelliger umzusetzen.

Fazit

In psychiatrischen Settings bestehen in der Beziehung zwischen Behandler*innen und Patient*innen natürliche Machtgefälle. Mit dem Soteria-Gedanken des „being with“ als Gegenmodell, welches auf Mitbestimmung und Begegnung auf Augenhöhe in einem dafür förderlichen Milieu beruht, werden Zwangsmaßnahmen reduziert und es kommt weniger Medikation zum Einsatz. Dies stärkt therapeutische Allianzen. Systemische Barrieren im Krankenhaus innerhalb des Teams werden durch flache Hierarchien und das Teilen der Entscheidungsverantwortung überwunden. Auf die Arbeit des Teams der Station Kosmas hat sich dies positiv ausgewirkt. Schon in der Aufbauphase der Station und auch weit über das erste Audit hinaus, zeigt sich ein hoher Anspruch an die Arbeit entsprechend den Kriterien für Soteria-Einrichtungen des Teams der Station Kosmas. Verbesserungspotenziale und Anregungen werden sehr ernst genommen, weshalb das Team der Station Kosmas die Ansicht von NISCHK & VOSS (2024) teilt: „In Anbetracht der hohen Motivation und des Engagements der Mitarbeitenden halten wir aber die Zertifizierung zu einer Soteria in der Zukunft für möglich.“ Denn „Soteria ist nicht jede beliebige Milieuthérapie oder punktuelle Verbesserung der Stationsatmosphäre, sondern ein konsistentes Gesamtkonzept zur Behandlung akut psychotischer Zustände“ (CIOMPI, HOFFMANN & LEISINGER 2005: 124). Tatsächlich konnte vor Ende des Jahres 2025 in einem zweiten Evaluierungstermin die Station Kosmas offiziell die Kriterien einer vollwertigen Soteria nach den Standards der Internationalen Arbeitsgemeinschaft Soteria (IAS) erfüllen.

Literatur

- BOLA, JOHN R. & MOSHER, LOREN R. 2003. Treatment of acute psychosis without neuroleptics: Two-year outcomes from the Soteria project. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 191, 4: 219–229.
- CIOMPI, LUC; HOFFMANN, HOLGER & LEISINGER, SABINE 2005. „Soteria-Station“? Zur Frage des Namens von psychiatrischen Krankenhausstationen mit sog. Soteria-Elementen. *Krankenhauspsychiatrie* 16, 3: 120–124.
- CIOMPI, LUC 2003. Für eine sanftere Psychiatrie – zum Menschen- und Krankheitsverständnis der Affektlogik. *Psychiatrische Praxis* 30, Suppl 1: 28–36.
- ; HOFFMANN, HOLGER & BROCCARD, MICHEL (ed) 2001. *Wie wirkt Soteria? Eine atypische Psychosenbehandlung kritisch durchleuchtet*. Bern: Huber
- ELSTNER, SAMUEL; SCHADE, CHRISTOPH & DIEFENBACHER, ALBERT (ed) 2015. *Starterkit Klinikalltag mit Schwerpunkt Psychiatrie*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- FABEL, PHILINE; WOLF, THERESA; ZYBER, HELENA; RUBEL, JULIAN & JOCKERS-SCHERÜBL, MARIA C. 2023. Treatment with Soteria-elements in acute psychiatry – Effectiveness for acutely ill and voluntarily treated patients. *Frontiers in Public Health* 11, 1118522. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1118522>.
- HAHN, ERIC & DIEFENBACHER, ALBERT 2015. Milieuthérapie und Ansätze aus der Soteria – Wie gestalte ich das Umfeld therapeutisch? In ELSTNER, SAMUEL; SCHADE, CHRISTOPH & DIEFENBACHER, ALBERT (ed) *Starterkit Klinikalltag mit Schwerpunkt Psychiatrie*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft: 181–189.
- HOFFMANN, HOLGER 2018. Die Bedeutung der Atmosphäre in der Soteria. *Nervenheilkunde* 36, 11: 887–892.
- INTERNATIONALE ARBEITSGEMEINSCHAFT SOTERIA. Kriterien. 2025. <https://soteria-netzwerk.de/soteria-kriterien/> [02.09.2025].
- INTERNATIONALE ARBEITSGEMEINSCHAFT SOTERIA 2023. Soteria Fidelity Scale. <https://soteria-netzwerk.de/wp-content/uploads/2023/09/SFS-Sept-2023.pdf> [02.09.2025].
- KAUTZ, GERHARD 1998. *Strong's Lexikon Griechisch/Deutsch*. https://bibel.github.io/strong/dict/G4991_1.html [02.09.2025].
- NISCHK, DANIEL & GEKLE, WALTER 2022. Soteria. Ein unterschätztes Behandlungsmodell für Menschen mit Psychosen. *Sozialpsychiatrische Informationen* 52, 1: 9–13.
- NISCHK, DANIEL & VOSS, MARTIN 2024. Protokoll Audit Station mit Soteria-Elementen Neuss am 18.3.2024. [internes Dokument].
- WHO 2021. *Guidance on Community Mental Health Services: Promoting Person-Centred and Rights-based Approaches*. Genf: World Health Organization.



Stefan Gartke arbeitete nach seiner 2010 in Düsseldorf-Kaiserswerth abgeschlossenen Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger bis 2023 auf der psychiatrischen Akutaufnahmestation in der Kaiserswerther Diakonie. Berufsbegleitend schloss er 2016 das Bachelor-Studium Psychische Gesundheit/Psychiatrische Pflege ab. Danach machte er seine ersten Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit akademisierten Pflegenden, den Advanced Practice Nurses am Florence Nightingale Krankenhaus, und wechselte zur Eröffnung der Station Kosmas 2023 zur St. Augustinus Gruppe ans Alexius/Josef Krankenhaus und ist nun neben seiner Tätigkeit auf Station Kosmas Mitglied der Arbeitsgruppe Pflegeentwicklung des Departments Forschung und Entwicklung.

Alexius/Josef Krankenhaus
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: gartke@ak-neuss.de

Umgang mit suizidalen Krisen im psychiatrischen Alltag

BJÖRN VÜST

Wenn man sich vor Augen führt, dass in Deutschland pro Tag circa 28 Menschen durch einen Suizid sterben, dann wird klar, dass wir eine große Aufgabe zur Prävention vor uns haben (STATISTISCHES BUNDESAMT 2024). Das Thema hat eine hohe gesellschaftliche Relevanz, was die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen und suizidalen Krisen betrifft. Dazu soll eine thematische Auseinandersetzung erfolgen mit Bezug auf die empirische Befundlage und Erfahrungen des Referenten im Krankenhausalltag aus eigener psychotherapeutischer Berufstätigkeit und Forschung im Bereich Suizidalität. Im Rahmen der AGEM-Tagung wurde vor allem die Frage nach der (A)symmetrie von Beziehungen im psychiatrischen Krankenhausalltag in den Blick genommen, die auch im Zusammenhang mit suizidalen Krisen relevant ist. Die folgenden Spannungsfelder sollen hierzu genauer beleuchtet werden: 1. Krankenhausalltag und Wissenschaft, 2. Professionen untereinander und 3. Professionen und Patient*innen. Der vorliegende Artikel stellt dabei eine Mischung aus empirischer Evidenz und Erfahrungsbericht aus dem klinischen Alltag dar – ein weiteres Spannungsfeld, das den Alltag in der Arbeit mit Patient*innen wiedergibt. Die vorgelegte Darstellung fußt auf wissenschaftlicher Evidenz. Sollte keine empirische Evidenz vorliegen oder verfügbar sein, wird die Erfahrung des Referenten und damit subjektive Evidenz berichtet. Zusätzlich werden die Ergebnisse einer Ad-Hoc-Befragung unter den Teilnehmer*innen der AGEM-Tagung vorgestellt – erhoben mit dem Programm Menti-meter (2025) –, die im Rahmen des Versuchs einer Synthese zwischen den Spannungsfeldern erfasst wurden.

Spannungsfeld: Krankenhausalltag und Wissenschaft

Der Alltag eines Krankenhauses ist durch Schnelligkeit gekennzeichnet. Sei es die Verweildauer der Patient*innen (KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG 2025), der Wechsel des Personals (KARAGIANNIDIS *et al.* 2020; PILNY & RÖSEL 2021) oder die Behandlung bestimmter Erkrankungen und Störungen, vor allem bei akuten Krisen wie Krampfanfällen oder Suizidalität. In letzteren Fällen sind schnelle Entscheidungen zu treffen, die über Leben und Tod entscheiden können. Eine schnelle Reaktion mit gezielter und wirksamer Intervention ist nötig, um den Krisenzustand schnell und effizient zu managen. Die Anwendung des passenden Interventionswissens und eine leitliniengerechte Versorgung erscheinen unter den Anforderungen einer akuten Krise erschwert. Vereinfacht gesagt: entweder das Wissen „sitzt“ und man handelt automatisiert schnell oder man verliert Patient*innen. Das Denken ist in solchen Fällen von Heuristiken bestimmt und greift auf Annahmen und Mythen zurück, die damit in Krisensituationen handlungsleitend werden. Heuristiken im Umgang mit Suizidalität sind vor dem Hintergrund der Vorhersagefähigkeit und korrekten professionellen Einschätzung, wer einen Suizidversuch unternehmen wird, deutlich zu hinterfragen und kritisch zu diskutieren. Die Einschätzung, dass Personen ein hohes Risiko hätten, sich erneut suizidieren zu wollen, vertraten laut einer Studie aus dem Jahr 2019 80 % der Befragten, auch wenn kein weiterer Versuch erfolgte (WOODFORD *et al.* 2019). Im Vergleich dazu waren 70 % der Personen, die erneut einen Suizidversuch unternahmen, zuvor als gering risikobehaftet klassifiziert worden (*ebd.*). Zudem konnten FRANKLIN *et al.* (2017) in ihrer Studie zeigen, dass sich die Vorhersagefähigkeit von Suizidversuchen in den letzten 50 Jahren, basierend auf einer ihrer

Metaanalysen, nicht wesentlich verbessert hat. Die Rate der richtigen Vorhersagen lag bei knapp 55 % und damit etwas über der Wahrscheinlichkeit eines Münzwurfs.

Diese Studie zeigt ebenfalls, dass in der Forschung zur Vorhersage von Suiziden kaum mehrere Faktoren gleichzeitig berücksichtigt werden. Zudem ist anzumerken, dass wissenschaftliche Befunde schnell „altern“ (REISZ *et al.* 2022). Wenn wissenschaftliche Befunde entstehen und publiziert werden, müssen sie noch in die Praxis überführt werden. Eine gängige Praxis ist hier die Erstellung von Leitlinien. Sie enthalten im Idealfall eine breite Evidenz aus randomisierten kontrollierten Studien und haben eine Gültigkeit von fünf Jahren nach ihrer Veröffentlichung (RIEF *et al.* 2024). Die Anforderungen an eine solche Leitlinie sind entsprechend hoch. Eine Leitlinie zu Suizidalität existiert zum Zeitpunkt dieser Veröffentlichung für den Bereich der Erwachsenen-Psychiatrie und Psychotherapie noch nicht (AMWF 2021). Es lässt sich folgern, dass, wenn diese Leitlinien publiziert werden, die Evidenz, auf der sie beruhen, bereits länger besteht. Zudem müssen die dortigen Handlungsempfehlungen noch Einzug in die Praxis finden.

Zu allen drei Spannungsfeldern wurden auf der Tagung kurze Ad-Hoc-Befragungen per Mentimeter durchgeführt. Anwesende konnten sich per QR-Code zu der Befragung einloggen und mehrere Antworten eintragen. So ergeben sich pro Befragung mehr Angaben/Antworten als anwesende Personen. Um die Übersichtlichkeit zu wahren, werden hier zu allen drei Spannungsfeldern nur die Antworten vorgestellt, die am häufigsten gegeben wurden. Die Frage nach einem Schlagwort zur Zusammenarbeit von Wissenschaft und Klinik wurde von 25 Personen mit insgesamt 41 Angaben frei beantwortet: Die häufigste Angabe (sechs Antworten) war „ausbaufähig“, sechs weitere bezeichneten die Zusammenarbeit als „notwendig“ und drei als „herausfordernd“. Zwei Befragte bekundeten einen „Bedarf“ zur Zusammenarbeit, zwei stellten eine „Ferne“ in der Zusammenarbeit fest und wiederum zwei Befragte nannten das Schlagwort „Theorie vs. Praxis“.

Best practice ist, unter der Perspektive der klinischen Anwendung von Wissen, die bereits oben

angesprochene Arbeit mit Leitlinien, um eine wissenschaftliche Fundierung der klinischen Arbeit zu gewährleisten (AWMF 2021). Sie umfassen die aktuellste Evidenz, die Fachgesellschaften und Expert*innen auf dem jeweiligen Gebiet zur Verfügung stehen. Sie werden auf Grundlage der gesammelten wissenschaftlichen Evidenz verfasst und gesichtet, und schließlich von entsprechenden Fachgruppen und -gremien für die Praxis bewertet. Damit bieten Leitlinien die bestmögliche Vereinbarung von Krankenhausalltag und Wissenschaft. Eine weitere, praxisnähere Möglichkeit ist die Nutzung aktueller Manuale. Wenngleich sich hier erneut die Problematik der Aktualität der Befunde zeigt. Pragmatisch und nah an wissenschaftlichen Ergebnissen sind Journal Clubs, die aktuelle Befunde in die Klinik bringen. Es sei angemerkt, dass die Qualität der vorgestellten Studien meist nicht kontrolliert wird und häufig nur Einzelergebnisse vorgestellt werden, die ggf. nicht oder nur begrenzt alltagsrelevant sind. Eine Synthese in diesem Spannungsfeld kann nur annäherungsweise realisiert werden.

Spannungsfeld: Professionen untereinander

Der folgende Abschnitt fasst im Wesentlichen die Aufgaben und Möglichkeiten einzelner Berufsgruppen im psychiatrischen Klinikalltag zusammen. Eine wissenschaftliche Evidenz bezüglich der Zusammenarbeit und Wechselwirkungen einzelner Berufsgruppen im Klinikalltag, insbesondere in Situationen, in denen es um Suizidalität geht, ist schwer zu ermitteln. Hierzu müssten langfristige und gezielte Beobachtungen vorgenommen werden. Die ethische Vertretbarkeit solcher Beobachtungen und deren Auswertung erscheint aus Sicht des Verfassers fraglich, wenn man die subjektive Notlage und den Bedarf an Sicherheit und Schutz auf Seiten suizidaler Personen berücksichtigt. In deutschen Kliniken, die Gegenstand des vorliegenden Artikels sind, fehlen nach dem aktuellen Kenntnisstand des Verfassers Befunde zum Thema Suizidalität.

Ärzt*innen tragen aufgrund ihrer Approbation meist die rechtliche Verantwortung für die Umsetzung medizinisch-psychotherapeutischer Maß-

nahmen. Ihre Behandlungsmöglichkeiten umfassen Medikamente, andere bio-medizinische Methoden und Psychotherapie. Sie sind aufgrund ihrer fachlichen Möglichkeiten und ihrer rechtlichen Verantwortung die ersten und oft einzigen Ansprechpartner*innen bei einer suizidalen Krise. Sie leiten Verfahren gemäß dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) ein und ordnen Maßnahmen an, nach denen sich die anderen Berufsgruppen in der Klinik zu richten haben. Sie werden, verkürzt ausgedrückt, als „Kopf“ des Teams betrachtet.

Die Pflege hat meist den direktesten Patient*innenkontakt. Sie hat die Möglichkeiten (strukturell und personell), eine engmaschige Betreuung/Überwachung zu leisten, wenn eine akute suizidale Krise besteht (sogenannte 1:1-Betreuung und Meldebögen). Diese Betreuung ist jedoch bedingt durch einen zunehmenden Personalmangel gegebenenfalls zu fordernd und wird, sollte sich dieser Trend so fortsetzen, in dieser Form nicht mehr zu gewährleisten sein (PFLEGEBERUFKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN 2019). Die Nähe zu den Patient*innen ermöglicht viele Gespräche, was Gelegenheit gibt, im unmittelbaren Kontakt viele Informationen zu sammeln. Diese sind dann jedoch mit dem Team zu teilen.

Das Aufgabenfeld der klinischen Sozialarbeit ist das 2007 eingeführte Entlassmanagement (§ 11 Absatz 4 SGB V). Dabei wird ein Teil der Nachsorge bereits unmittelbar bei der Aufnahme mitgeplant. Die soziale Absicherung und der Einbezug weiterer Versorger, z.B. Maßnahmen zum ambulanten betreuten Wohnen, werden beantragt und organisiert. Damit wird die Sicherung vieler wichtiger Bausteine der Lebensgrundlage der Patient*innen adressiert.

Die Aufgabe der Psychotherapie, ob ärztlich oder psychologisch, ist in den Leitlinien Nationale Versorgungsleitlinie – Unipolare Depression [S3] (SCHNEIDER, HÄRTER & SCHORR 2017), Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen [S3] (PFENNIG *et al.* 2012) Schizophrenie [S3] (GAEBEL, HASAN & FALKAI 2019a), Notfallpsychiatrie [S2k] (PAJONK, MESSER & BERZEWSKI 2019b), Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen [S3] (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOSOMATIK UND NERVENHEILKUNDE 2018) und Persönlich-

keitsstörungen (Borderline-Persönlichkeitsstörung) [S2] (DGPPN 2015) beschrieben. Indiziert sind Kognitive Verhaltenstherapie, Problemlösetherapie und psychodynamische Kurzzeittherapie, wobei in jedem Fall Risikofaktoren identifiziert und gemonitort werden müssen. Maßnahmen zur Prävention von weiteren suizidalen Krisen müssen ermittelt und eingeübt werden. Darüber hinaus werden Notfallinterventionen eingesetzt, um suizidale Krisen zu „unterbrechen“ und Hinweise an die entsprechenden Kolleg*innen gegeben, Nachsorge und Kontaktangebote zu ermöglichen bzw. zu regeln. Der Einbezug der Familie, die Umsetzung von Kompetenztrainings sowie die Behandlung der zugrunde liegenden Störung sind explizit Aufgaben der Intervention.

Im Rahmen der Umfrage machten 30 Personen insgesamt 60 Angaben zu ihren Wünschen bezüglich der Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen bei suizidalen Krisen: „Empathie“ und „Kooperation“ erhielten jeweils sechs Stimmen. Eine „Gute Kommunikation“ wurde fünf Mal genannt. „Wertschätzung“ erhielt vier Nennungen und „Aufrichtigkeit“, „Austausch“, „Vertrauen“ und „Kommunikation“ jeweils drei.

Der Schlüssel zur Synthese ist in diesem Spannungsfeld die Kooperation der Berufsgruppen. Die Aufgaben bei der Arbeit mit Patient*innen in suizidalen Krisen sind sehr unterschiedlich und durch verschiedene Möglichkeiten und Limitationen gekennzeichnet. Das Ziel in der multiprofessionellen Arbeit sollte es sein, die einzelnen Informationen verfügbar zu machen, Aufgaben zu teilen und ineinander greifen zu lassen. Wichtig ist auch eine gute gemeinsame Dokumentation. Diese ist nach § 630 BGB (Patientenrechtegesetz) einerseits verpflichtend und ergibt andererseits aufgrund der unterschiedlichen Wissensstände und Aufgaben der Berufsgruppen Sinn, um jederzeit auf die Informationen der anderen Professionen zugreifen zu können.

Ein deutlicher psychosozialer Vorteil ist die geteilte Verantwortung. Die subjektive Sicherheit, nicht allein mit der Krise zu sein, ist nicht nur für die Betroffenen wichtig, sondern auch für Personen in den jeweiligen Professionen (TEISMANN, KOBAN, ILLES & OERMANN 2016; VÜST & MEISENZAHL 2022).

Spannungsfeld: Professionen und Patient*innen

Aus Sicht des medizinischen und pflegerischen Personals liegt eine professionelle Distanz zum empfundenen Leid der Patient*innen vor. Sie ergibt sich einerseits aus der Professionalisierung (Aus- und Weiterbildung, Selbsterfahrung und Supervision) und andererseits aus der Tätigkeit selbst (Behandlung einer psychischen Störung, Berufsordnung mit Abstinenzforderung in medizinischen und psychotherapeutischen Behandlungen). Darüber hinaus gibt es Hinweise auf eine Verringerung der Empathie über die Zeit der Tätigkeit (SPOHRS *et al.* 2020). Die Distanz im Sinne der emotionalen Nähe und Einfühlung kann also auch durch die Dauer der Tätigkeit bedingt sein. Damit kann sich innerhalb der professionellen Teams ein weiteres Spannungsfeld ergeben: das der menschlichen Nähe vs. der professionellen Haltung (zur therapeutischen Haltung siehe TEISMANN, KOBAN, ILLES & OERMANN 2016 und VÜST & MEISENZAHN 2022). Entsprechende Maßnahmen zur Distanzierung – wenn der Fall einem nahe geht und man ihn „mit nach Hause nimmt“ – sind dann ebenso mitzudenken wie die Förderung von Verständnis und Empathie, wenn der Denkansatz „nur ein weiterer Suizid-Fall“ dominiert und mangelnde Empathie und Verständnis für die Patient*innen zum Ausdruck kommen.

Der professionellen Distanz steht die große subjektive Not der betroffenen Personen gegenüber. Das Erleben in suizidalen Krisen ist u.a. gekennzeichnet von Hoffnungslosigkeit (BROWN, BECK, STEER & GRISHAM 2000; PETTORRUSO *et al.* 2020), den Eindruck, nicht dazuzugehören und anderen eine Last zu sein (JOINER 2005; VAN ORDEN *et al.* 2010). Patient*innen fühlen sich mitunter vom Leben in die Knie gezwungen und gefangen in einer ausweglosen Situation (O'CONNOR 2011). Subjektiv besteht der Eindruck, in einer sehr verzweifelten Lage zu sein, keine Unterstützung zu erhalten und nicht handlungsfähig zu sein. Letzteres wird indirekt untermauert durch Studien, die zeigen, dass Personen in suizidalen Krisen nur über eingeschränkte soziale Kompetenzen verfügen (GINER *et al.* 2016). Zu bedenken ist zudem, dass Betroffene sich aus verschiedenen Gründen an unterschiedliche Professionen wenden

(Unterschiede zwischen ambulanten und stationären Möglichkeiten) (AHMEDANI *et al.* 2019; MICHELMORE & HINDLEY 2012). Eine direkte und angemessene Hilfe zu erhalten ist aufgrund der eingeschränkten Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen erschwert. Zudem sprechen sie zunächst mit Personen (z.B. Angehörigen, Freunden, Kolleg*innen, Lehrer*innen), die nicht unmittelbar psychiatrisch erfahren sind und damit gegebenenfalls nicht so auf die Krise reagieren, wie es für die Betroffenen am hilfreichsten ist.

Bei der Spontanbefragung im Rahmen der Konferenz gaben 28 Personen insgesamt 56 Antworten auf die Frage „Was braucht eine gute Beziehung zu suizidalen Patient*innen?“. Mit 15 Nennungen lag „Vertrauen“ ganz vorn, gefolgt von „Empathie“ mit neun Nennungen.

Die Synthese in diesem Spannungsfeld kann eine gute therapeutische Beziehung, von der alle Berufsgruppen profitieren, bieten. Für das Fachpersonal ist es neben ihrem eigenen Rollenverständnis wichtig, sich bewusst zu machen, dass primär eine Begegnung mit einem Menschen stattfindet (LÖFFLER-STASTKA & STEINMAIR 2021; TEISMANN, KOBAN, ILLES & OERMANN 2016; VÜST & MEISENZAHN 2022). Sollte es für professionelle Personen nicht (mehr) möglich sein, sich empathisch einzufühlen, stehen Förderungsmöglichkeiten in Form von Empathie-Trainings zur Verfügung (KELM, WOMER, WALTER & FEUDTNER 2014). Auch die Nutzung von Inter- und Supervision – und damit ein anderer Blick auf den Fall – ist zu ermöglichen und in Anspruch zu nehmen (VÜST & MEISENZAHN 2022).

Schlussfolgerung und Ausblick

Ziel dieses Aufsatzes war es, die drei Spannungsfelder, die die Tagung zum Gegenstand hatte, in Bezug auf die Arbeit mit Menschen in suizidalen Krisen zu reflektieren. Die Versorgung suizidaler Patient*innen stellt im Krankenhausalltag eine große Herausforderung dar: von der Risikoeinschätzung und der Herstellung von Sicherheit über die Durchführung von Interventionen in akuter Gefährdung bis hin zur Prävention weiterer

Krisen. Unter Berücksichtigung verschiedener Asymmetrien, die sich in der Versorgung dieser vulnerablen Gruppe ergeben, erscheinen drei Punkte wesentlich, um eine gute Versorgung zu ermöglichen: 1. Wenn man bedenkt, dass Krankenhausalltag und Wissenschaft über unterschiedliche aktuelle Befunde zur Versorgung von suizidalen Patient*innen verfügen, erscheint die Synthese in den Leitlinien, wie dies bereits erfolgt, ein guter Kompromiss und ermöglicht einen gemeinsamen Referenzrahmen. Gleiches gilt für die Erstellung und Anwendung entsprechender Behandlungsmanuale. 2. Die unterschiedlichen und zum Teil asymmetrischen Perspektiven, Kontaktmöglichkeiten und Verantwortlichkeiten können die Arbeit mit Patient*innen erschweren. Eine gemeinsame Dokumentation schafft Augenhöhe und gegenseitige Transparenz. 3. Das potenzielle Gefälle in der Behandlung akut gefährdeter Personen (z.B. durch Einweisungen gegen ihren Willen oder die Führung eines Meldebogens) auf der einen und die mögliche Distanz der Behandler*innen auf der anderen Seite – sei diese durch die Profession und/oder eine veränderte emotionale Verarbeitung bedingt – können durch die Förderung einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung adressiert werden. Sie stellt einen nachweislich wirksamen Faktor der Psychotherapie dar und spielt vor allem in suizidalen Krisen eine wichtige Rolle (TEISMANN, KOBAN, ILLES & OERMANN 2016; VÜST & MEISENZAHN 2022).

Unter Berücksichtigung der Ad-Hoc-Befragungen bleiben einige Wünsche zu formulieren, die an die Wissenschaft als auch Praxis heranzutragen sind:

1. Die Asymmetrie zwischen Klinikalltag und Wissenschaft wird zwar als „notwendig“, aber auch als „ausbaufähig“ und „herausfordernd“ eingeschätzt. Wie bereits oben erwähnt, sind Leitlinien und Manuale die etablierte Schnittstelle zwischen beiden „Playern“. Aufgrund der Problematik, dass wissenschaftliche Ergebnisse schnell altern und damit die Realität mit alten Befunden nicht adäquat abgebildet werden kann, könnten zum Beispiel Projekte wie Guide2Guide verfolgt werden (PFENNIG *et al.* 2023). Hierbei handelt es

sich um „living guidelines“, also Leitlinien, die beständig und regelmäßig überarbeitet werden und auf aktuellen Ergebnissen basieren.

2. Für die Zusammenarbeit der Professionen, unter anderem der Pflege, Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und Sozialarbeiter*innen, wurden „Empathie und Kooperation“, „Gute Kommunikation“ und „Wertschätzung“ genannt. Hier kann über eine gezielte Koordination (z.B. ethische Fallbesprechungen und multiprofessionelle Fokus-Team-Sitzungen mit Ausrichtung auf suizidale Patient*innen) nachgedacht werden. Eine Professionalisierung der Team-Besprechungen in Bezug auf suizidale Krisen kann über eine gemeinsame Sprache, inhaltliche und störungsspezifische Kenntnisse und Interventionsformen (aller Professionen) erfolgen. Ziel sollte eine gemeinsam entwickelte Strategie sein, die dann von den unterschiedlichen Professionen ausgeführt wird.

3. „Vertrauen“ und „Empathie“ sind die Faktoren, die zur therapeutischen Beziehung genannt wurden. Die Stärkung der therapeutischen Beziehung ist zentral. Aufgrund des krisenhaften Charakters suizidalen Erlebens und Verhaltens wird hier der Fokus ausschließlich auf die Professionen zu legen sein, um die Asymmetrie zu minimieren. Die Förderung einer therapeutischen Haltung, welche Nähe, Vertrauen und Empathie ermöglicht und dabei dennoch ausreichend professionelle Distanz wahren kann, stellt ein wesentliches Spannungsfeld dar. Hier können Supervision und Selbsterfahrung die Akteure jeder Profession unterstützen. Auch hier kann Suizidalität in den Fokus gerückt werden. Es ermöglicht allen beteiligten Professionen eine gemeinsame Sprache und Perspektive auf die Betroffenen und Verständnis für die Ansichten und Erfahrungen der anderen Berufsgruppen.

Literatur

- AHMEDANI, BRIAN K.; WESTPHAL, JOSLYN; AUTIO, KIRSTI; ELSISS, FARAH; PETERSON, EDWARD L.; BECK, ARNE; WAITZFELDER, BETH E.; ROSSOM, REBECCA C.; OWEN-SMITH, ASHLI A.; LYNCH, FRANCES; LU, CHRISTINE Y.; FRANK, CATHRINE; PRABHAKAR, DEEPAK; BRACISZEWSKI, JORDAN M.; MILLER-MATERO, LISA R.; YEH, HSUEH-HAN; HU, YONG; DOSHI, RIDDHI; WARING, STEPHEN C. & SIMON, GREGORY E. 2019. Variation in patterns of health care before suicide: A population case-control study. *Preventive Medicine* 127. doi: 10.1016/j.ypmed.2019.105796.
- AMWF 2021. *S3-Leitlinie Umgang mit Suizidalität. Leitlinien-Details*. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-028> [02.09.2025].
- BROWN, GREGORY K.; BECK, AARON T.; STEER, ROBERT A.; GRISHAM, JESSICA R. 2000. Risk Factors for Suicide in Psychiatric Outpatients: A 20-Year Prospective Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, 3: 371–377. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.371> [05.01.26].
- DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, PSYCHOSOMATIK UND NERVENHEILKUNDE E. V (DGPPN) 2019a. *S3-Leitlinie Schizophrenie*. Berlin & Heidelberg: Springer.
- 2019b. *S2k-Leitlinie Notfallpsychiatrie*. Berlin & Heidelberg: Springer
- 2018. *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin: Springer. https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-020L_S3_Psychosoziale_Therapien_bei_schweren_psychischen_Erkrankungen_2019-07.pdf [25.11.2025].
- 2017. *S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression*. Berlin & Heidelberg: Springer.
- 2015. *S2-Leitlinie Psychiatrie: Persönlichkeitsstörungen*. Berlin: Springer.
- FRANKLIN, JOSEPH C.; RIBEIRO, JESSICA D.; FOX, KATHRYN R.; BENTLEY, KATE H.; KLEIMAN, EVAN M.; HUANG, XIEYINING; MUSACCHIO, KATHERINE M.; JAROSZEWSKI, ADAM C.; CHANG, BERNARD P. & NOCK, MATTHEW K. 2017. Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research. *Psychological Bulletin* 143, 2: 187–232.
- GINER, LUCAS; JAUSSENT; ISABELLE; OLIÉ, EMILIE; BÉZIAT, SÉVERINE; GUILLAUME, SÉBASTIEN; BACA-GARCÍA, ENRIQUE & COURTET, PHILIPPE 2016. Violent and Serious Suicide Attempters: One Step Closer to Suicide? *Journal of Clinical Psychiatry* 77, 2: e244–e251.
- JOINER, THOMAS 2005. *Why People Die by Suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- KARAGIANNIDIS, CHRISTIAN; JANSSENS, UWE; KRAKAU, MICHAEL; WINDISCH, WOLFRAM; WELTE, TOBIAS & BUSSE, REINHARD 2020. Deutsche Krankenhäuser verlieren ihre Zukunft. *Deutsches Ärzteblatt* 117, 4: 131–133.
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG 2025. *Gesundheitsdaten. Patienten bleiben durchschnittlich 25 Tage in Vorsorge- und Rehaeinrichtungen*. <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17037.php#:~:text=Patienten%20bleiben%20durchschnittlich%2025%20Tage,durchschnittliche%20Verweildauer%2073%2C3%20Tage> [25.11.2025].
- KELM, ZAK; WOMER, JAMES; WALTER, JENNIFER K. & FEUDTNER, CHRIS 2014. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ* 14, 219. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-219> [05.01.2026].
- LÖFFLER-STASTKA, HENRIETTE & STEINMAIR, DAGMAR 2021. Zusammenhänge zwischen Empathie, therapeutischer Haltung und Wirksamkeit. *Psychopraxis. Neuropraxis* 24, 7: 1–5.
- MENTIMETER 2025. <https://www.mentimeter.com/de-DE> [02.09.2025].
- MICHELMORE, LISA & HINDLEY, PETER 2012. Help-Seeking for Suicidal Thoughts and Self-Harm in Young People: A Systematic Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 42, 5: 507–24.
- O'CONNOR, RORY C. 2011. Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. In O'CONNOR, RORY C.; PLATT, STEPHEN & GORDON, JACKI (eds) *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice*. Bognor: John Wiley & Sons: 181–198.
- PETTORRUSO, MAURO; D'ANDREA, GIACOMO; MARTINOTTI, GIOVANNI; COCCIOLILLO, FABRIZIO; MIULI, ANDREA; DI MUZIO, ILENIA; COLLEVECCHIO, REBECCA; VERRASTRO, VALERIA; DE-GIORGIO, FABIO; JANIRI, LUIGI; DI GIANNANTONIO, MASSIMO; DI GIUDA, DANIELA & CAMARDESE, GIOVANNI 2020. Hopelessness, dissociative symptoms, and suicide risk in major depressive disorder: Clinical and biological correlates. *Brain Sciences* 10, 8: 519–530.
- PENNIG, ANDREA; BSCHOR, TOM; BAGHAI, THOMAS; BRÄUNIG, PETER; BRIEGER, PETER; FALKAI, PETER; GEISLER, DIETMAR; GIELEN, REINHARD; GIESLER, HORST; GRUBER, OLIVER; KOPP, INA; MEYER, THOMAS D.; MÖHRMANN, KARL HEINZ; MUCHE-BOROWSKI, CATHLEEN; PADBERG, FRANK; SCHERK, HARALD; STRECH, DANIEL & BAUER, MICHAEL 2012. S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen. *Der Nervenarzt* 83, 5: 568–586.
- SOLTMANN, BETTINA; RIEDEL-HELLER, STEFFI G.; GÜHNE, UTA; JESSEN, FRANK; BAUER, MICHAEL & SCHMITT, JOCHEN 2023. Challenges and current approaches in the development of psychiatric living guidelines in Germany. *Der Nervenarzt* 94, 7: 587–593.
- PFLIEGERUFKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN 2019. *Pflegeberufen droht Überalterung. Wir steuern auf dramatischen Engpass zu*. <https://www.pflegeberufen-kammer-sh.de/aktuelles/artikel/pflegeberufen-droht-ueberalterung-wir-steuern-auf-dramatischen-engpass-zu> [momentan nicht zugänglich].
- PILNY, ADAM & RÖSEL, FELIX 2021. Personalfuktuation in deutschen Krankenhäusern: Jeder sechste Mitarbeiter

- wechselt den Job. *Krankenhaus-Report 2021: Versorgungsketten-Der Patient im Mittelpunkt*. Berlin & Heidelberg: Springer Verlag: 267–275.
- REISZ, NIKLAS; SERVEDIO, VITO D. P.; LORETO, VITTORIO; SCHUELLER, WILLIAM; FERREIRA, MÁRCIA R. & THURNER, STEFAN 2022. Loss of sustainability in scientific work. *Physics and Society* 24, 5: <https://doi.org/10.48550/arXiv.2202.01505>.
- RIEF, WINFRIED; LINCOLN, TANIA; HAUTZINGER, MARTIN; MARGRAF, JÜRGEN & TUSCHEN-CAFFIER, BRUNNA (eds) 2024. *Leitlinienorientierte Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- SPOHRS, JENNIFER; FISCHER, ANNA-SOPHIE; HÖNIG, KLAUS; GÜNDEL, HARALD & VON WIETERSHEIM, JÖRN 2020. Empathie in der ärztlichen Gesprächsführung ist lernbar! *MMW – Fortschritte der Medizin* 162, 3: 1–6.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2024). *Todesursachen. Suizide*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html#119324> [02.09.2025].
- TEISMANN, TOBIAS; KOBAN, CHRISTOPH; ILLES, FRANCISKA & OERMANN, ANGELA 2016. *Psychotherapie suizidaler Patienten: Therapeutischer Umgang mit Suizidge-danken, Suizidversuchen und Suiziden*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- VAN ORDEN, KIMBERLY A.; WITTE, TRACY K.; CUKROWICZ, KELLY C.; BRAITHWAITE, SCOTT R.; SELBY, EDWARD A. & JOINER, THOMAS E. 2010. The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review* 117, 2: 575–600.
- VÜST, BJÖRN & MEISENZAHN, EVA 2022. *Suizidale Krisen. Das Manual für Einzel- und Gruppensettings*. Stuttgart: Schattauer.
- WOODFORD, RACHEL; SPITAL, MATTHEW J.; MILNER, ALLISON; MCGILL, KATIE; KAPUR, NAVNEET; PIRKIS, JANE; MITCHELL, ALEX & CARTER, GREGORY 2019. Accuracy of clinician predictions of future self harm: a systematic review and meta analysis of predictive studies. *Suicide and Life Threatening Behavior* 49, 1: 23–40.
- Instrument zur Durchführung der Ad-Hoc-Umfrage
www.menti.com
www.mentimeter.com



Björn Vüst, B.A., M.Sc., ist Psychologischer Psychotherapeut (Fachkunde Verhaltenstherapie). Er studierte zunächst Pädagogik und Philosophie. Nach einem Jahr als Pädagoge und Lehrer studierte er Psychologie und absolvierte eine Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. In der LVR-Klinik Düsseldorf baute er mit seiner damaligen Oberärztin eine schematherapeutische Spezialstation auf. Nach der Approbation begann er eine Promotion zum Thema Suizidalität. Seine bisherige Forschung befasst sich mit Suizidalität, Schematherapie und der Wirkung von stationärer Psychotherapie. In der psychotherapeutischen Tätigkeit liegt der Fokus auf Persönlichkeitsstörungen und Suizidalität unter der Anwendung von Schematherapie und Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT) sowie Impact-Techniken.

Björn Vüst
 c/o Wendenburg & Kollegen
 Achenbachstraße 15
 40237 Düsseldorf
 e-mail: vuest@psychologen-duesseldorf.de

Von asymmetrischen Verhältnissen zur Zusammenarbeit

Geflüchtete Pflegekräfte in der Pflegepraxis in den Niederlanden und Deutschland

ANITA HAM

Dieser Artikel präsentiert zentrale Ergebnisse einer ethnografischen Doktorarbeit, die unter dem Titel „Who cares? An ethnographic research on the workforce integration of first-generation immigrants in geriatric care in the Netherlands and Germany“, 2016–2022 an der Universität Leiden (NL) entstand (HAM 2022). Die Studie untersuchte, wie geflüchtete Pflegekräfte ihre Integration in Altenpflegeeinrichtungen in den Niederlanden und Deutschland erleben. Anlass dieser Forschung war der zunehmende Fachkräftemangel in der Altenpflege und die politische wie organisatorische Entscheidung, Geflüchtete als Pflegekräfte zu qualifizieren und einzusetzen. Ziel der Studie war es, die alltäglichen sozialen Aushandlungsprozesse und Spannungsfelder zu analysieren, die diese Integrationsvorhaben in zwei konkreten Einrichtungen – eine in den Niederlanden, eine in Deutschland – prägen. Die Ergebnisse zeigen: Trotz guter Absichten von Seiten des Managements, der Einrichtung begleitender Buddy-Programme und gezielter Schulungen bleiben zwischenmenschliche Spannungen, Unsicherheiten und kulturelle Missverständnisse bestehen. Es bildet sich häufig eine „Wir-gegen-sie“-Mentalität, in der sich sowohl Migrant*innen als auch lokale Mitarbeiter*innen nicht gesehen oder nicht wertgeschätzt fühlen. Die Studie macht deutlich: Gleichberechtigte Zusammenarbeit in diversen Pflegeteams kann nur entstehen, wenn strukturell in Sprache, Teamarbeit, kulturelle Kompetenz und gemeinsame Reflexion investiert wird – jenseits kurzfristiger Personalgewinnungsstrategien.

Die Altenpflege in Europa befindet sich im Umbruch. In den Niederlanden steigt die Nachfrage nach (internationalen) Pflegekräften infolge des Bevölkerungswachstums, der zunehmenden Alterung der Gesellschaft und des eklatanten Mangels an Pflegepersonal. Prognosen zufolge wird die Bevölkerung bis 2060 auf 18,4 Millionen

Menschen anwachsen, während die Zahl der unbesetzten Stellen im Gesundheitswesen von aktuell 120.000 auf etwa 470.000 steigen dürfte (CBS 2021). Auch in Deutschland sind die demographischen Veränderungen deutlich spürbar: Als eine der „super-aged societies“ weltweit (FSO 2016) schrumpft seit 2003 die Bevölkerung kontinuierlich, da die Geburtenrate dauerhaft unter der Sterberate liegt. Bis 2040 wird ein Anstieg der über 65-Jährigen auf über 21 Millionen erwartet (STATISTISCHES BUNDESAMT 2021). Diese strukturellen Transformationsprozesse stellen die Altenpflege vor massive Herausforderungen.

Vor diesem Hintergrund eröffnete die sogenannte „Flüchtlingskrise“ von 2015 eine neue Perspektive. Zahlreiche Menschen aus Ländern wie Syrien, Afghanistan, Eritrea und dem Irak kamen nach Europa – unter ihnen auch qualifizierte Fachkräfte mit Erfahrung im Gesundheitswesen. Diese Migration birgt Potenziale, um Personalengpässe im Gesundheitswesen zu begegnen. Gleichzeitig sind Migrant*innen der ersten Generation mit vielfältigen Hürden konfrontiert: Anerkennungsverfahren, Sprachbarrieren, Vorurteile, institutionelle Hindernisse und Diskriminierung erschweren den Zugang zum Arbeitsmarkt (EIJBERTS 2013; COTTINGHAM & ANDRINGA 2020; XIAO, WILLIS & JEFFERS 2014). Ihre Fähigkeiten und Abschlüsse werden häufig nicht anerkannt oder als unzureichend bewertet, und kulturelle Differenzen werden eher problematisiert als produktiv genutzt (SCHILGEN, HANDTKE, NIENHAUS & MÖSKO 2019). Dennoch zeigt sich auch ein Wille zur Zusammenarbeit: Viele Mitarbeiter*innen sind grundsätzlich aufgeschlossen, fühlen sich aber im Umgang mit kulturellen Unterschieden unsicher (SCHAAFMA 2008).

Trotz dieser komplexen Gemengelage gibt es bislang wenig Wissen über die sozialen Prozesse, die die Arbeitsmarktintegration von Migrant*innen

in der Altenpflege konkret prägen. Hier setzt meine Forschung an: In meiner ethnographischen Doktorarbeit untersuche ich die alltäglichen Interaktionen und Kooperationspraktiken zwischen Migrant*innen der ersten Generation und lokalem Pflegepersonal in zwei geriatrischen Einrichtungen – eine in den Niederlanden und eine in Deutschland. Ziel ist es, Integration nicht nur als individuelle Anpassungsleistung zu begreifen, sondern als wechselseitigen, kontextgebundenen Aushandlungsprozess innerhalb der Pflegepraxis (RAMJI & ETOWA 2018).

Während viele Studien sich auf Interviews und subjektive Erfahrungen konzentrieren, verfolgt diese ethnographische Arbeit einen erweiterten Zugang: Durch teilnehmende Beobachtung, Interviews, Gruppengespräche und informelle Dialoge wurde der Pflegealltag über mehrere Monate hinweg begleitet. Dabei wurden sowohl die organisationalen Rahmenbedingungen als auch politische Narrative (z. B. „Wir schaffen das“) berücksichtigt, um aufzuzeigen, wie sich nationale Politiken und institutionelle Strukturen auf der Mikroebene niederschlagen (SCHWEIGER 2011).

Die zentrale Forschungsfrage lautet: Wie gestalten sich die sozialen Prozesse der Zusammenarbeit zwischen lokalen Pflegekräften und Migrant*innen in der Altenpflege – und inwiefern unterscheiden sich diese in Deutschland und den Niederlanden? Damit leistet die Studie einen Beitrag zum besseren Verständnis der Bedingungen gelingender Integration in einem Berufsfeld, das in beiden Ländern unter erheblichem strukturellem Druck steht.

Theoretischer Rahmen

Die Konzepte der „Etablierten und Außenseiter“ der Soziologen ELIAS und SCOTSON (ELIAS & SCOTSON 1965), „Habitus“ und „Spielgefühl“ (*feel for the game*) des Soziologen BOURDIEU (1990; 2005; BOURDIEU & WACQUANT 1992) sowie das Konzept des „Tinkering“ und des Guten der Philosophin MOL (2008 & 2010; MOL, MOSER & POLS 2010) wurden als richtungsweisende Theorien angesehen und als Grundlage verwendet, um ein allgemeines Verständnis für die Daten zu

entwickeln. Ihre Konzepte gaben erstmals Einblicke in Machtverhältnisse, individuelle Gewohnheiten und die relationale Natur guter Pflegepraktiken. Laut BOURDIEU (1990; 2005; BOURDIEU & WACQUANT 1992) entwickeln Individuen im Laufe ihres Lebens einen „Habitus“, das heißt ein Set an tief verankerten Gewohnheiten, Fähigkeiten und Neigungen, die durch ihr Umfeld oder soziales „Feld“ geformt werden. In Feldern wie der Altenpflege erwerben Individuen kulturelles, symbolisches und soziales Kapital durch Interaktionen mit anderen.

Ständige Aushandlungsprozesse innerhalb dieses Feldes erfordern die Entwicklung eines „Spielgefühls“, bei dem Pflegekräfte im Laufe der Zeit praktisches Wissen sammeln und ein Gespür dafür entwickeln, wie sie sich in unterschiedlichen Situationen verhalten sollten. Die täglichen Routinen im Pflegeheim prägen den Habitus der Pflegekräfte – und umgekehrt prägt dieser auch die Routinen. Die Studie untersuchte auch, wie und welche Werte sich in Pflegepraktiken weiterentwickeln und wie etablierte Pflegekräfte und Migrant*innen ihr „Spielgefühl“ aufeinander abstimmen. Zur weiteren Erläuterung von „Habitus“ und „Spielgefühl“ deutscher und migrantischer Pflegekräfte wurden die theoretischen Einsichten von MOL (2008; 2010; MOL, MOSER & POLS 2010) herangezogen. MOL argumentiert, dass gute Pflege häufig durch einen Prozess entsteht, den sie als „Tinkering“ bezeichnet. Dieses Konzept geht davon aus, dass das Funktionieren oder die Effizienz einer Handlung nicht unabhängig oder abstrakt bestimmt werden kann. Es offenbart sich erst innerhalb konkreter Beziehungen und Kontexte und ist in diesem Sinne relational; es entsteht nur im Zusammenspiel mit anderen (MOL 2010). In dieser Studie wird „Tinkering“ als relationaler Prozess innerhalb der Einrichtung verstanden, durch den mittels kontinuierlicher Abstimmung eine qualitativ gute Pflege ermöglicht wird und der Trial-and-Error-Prozesse sowie kreative Problemlösungen durch „Herumexperimentieren“ umfasst.

Die Forschung

Erläuterung des Settings und der Methode

Die Doktorarbeit (2016–2022) basierte auf 305 Stunden ethnografischer Beobachtungen, 44 Tiefeninterviews sowie vier Fokusgruppen mit insgesamt 26 Teilnehmer*innen. Im Zentrum der Forschung standen zwei Pflegeeinrichtungen in unterschiedlichen Ländern – eine in den Niederlanden und eine in Deutschland. Insgesamt wurden 27 Migrant*innen während ihres gesamten Integrationsprozesses in die Pflegearbeit begleitet und beobachtet: zehn in den Niederlanden und siebzehn in der deutschen Einrichtung.

Die Untersuchung wurde vor dem Hintergrund verschiedener europäischer Herausforderungen im Pflegebereich durchgeführt: dem demografischen Wandel, dem anhaltenden Fachkräftemangel sowie der sogenannten Flüchtlingskrise ab 2015. Beide Pflegeeinrichtungen entwickelten in diesem Kontext Integrationsprojekte, um Menschen mit Fluchthintergrund als Arbeitskräfte in der Pflege einzubinden – mit dem Ziel, einerseits neue berufliche Perspektiven für Geflüchtete zu schaffen und andererseits dem Personalengpass zu begegnen.

In der niederländischen Einrichtung, die sich auf geriatrische Pflege spezialisiert hat, wurden im Jahr 2016 zehn Migrant*innen aufgenommen – die meisten mit bereits vorhandener pflegerischer Erfahrung. Diese nahmen an dem 18-monatigen anerkannten Ausbildungsprogramm „Verzorgende Individuele Gezondheidszorg“ (VIG) teil, das sowohl praktische als auch theoretische Elemente sowie niederländischen Sprachunterricht umfasste.

Die deutsche Pflegeeinrichtung betreut psychogeriatrische Bewohner*innen. Zwischen 2017 und 2019 öffnete sie ihre Türen für insgesamt 69 Migrant*innen – Geflüchtete und Asylsuchende aus Nicht-EU-Ländern. In Gruppen von je 17 Personen durchliefen sie ein dreimonatiges Orientierungsprogramm, das aus zwei Monaten Theorieunterricht und einem einmonatigen Praktikum bestand. Im Anschluss erhielten die Teilnehmenden – je nach individuellem Interesse und Vorkompetenz – die Möglichkeit, eine Ausbildung zur Pflegeassistentin, zum Pflegehelfer*in oder zur Pflegefachkraft zu absolvieren.

Präsentation der Ergebnisse mit ausführlichen und anschaulichen ethnografischen Beispielen

Spannungen unter den Mitarbeiter*innen

In beiden Einrichtungen wurden vier zentrale Akteursgruppen identifiziert: das lokale Pflegepersonal, die Migrant*innen, sogenannte „Buddys“ (als Mentoren eingesetzte Kolleg*innen) sowie das Management. Zwischen diesen Gruppen kam es wiederholt zu Spannungen, insbesondere zwischen dem Stammpersonal und den Migrant*innen.

Innerhalb des lokalen Personals herrschte ein starkes Zusammengehörigkeitsgefühl, das im Umkehrschluss zu einer ablehnenden Haltung gegenüber Außenstehenden – insbesondere gegenüber den neuen migrantischen Kolleg*innen – führte. Die Belastung durch Personalmangel, hohe Arbeitsdichte und organisatorische Veränderungen führte zu Frustration. In diesem angespannten Klima wurden Migrant*innen teilweise als Eindringlinge wahrgenommen, wie folgendes Beispiel verdeutlicht:

Laut lachend und sich unterhaltend betreten die Kollegen den Raum. Sie diskutieren über den Markt, den die Kirche organisiert. Der migrantische Pfleger sitzt am langen weißen Tisch in der Mitte der Kantine. Die Krankenschwester setzt sich an einen anderen Tisch und schaut ihn nicht an. Der migrantische Pfleger blickt nicht auf, bleibt sitzen, schaut auf sein iPhone und sagt nichts. (Feldtagebuch, 2016–2017)

Diese Beobachtung zeigt, wie nonverbale Ausgrenzung das Gefühl von Isolation bei Migrant*innen verstärken kann.

Darüber hinaus sorgten bestehende Normen („So machen wir das hier“), Eifersüchteleien, Misstrauen und Klatsch für weiteres Konfliktpotenzial. Einzelne Mitarbeiter*innen äußerten offen Vorurteile:

Wissen Sie, was es ist ... Männer aus solchen Ländern können diese Dinge nicht tun ... Menschen waschen, sie zur Toilette bringen oder ihnen beim Essen helfen, das ist wirklich eine Frauensache, also können wir sie nicht zwingen, es zu tun ...“ (Interview Pfleger*in, 35 Jahre)

Auch die fachliche Kompetenz migrantischer Kolleg*innen wurde in Frage gestellt:

Wir [Pfleger*innen] bemerkten einmal, dass wir keinen nassen Waschlappen fanden und kein Handtuch im Badezimmer des Bewohners finden konnten, nachdem wir die Ausländische Pflegekraft angewiesen hatten, sie zu waschen ... Wir bezweifeln also, dass sie es wirklich getan hat. Wie können wir jemandem vertrauen und ihm Verantwortung übertragen, wenn wir nicht sicher sind, ob er es tut?“ (Fokusgruppe mit Pfleger*innen, 2016)

Erfahrungen der Migrant*innen

Für viele Migrant*innen stellte die Arbeit in einer Altenpflegeeinrichtung eine neue und herausfordernde Realität dar. Neben den sprachlichen Barrieren trafen sie auf andere Arbeitsgewohnheiten, ein hohes Arbeitstempo und strukturellen sowie individuellen Rassismus.

Die Pflege schaut mich manchmal nicht einmal an! Sie gehen einfach weg, als ob ich nicht da wäre ... vielleicht wäre es anders, wenn sie mit mir reden würden, freundlich wären – aber nein, sie reden nur miteinander. Ich ging zum Manager und fragte: „Warum reden die Pfleger*innen nicht mit mir?“ (Feldtagebuch, 2017)

Einige berichteten auch von Unzufriedenheit über den Umgang mit den Bewohner*innen durch das Stammpersonal:

Hier muss alles sehr schnell gehen, wissen Sie ... und das Personal ist sehr ungeduldig mit den Bewohnern. Zum Beispiel stellen sie ihnen das Essen hin und räumen es fünf Minuten später wieder weg, ohne sich auch nur die Mühe zu machen, zu schauen, ob etwas davon gegessen wurde. Nein, so bin ich nicht ... Ich sitze ruhig bei den Bewohnern, habe Geduld und viel mehr Respekt.“ (Feldtagebuch, 2018)

Solche Aussagen deuten darauf hin, dass einige Migrant*innen ihre eigenen Pflegepraktiken als empathischer und respektvoller wahrnahmen als die des regulären Personals – was das Gefühl gegenseitiger Abwertung weiter verstärkte.

Buddys und Management: Zwischen Hoffnung und Realität

Zur Unterstützung der Migrant*innen im Pflegealltag wurde in beiden Einrichtungen ein sogenanntes „Buddy-System“ eingeführt. Die Buddys waren reguläre Mitarbeiter*innen, die vom Management ausgewählt wurden, um den neuen Kolleg*innen mit Fluchthintergrund als Mentor*innen und Ansprechpartner*innen zur Seite zu stehen. Sie begleiteten diese im Arbeitsalltag, erklärten Abläufe, halfen bei sprachlichen und fachlichen Fragen und versuchten, bei interkulturellen Missverständnissen zu vermitteln.

Diese Funktion war allerdings mit einer besonderen Positionierung innerhalb des Teams verbunden. Einerseits agierten die Buddys im engen Kontakt mit den Migrant*innen, andererseits standen sie in direkter Verbindung zum Management, das sie offiziell für diese Rolle bestimmt hatte. Diese Nähe zur Leitungsebene führte dazu, dass einige Kolleg*innen den Buddys misstrauten und ihnen unterstellten, sich durch ihr Engagement Anerkennung oder Aufstiegsmöglichkeiten beim Management zu versprechen. Damit gerieten die Buddys selbst in ein Spannungsfeld: zwischen Solidarität mit ihren Teams und dem Anspruch, integrative Brücken zu bauen.

Auch das Management spielte eine zentrale Rolle bei der Umsetzung der Integrationsmaßnahmen. Die Motivation war dabei zweigeteilt: Zum einen wollte man dem Personalmangel entgegenwirken und neue Arbeitskräfte langfristig binden, zum anderen war man bemüht, den neuen Mitarbeitenden mit Fluchterfahrung einen unterstützenden Einstieg zu ermöglichen. In der Praxis jedoch zeigten sich Grenzen: In der niederländischen Einrichtung etwa fehlte weitgehend Erfahrung im Umgang mit Diversität, interkultureller Kommunikation und der Begleitung struktureller Veränderungsprozesse. Fragen wie: *Wie reagieren wir auf kulturell bedingte Unterschiede im Umgang mit Körperpflege? Wie gehen wir mit Widerstand im Team um?* blieben oft unbeantwortet.

Die deutsche Einrichtung versuchte dem mit Fortbildungen zur „kulturellen Kompetenz“ zu begegnen. Diese Schulungen sollten die Mitarbeitenden für unterschiedliche kulturelle Hinter-

gründe sensibilisieren und Reflexionsräume öffnen. Auch hier jedoch wurde deutlich, dass reine Wissensvermittlung nicht ausreichte. Ohne gleichzeitige Bearbeitung der strukturellen Arbeitsbedingungen – wie Zeitdruck, Überlastung oder unklare Verantwortlichkeiten – blieb der Effekt dieser Maßnahmen begrenzt. Die Schulungen wurden von manchen Teilnehmenden als wenig praxisnah empfunden, andere nahmen gar nicht erst teil.

In beiden Einrichtungen wurde Integration somit vor allem als Anpassung der Migrant*innen an bestehende Strukturen verstanden – weniger als gemeinsames Aushandeln eines veränderten Miteinanders. Diese einseitige Erwartung verstärkte bestehende Spannungen.

Die harte Realität: Wir gegen sie

Im Verlauf der Zusammenarbeit zeigte sich eine zunehmende Spaltung zwischen der „alten“ und der „neuen“ Gruppe. Unterschiede wurden nicht als Bereicherung, sondern als Defizite oder Bedrohung erlebt – insbesondere in Bezug auf Sprache, kulturelle Werte und Arbeitsweisen. Die Wahrnehmung der Gruppen kippte: Während anfangs oft von einer *Win-win-Situation* gesprochen wurde, setzte sich nach einigen Wochen ein „Wir gegen sie“-Denken durch.

Anstatt sich gemeinsam mit den realen Herausforderungen wie Unterbesetzung, hoher Arbeitsbelastung oder unklarer Aufgabenverteilung auseinanderzusetzen, verlagerten sich Konflikte auf die interkulturelle Ebene. Dies führte zu Misstrauen, Frustration und einer emotionalen Distanzierung zwischen den Gruppen. In manchen Fällen entstand eine regelrechte *Sündenbockdynamik*, bei der Fehler und Missstände den „Neuen“ zugeschrieben wurden – auch dann, wenn diese strukturelle Ursachen hatten.

Diese Entwicklung verdeutlicht, dass gelingende Integration nicht nur individuelle Offenheit oder interkulturelle Schulung erfordert, sondern tiefgreifende strukturelle und relationale Arbeit. Sie muss als ein gemeinsamer, dynamischer Prozess verstanden werden – ein kontinuierliches „Tinkering“ im Sinne MOLS: eine kontext-

spezifische Aushandlung guter Pflege, die nicht durch abstrakte Leitbilder, sondern durch situative, relationale Praxis Gestalt annimmt.

Zusammenfassung der Ergebnisse

Die ethnografische Untersuchung zeigt, dass die Integration von Migrant*innen in den Pflegealltag komplexe soziale, kulturelle und organisationale Herausforderungen mit sich bringt. Obwohl beide Einrichtungen die Integration als Chance zur Behebung des Pflegekräftemangels verstanden und entsprechende Programme implementierten, traten im Alltag Spannungen auf, die tiefere strukturelle und relationale Dynamiken sichtbar machten.

Erstens wurde deutlich, dass Pflege nicht nur eine technische, sondern vor allem eine relationale Praxis ist. Die Zusammenarbeit zwischen lokalem Personal und Migrant*innen war geprägt von Missverständnissen, gegenseitigen Vorbehalten und gegensätzlichen Vorstellungen von „guter Pflege“, die häufig auf kulturelle Unterschiede zurückzuführen waren. Migrant*innen berichteten von Ausgrenzung, fehlender Kommunikation und Rassismuserfahrungen. Gleichzeitig wurden ihre Kompetenzen und Perspektiven auf Pflege oft nicht ernst genommen oder sogar in Frage gestellt.

Zweitens kam es innerhalb der Teams zu einem „Wir gegen sie“-Denken. Unterschiede in Sprache, Kultur und Arbeitsweise wurden nicht als Ressourcen, sondern als Barrieren wahrgenommen. Die emotionale Belastung durch hohes Arbeitsaufkommen, Unsicherheit und ständige Veränderung trug dazu bei, dass bestehende Teamstrukturen sich gegen wahrgenommene „Störungen“ abschotteten.

Drittens zeigten sich sowohl Potenziale als auch Grenzen institutioneller Unterstützungsstrukturen. Die Buddys versuchten, vermittelnd zu wirken, stießen dabei aber auf Misstrauen innerhalb der Teams. Managementbemühungen, wie z. B. kulturelle Schulungen, hatten gute Intentionen, führten jedoch ohne tiefgreifende strukturelle Veränderungen nur begrenzt zum Erfolg.

Insgesamt belegen die Ergebnisse, dass erfolgreiche Integration mehr erfordert als Ausbildung und Sprachkurse. Sie hängt wesentlich von

relationaler Abstimmung, gegenseitiger Anerkennung und dem bewussten Umgang mit Differenzen ab. Integration ist kein linearer Prozess, sondern ein fortlaufendes, situatives „Tinkering“ – ein tastendes Aushandeln des Miteinanders im Pflegealltag, das ständige Reflexion und Anpassung verlangt.

Fazit und Diskussion

Diese Studie hat gezeigt, dass es zur Durchdringung der sozialen Prozesse zwischen lokalem Personal und Migrant*innen im Pflegebereich wichtig ist, dem breiteren institutionellen und gesellschaftlichen Kontext Aufmerksamkeit zu schenken. Die empirischen Daten belegen, dass die soziale Dynamik innerhalb der Pflegeteams in beiden Einrichtungen von institutionellen Einschränkungen beeinflusst wird, wie etwa Ressourcenknappheit, Zeitmangel und Personalmangel. Darüber hinaus befinden sich sowohl das etablierte Personal als auch die Migrant*innen in einer spezifischen Konfiguration – einem Netz gegenseitiger Abhängigkeitsbeziehungen. Dieser Konfiguration liegen, wie ELIAS und SCOTSON (1965) argumentieren, ein ungleiches Machtverhältnis zwischen den beiden Gruppen sowie die daraus resultierenden Spannungen zugrunde. Konflikte stehen häufig im Zusammenhang mit kollektiven Vorstellungen von „wir“ versus „sie“. Machtunterschiede äußern sich darin, dass das etablierte Pflegepersonal bemüht ist, seine Kontrolle und Autoritätsposition zu bewahren und gleichzeitig befürchtet, seine Stellung oder Arbeit an neue (günstigere) Kräfte zu verlieren.

Zudem steht das lokale Personal in der Warteschlange für Weiterbildung und Aufstieg und hat das Gefühl, nach jahrelangem geduldigen Warten von den Migrant*innen überholt zu werden, da diese nun Aufmerksamkeit und Fortbildungen durch das Management erhalten (HAM 2022). Diejenigen, die seit Jahren dort arbeiten, fühlen sich übersehen und vom Management nicht wahrgenommen, was zu dem subjektiven Eindruck führt, dass sie sogar zurückgedrängt werden. Diese Ressentiments und dieser Groll entladen sich in der Suche nach einem Sündenbock – den

Migrant*innen. Die Ergebnisse zeigen jedoch auch, dass, obwohl das lokale Personal mehr Macht besitzt, es sich dem Management gegenüber ebenfalls machtlos fühlt. Klatsch und Tratsch als „weapon of the weak“ (SCOTT 1985) wurde zu einer effektiven Form des Widerstands des lokalen Personals, um ihre dominante Position zu festigen und die Außenseiterrolle der Migrant*innen zu bekräftigen. Sie versuchen so, Kontrolle über ihre Situation zu behalten und ihre berufliche Identität zu schützen und aufzuwerten. Diese Erkenntnisse machen deutlich, wie Machtungleichgewichte und intergrupale Konflikte soziale Prozesse beeinflussen.

Eine umfassende Kontextanalyse der Arbeitsmarktintegration von Migrant*innen der ersten Generation in zwei Pflegeeinrichtungen macht deutlich, dass die institutionellen und organisatorischen Rahmenbedingungen berücksichtigt werden müssen. Arbeit, die sich anhäuft und nie abgeschlossen wird, ist nicht nur physisch belastend, sondern auch emotional erschöpfend. Hoher Arbeitsdruck erschwert es, sich abzustimmen („Tinkering“) oder sich darüber auszutauschen, wie mit widersprüchlichen Werten (z. B. Marktlogik vs. Pflegeethik) umgegangen werden kann, was letztlich die tägliche Pflege beeinträchtigen und das Wohlbefinden älterer Bewohner*innen verschlechtern kann. Pflegekräfte, die strukturell nicht in der Lage sind, ihren (Pflege-)Werten gerecht zu werden, laufen zudem Gefahr, gleichgültig zu werden und unüberlegt gegenüber Klient*innen zu handeln. Die Ausübung emotionaler Arbeit, die von Pflegekräften die bewusste Regulierung ihrer eigenen Emotionen erfordert, stellt ebenfalls einen erheblichen arbeitsbedingten Stressfaktor dar, der zur Entstehung von Burnout beitragen kann (JEUNG, KIM & CHANG 2018).

Anstatt die Herausforderungen zwischen lokalem Personal und Migrant*innen simplifizierend auf kulturelle oder ethnische Unterschiede zurückzuführen – oder auf die Vorstellung, dass das lokale Personal unbelehrbar ist und die Migrant*innen inkompetent sind –, betont diese Studie vielmehr die Rolle von Macht- und Abhängigkeitsverhältnissen. Sie offenbart die sozialen Prozesse, die in einem Kontext institutioneller Einschränkungen aktiviert werden und sich negativ auf die

Dynamik zwischen lokalem Personal und Migrant*innen auswirken. Die Studie zeigt, wie unterschiedliche soziale Prozesse, institutionelle Begrenzungen und die Kommerzialisierung in der Pflege nicht nur das Wohlbefinden einzelner Pflegekräfte und das ihrer älteren Klientinnen erheblich beeinflussen, sondern auch signifikante Auswirkungen auf die Arbeitsmarktintegration von Migrant*innen sowie die Qualität der geriatrischen Versorgung haben. Diese institutionellen Prozesse waren sowohl in niederländischen als auch in deutschen Einrichtungen zu beobachten.

Handlungsempfehlungen

Empfehlungen aus der Forschung für Praxis, Politik und Ausbildung

Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen basieren auf den empirischen Erkenntnissen der oben beschriebenen ethnografischen Untersuchung. Die Empfehlungen richten sich in erster Linie an das Leitungspersonal in Pflegeeinrichtungen, Bildungsträger im Pflegebereich, politische Entscheidungsträger sowie Fachkräfte in der Personalentwicklung und im Diversitätsmanagement. Ziel ist es, strukturelle, organisationale und zwischenmenschliche Voraussetzungen für eine gelingende Integration von Mitarbeitenden mit Flucht- und Migrationshintergrund in die Altenpflege zu verbessern.

Die Vorschläge beruhen dabei sowohl auf Beobachtungen vor Ort, Interviews mit allen beteiligten Gruppen (Migranten*innen, Kolleg*innen, Buddys, Management) als auch auf einer kritisch-reflexiven Auswertung der alltäglichen Spannungen und Aushandlungsprozesse im Arbeitskontext.

Bildungsmöglichkeiten für alle Beteiligten ausbauen

Pflegeeinrichtungen, Trägerorganisationen und Berufsschulen sollten spezifische Bildungsangebote für zwei Zielgruppen bereitstellen:

- Für Migrant*innen: Sprachkurse mit pflegespezifischem Vokabular, niedrigschwellige

Einstiegsformate, aber auch Anerkennungsverfahren vorhandener Qualifikationen.

- Für lokales Personal: Weiterbildungen zu interkultureller Sensibilität, diskriminierungskritischer Praxis und migrationsbezogener Begleitung im Arbeitsalltag.

Unterstützungnetzwerke für die Integration etablieren

Pflegekräfte benötigen Anleitung und Begleitung – auf beiden Seiten. Deshalb sollten Mentoring- und Buddy-Programme professionell aufgesetzt, moderiert und evaluiert werden. Wichtig ist: Diese zusätzlichen Aufgaben dürfen nicht auf Freiwilligkeit und individuelle Motivation allein beruhen, sondern müssen als feste Aufgaben im Dienstplan verankert und zeitlich berücksichtigt werden. Besonders angesprochen sind hier Pflegedienstleitungen und Einrichtungsleitungen, die entsprechende Strukturen schaffen können.

In Teamarbeit und Supervision investieren

Spannungen entstehen häufig nicht nur durch kulturelle Unterschiede, sondern durch hohe Belastung, Zeitdruck und mangelnde Kommunikation. Teamleitungen und Träger sollten deshalb Supervisionen, Teambuildingformate, moderierte Austauschrunden und regelmäßige Reflexionsgespräche fördern. Besonders wertvoll ist es, wenn diese Angebote interkulturell zusammengesetzt sind. Zusätzliche Sprachförderung und gezielte Schulungen für alle – auch zum Umgang mit Rassismus und Vorurteilen – sind wichtige Ergänzungen.

Integration als Beitrag zur Lebens- und Pflegequalität erkennen

Die Integration von Migrant*innen, Geflüchteten und Asylsuchenden in den Pflegeberuf sollte nicht nur als Notlösung gegen den Fachkräftemangel betrachtet werden, sondern als langfristige Investition in soziale Gerechtigkeit und Qualität.

Politische Entscheidungsträger und Trägerverbände sind hier gefragt, Programme nicht nur zu initiieren, sondern auch nachhaltig zu fördern – mit dem Ziel, faire Arbeitsbedingungen für Zugewanderte zu schaffen und gleichzeitig die Pflegequalität für Bewohner*innen zu verbessern.

Forschung zur Integration fördern und partizipativ gestalten

Die Prozesse in multikulturellen Teams sind oft unsichtbar und finden „hinter verschlossenen Türen“ statt. Wissenschaft und Förderinstitutionen sollten deshalb gezielt ethnografische und partizipative Forschung unterstützen. Dabei ist entscheidend, dass Migrant*innen und Pflegekräfte nicht nur Forschungsobjekte, sondern aktive Mitgestaltende werden – z. B. in Form von partizipativer Aktionsforschung oder Co-Evaluation. Nur so entsteht praxisnahes und strukturell wirksames Wissen.

Literatur

- BOURDIEU, PIERRE 1990 [orig. 1980]. *The logic of practice*. Stanford: Stanford University Press.
- & WACQUANT, LOÏC J. D. 1992. *An Invitation to Reflexive Sociology*. Chicago: University of Chicago Press.
- 2005. *Habitus*. In HILLIER, JEAN & ROOKSBY, EMMA (eds) *Habitus: A Sense of Place*. London: Routledge: 44–53.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK (CBS) 2021. *Forecast population growth unabated in the next 50 years*. <https://www.cbs.nl/en-gb/news/2020/51/forecast-population-growth-unabated-in-the-next-50-years> [11.06.2020].
- COTTINGHAM, MARCI D. & ANDRINGA, LANA 2020. “My color doesn’t lie”: Race, gender, and nativism among nurses in the Netherlands. *Global Qualitative Nursing Research* 7: 1–11.
- EIJBERTS, MELANIE 2013. *Migrant Women Shout it out aloud: The Integration/Participation Strategies and Sense of Home of First- and Second-Generation Women of Moroccan and Turkish Descent*. Amsterdam: VU University Press.
- ELIAS, NORBERT & SCOTSON, JOHN L. 1965. *The Established and the Outsiders*. London: Sage.
- FEDERAL STATISTICAL OFFICE (FSO) 2016. *Older People in Germany and the EU*. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/113952/83dbe067b083c7e8475309a-88da89721/aeltere-menschen-in-deutschland-und-in-der-eu-englisch-data.pdf> [04.02.2020].
- HAM, ANITA 2022. *Who cares? An ethnographic research on the workforce integration of first-generation immigrants in geriatric care in the Netherlands and Germany*. <https://scholarlypublications.universiteit-leiden.nl/handle/1887/3503600> [02.09.2025].
- JEUNG, DA-YEE; KIM, CHANGSOO & CHANG, SEI-JIN 2018. Emotional Labor and Burnout: A Review of the Literature. *Yonsei Medical Journal* 59, 2: 187–193.
- MOL, ANNEMARIE 2008. *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London & New York: Routledge.
- 2010. Care and its values: Good food in the nursing home. In MOL, ANNEMARIE; MOSER, INGUNN & POLS, JEANETTE (eds) *Care in practice: On tinkering in clinics, homes and farms*. Bielefeld: transcript Verlag: 215–234.
- ; MOSER, INGUNN & POLS, JEANETTE (eds) 2010. *Care in Practice: On Tinkering in Clinics, Homes and Farms*. Bielefeld: transcript Verlag.
- RAMJI, ZUBEIDA & ETOWA, JOSEPHINE 2018. Workplace Integration: Key Considerations for Internationally Educated Nurses and Employers. *Administrative Sciences* 8, 1: 2.
- SCHAAFMA, JULIETTE 2008. Interethnic Relations at Work: Examining Ethnic Minority and Majority Members’ Experiences in the Netherlands. *International Journal of Intercultural Relations* 32, 5: 453–465.
- SCHILGEN, BENJAMIN; HANDTKE, ORANIA; NIENHAUS, ALBERT & MÖSKO, MIKE 2019. Work-related barriers and resources of migrant and autochthonous homecare nurses in Germany: A qualitative comparative study. *Applied Nursing Research* 46: 57–66.
- SCHWEIGER, PETRA 2011. „Wir haben zwar Geduld, aber keine Zeit“. Eine Ethnografie subjektiver Alltagsstile in der ökonomisierten Altenpflege. München: Herbert Utz Verlag.
- SCOTT, JOHN C. 1985. *Weapons of the Weak: Everyday Forms of Peasant Resistance*. Yale: Yale University Press.
- STATISTISCHES BUNDESAMT 2021. *Bevölkerung. Demografischer Wandel*. https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/_inhalt.html [11.06.2020].
- XIAO, LILY DONGXIA; WILLIS, EILEEN & JEFFERS, LESLEY 2014. Factors affecting the integration of immigrant nurses into the nursing workforce: A double hermeneutic study. *International Journal of Nursing Studies* 51, 4: 640–653.



Anita Ham, Dr., ist Pflegerin, Ethnologin und Senior-Forscherin an der Hochschule Den Haag. Sie erforscht die Situation von anerkannten Geflüchteten, Ukrainer*innen, (Arbeits-) Migrant*innen und Frauen mit Migrationshintergrund und niedrigem sozioökonomischem Status im niederländischen Den Haag. Sie setzt sich ein für die Verbesserung der Position von Geflüchteten, Migrant*innen und Frauen in den Bereichen Gesundheit, Arbeit und Gesellschaft.

De Haagse Hogeschool
Johanna Westerdijkplein 75
2521 EN Den Haag, Nederland
Email: a.ham@hhs.nl

„Heilende“ Interieurs

Zur Neugestaltung der Universitätsklinik Nimwegen
(Radboud Universitair Medisch Centrum)

MARTIJN IN 'T VELD & ANDREA KUCKERT

In jüngster Zeit ist eine deutliche Zunahme der qualitativ hochwertigen architektonischen Gestaltung von Kliniken zu beobachten, die sich auf die Versorgung von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen spezialisiert sind. Das Ambiente, die Verringerung akuter individueller Isolationen, das Angebot innovativer Therapien und die Arbeitsatmosphäre sind nur einige Kriterien, die heutzutage bei der Gestaltung von Krankenhaus-Neu- und Umbauten berücksichtigt werden.

Anlass der baulichen Umgestaltung der psychiatrischen Station in der Universitätsklinik Nimwegen (Radboudumc) waren zunächst Überlegungen zur Neugestaltung eines Zimmers, in dem Patient*innen untergebracht wurden, die durch ein hohes Aggressionspotential und Agitiertheit auffielen.

Der Auftrag erging an das EGM-Architekturbüro, das als ein innovatives und wissensintensives Architektur-, Beratungs- und Forschungsunternehmen in den Niederlanden bekannt ist. Nachhaltigkeit und ein proaktiver Umgang mit der Architektur kennzeichnen die unverwechselbaren, von EGM konzipierten Gebäude für Gesundheit (so wie das Radboudumc) in Verwaltung, Bildung, Forschung, Gesellschaft, Wohnen und Wirtschaft im In- und Ausland. Ein Gebäude, so die Vision, steht nie allein, sondern ist immer Teil seiner Umwelt und Gesellschaft. Deswegen wirbt das Unternehmen mit dem Claim: „Wir gestalten für den Menschen“.

Kann eine moderne psychiatrische Abteilung in einem bestehenden Gebäude nach den Prinzipien einer „heilenden Umgebung“ umgestaltet werden? Das war die Frage der Radboudumc angesichts der veralteten, 1991 erbauten psychiatrischen Klinik. In enger Zusammenarbeit mit verschiedenen Projektentwickler*innen und der Universitätsklinik überprüften die Architekt*innen

des Architekturbüros EGM das Projekt und diese Idee einer Transformation auf ihre Machbarkeit.

In einem Interview berichtet einer der verantwortlichen EGM-Architekten Martijn in 't Veld, dass in einem akademischen Krankenhaus schon etwas mehr erwartet wird als einfach nur ein Gebäude zu entwerfen. Das betreffe sowohl den inhaltlichen Aspekt als auch die Zusammenarbeit. „Das Schöne an diesem Projekt war, dass das multidisziplinäre Team von Anfang an eine große Rolle gespielt hat. Wir haben mit dem Verwaltungsleiter, Menschen aus der Abteilung und der Pflege zusammengearbeitet. Am Anfang ein kleines kompaktes Team, da wir uns ja gestaltend forschend auf den Weg gemacht haben. Fragestellungen wurden gemeinsam diskutiert, wie: Was kann man überhaupt in dem Gebäude realisieren, was möchte das Radboudumc, welche Vision hat die Abteilung?

Mit der Skizzenrolle wurden fast wöchentlich Dinge kontrovers diskutiert, ausbalanciert, die verschiedenen Perspektiven angehört. Auf der einen Seite stand das architektonische Fundament und auf der anderen Seite standen die organisatorischen Abläufe und wie die Pflege gestaltet werden kann. All das war nötig, um dann den eigentlichen Entwicklungsprozess ausführen zu können. Alle in den Prozess involvierten Parteien haben eingebracht, was nötig ist, diskutiert, wie es erreicht werden kann, und ausgelotet, welchen Beitrag das Architekturbüro dazu leisten kann. „Und immer wieder [wurde] miteinander diskutiert, wie man auf allen Gebieten das Optimum herausholen kann“, so der Architekt Martijn in 't Veld. Alle Empfehlungen, vor allem im gesundheitlichen Sektor, basieren auf einem „Evidence based Design“. Die Architekt*innen sind entsprechend ausgebildet und alle Mitarbeitenden wissen, wie wichtig die „Evidence“ in diesem Bereich ist.

Aufenthaltsbereich für Patient*innen und Angehörige auf der psychiatrischen Station im Radboudumc. Er versteht sich als eine Art „zentrale Empfangshalle“.



Abb. 1 Vor dem Umbau.



Abb. 2 Nach dem Umbau.

Allen Beteiligten ist klar, dass alle Disziplinen zusammenarbeiten müssen, um alle Perspektiven berücksichtigen zu können.

Nach vielen gemeinsamen Überlegungen und Diskussionen, Abstimmungen und Kompromissen zwischen den Architekt*innen, dem Auftraggeber, den Nutzer*innen und den Patient*innen war die Universitätsklinik das erste Krankenhaus in den Niederlanden, das eine psychiatrische Station eröffnete, die architektonisch auf die komplexen und intensiven Pflegebedürfnisse psychiatrischer Patient*innen einging.

Positiver Einfluss auf das Wohlbefinden

Die neue Klinik bietet eine helle, gut organisierte und sichere Umgebung mit viel Grün. Dieses freundliche und komfortable Erscheinungsbild hat einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden, das Verhalten und die Emotionen der Patient*innen. Das Design basiert vollständig auf den Prinzipien einer „heilenden Umgebung“ und dem Wissen um „evidenzbasiertes Design“. Das bedeutet, dass das Gebäude an sich zum Wohlbefinden und zur Genesung der Patient*innen beitragen soll.

Ganzheitliche Versorgung der Psychiatrie mit Somatik

Die neue psychiatrische Station kann je nach Bedarf in einen geschlossenen oder einen offenen Bereich unterteilt werden. Dies verleiht dem Gebäude eine besondere Flexibilität. Die Patient*innen wohnen in einem der 27 großen Einzelzimmer mit eigenem Bad, regulierbarer Temperatur und ohne direkte Einblickmöglichkeit von außen. Die Zimmer sind so eingerichtet, dass Familienmitglieder übernachten können und auch somatische Betreuung angeboten werden kann. Mit dieser spezialisierten integrierten Versorgung schließt das Radboudumc die Lücke zwischen Psychiatrie und Somatik. Die Station verfügt außerdem über eine Einheit für komplexe Pflegesituationen und eine Intensivstation, drei Wohn- und Essbereiche, einen zentralen Empfangsbereich, ein Familien-

zimmer, ein Mutter-Kind-Zimmer und flexible Arbeitsbereiche. Viel Wert wurde auf Sicherheit, Privatsphäre und Autonomie sowohl für die Patient*innen als auch für das Personal gelegt.

Bessere Gesundheit durch natürliches Licht

Bei der Ausarbeitung des „heilenden“ Interieurs – in enger Zusammenarbeit mit dem Suzanne Holtz Studio – wurden natürliche Materialien und gedämpfte, beruhigende Farben verwendet. Innenarchitektonisch werden mit cremefarbenen Steinstreifen an den Wänden, realistischen Fotoabzügen, bis hin zu Türen, Böden und Tischen aus Holz Akzente gesetzt. Alle Räume werden durch Tageslicht erhellt, was sich positiv auf die Gesundheit auswirkt. Das komplett neue Klimasystem – auf Anraten des Ingenieurbüros Deerns – sorgt für ein angenehmes und gesundes Raumklima, ohne störende Geräusche und das Gefühl, im Luftzug zu stehen.



Abb. 3 + 4 Übergang von der psychiatrischen Station in den Außenbereich. Im Innenbereich Rezeption. Vor/nach Umbau.



Abb. 5 + 6 Tagesraum im geschützten Bereich der psychiatrischen Station.



Abb. 7 + 8 Pflegestützpunkt und Patient*innenzimmer.



Abb. 9 Vor dem Umbau.



Abb. 10 Nach dem Umbau. Patient*innenzimmer auf der psychiatrischen Station. 2/3 der Zimmer sind auch für Patient*innen mit psychosomatischen Erkrankungen geeignet. Medizinische Anschlüsse liegen (gesichert) außerhalb des Gesichtsfeldes der Patient*innen. Schreibtisch für die Patient*innen. Rooming-In für die Angehörigen (grüne Bank).

Tagesraum auch als Speiseraum zu nutzen, jeweils im offenen und geschützten Bereich der Station.



Abb. 11 + 12 Verbindung zum Hauptgebäude der Universitätsklinik.



Abb. 13 Vor dem Umbau.



Abb. 14 Nach dem Umbau.

Sieben verschiedene Therapiegärten

Das Konzept einer „heilenden Umgebung“ wurde auch in der neuen Gartengestaltung fortgeführt. Wo immer sie sich im Gebäude befinden, blicken die Patient*innen ins Grüne. Im zentralen Teil der Station befindet sich zum Beispiel eine mit Bambus bepflanzte Terrasse. Darüber hinaus haben alle Patient*innenzimmer einen Blick auf einen der sieben „heilenden“ Gärten, ein Entwurf von Copijn Garten- und Landschaftsarchitekten.

Stressreduzierende grüne Umgebung

Ruhe und Entspannung finden Patient*innen und Personal rund um das Haus in den Therapiegärten. Im geschlossenen Bereich befindet sich ein Garten mit vielen Ziergräsern, niedrigen Bäumen und allerlei Sitzgelegenheiten. In dieser an

eine Savanne erinnernde Landschaft – mit Raum für Gruppentherapie – fühlen sich die meisten Menschen am wohlsten und sichersten. Im Aktivgarten blüht das ganze Jahr über etwas, so dass immer Platz zum Malen oder für Blumenarrangements bleibt. Besondere Blumen, kleine Wasserspiele, schmale Wege, schöne Bäume und Sitzgelegenheiten, von denen aus man den Blick in die Ferne schweifen lassen kann, ziehen im Meditationsgarten die Blicke auf sich. So können die Besucher das Gesehene in Ruhe reflektieren. Die ruhigen Gärten des Büros sind echte Schaugärten. All das Grün, und die Pflanzen zu betrachten und sich darin zu bewegen, wirkt stressreduzierend.

Abbildungen

EGM ARCHITEKTEN. Alle Rechte vorbehalten.





Martijn in 't Veld verfügt über umfassende Expertise in Gesundheits- und Laborprojekten im In- und Ausland. Seine Arbeit umfasst alle Größenordnungen und funktionsübergreifenden Bereiche und strebt stets nach maximaler Zusammenarbeit. Gerade dieser interdisziplinäre Ansatz ermöglicht es ihm, Lösungen für Herausforderungen im Gesundheitswesen zu finden.

Bei EGM Architekten (Dordrecht, Niederlande) stehen immer die Menschen im Mittelpunkt. Seit 1974 entwerfen EGM Gebäude und Umgebungen, die zu Gesundheit, Wohlbefinden und Würde beitragen: Orte, die Energie geben, an denen man sich willkommen und sicher oder gut aufgehoben fühlt. Mittlerweile haben EGM rund 5.000 Projekte in über 50 Ländern abgeschlossen. EGM glauben an die verbindende Kraft der Architektur: mit dem Nutzer, der Umwelt und der Gesellschaft. Deshalb arbeitet EGM stets zusammen: mit unseren Kunden, Lieferkettenpartnern und Experten aus unseren eigenen multidisziplinären Teams. Dieses Zusammenspiel führt zu durchdachten Entwürfen, von der Stadtplanung bis zur Innenarchitektur, in denen Handwerkskunst und Engagement spürbar sind und zum Wohlbefinden der Nutzer beitragen. Dafür setzen sich EGM gemeinsam mit rund 85 Kolleg*innen jeden Tag ein.

EGM architecten
Wilgenbos 20
3311 JX Dordrecht
Niederlande
e-mail: Martijn.int.Veld@egm.nl



Andrea Kuckert, Dr., arbeitet als pflegerische Leiterin des Departments Forschung und Entwicklung im Alexius/Josef Krankenhaus in Neuss, einem psychiatrischen Akutkrankenhaus. Auch geprägt durch das Studium der kulturellen Anthropologie (M.A.), der Pflegewissenschaften (M.A.) und zahlreiche Auslandsaufenthalte liegen ihre Interessen auf den Gebieten des Diversity Managements, der Versorgung von Menschen mit demenziellen Erkrankungen, genderrelatierten Themen und der Pflegeentwicklung. Durch ihre Arbeit als Gesundheits- und Krankenpflegende auf einer geschützten gerontopsychiatrischen Station bleibt sie ihrem Fach verbunden und kann pflegerische Fragestellungen direkt aus der Praxis aufgreifen und gemeinsam mit den Kolleg*innen im partizipativen Ansatz bearbeiten.

Alexius/Josef Krankenhaus
Nordkanalallee 99
41464 Neuss
e-mail: a.kuckert@ak-neuss.de

UNABHÄNGIGE ARTIKEL
INDEPENDENT ARTICLES

Medien und Medizin als Ressourcen füreinander

Polio-Schluckimpfung im BRD-Fernsehen der 1960er- und 70er-Jahre

TOBIAS BECKER

Abstract Nachdem ab 1962 in der Bundesrepublik Deutschland flächendeckend die Oralimpfung gegen Poliomyelitis („Kinderlähmung“) eingeführt wurde, gab es intensive und langjährige Werbekampagnen, bei denen besonders dem Fernsehen als neuem gesellschaftlichen Leitmedium eine immer größere Bedeutung zukam. Der Artikel analysiert diese Rolle des Fernsehens für die Propagierung der Polio-Schluckimpfung sowohl hinsichtlich der Vielzahl an redaktionellen Sendungsbeiträgen als auch mit Blick auf einflussreiche staatliche Werbespots. Das Argument lautet, dass die Propagierung der Polio-Schluckimpfung in den 1960er- und 70er-Jahren eingebettet war in ein teils institutionalisiertes, vor allem aber informelles Zusammenwirken von medizinischen und medialen Akteuren, die in strategischen Allianzen voneinander zu profitieren suchten. Der Artikel beschreibt, wie Medien als Ressourcen der Medizin, umgekehrt aber auch Medizin als Ressource der Medien dienten. Zudem zeigt er auf, wie sich die Werbestrategien im Laufe der 1960er- und 70er-Jahre veränderten. Dieser medienhistorische Blick fördert zutage, dass die Behauptung, der Rückgang der Erkrankungsfälle in den frühen 1960er-Jahren sei maßgeblich dem berühmt gewordenen Werbeslogan „Schluckimpfung ist süß – Kinderlähmung ist grausam“ zu verdanken gewesen, ein medial-retrospektiver Mythos ist, der auf einer meist unzutreffenden zeitlichen Zuschreibung beruht. Der Artikel stellt die historische Einordnung des Slogans richtig und erläutert den in den 1970er-Jahren vollzogenen Wandel der Werbelogiken für das Impfen – weg von Abschreckungs- und Schockbildern hin zu Darstellungen eines unbekümmerten Immunitätsversprechens –, wie sie bis heute eingesetzt werden.

Schlagwörter Prävention – Kinderlähmung – Massenmedien – Medienwirkung – Emotionen

Einige Schulkinder unterhalten sich, während sie um die Ecke eines Flures biegen. Als eine Glocke schellt, rennen sie stürmisch den Gang entlang und laufen an dessen Ende eine Treppe hinunter. Nur ein Junge bleibt zurück. Mit seinen beiden Krücken kann er sich nicht so schnell vorwärtsbewegen, sodass er von den anderen abgehängt wird. Das Aufsetzen seiner Gehhilfen auf den harten Boden hallt gespenstisch durch den einsamen Schulflur. „Auch in diesem Jahr wurden wieder Kinder in Deutschland von Kinderlähmung betroffen“, kommentiert eine sonore Männerstimme in ernstem Tonfall aus dem Off. „Soll eines Tages Ihr Kind dabei sein?“ Dann trägt der Sprecher einen Slogan vor, der zusätzlich über das Bild des alleingelassenen Jungen eingeblendet wird: „Schluckimpfung ist süß – Kinderlähmung ist grausam“.



Abb. 1 Einer der ersten gemeinsamen Fernsehspots der westdeutschen Bundesländer zur Polio-Schluckimpfung, im Ersten Deutschen Fernsehen von 1969 bis 1978 ausgestrahlt.

Werbung für die Schluckimpfung, so könnte man ergänzen, war nicht weniger grausam. Zumindest gilt das für diesen düsteren Fernsehspot. Er stammt aus dem Jahr 1969 und wurde bis 1978 im Ersten Deutschen Fernsehen (ARD) ausgestrahlt.¹ Der 30-sekündige Spot warb für die Oralimpfung gegen Poliomyelitis, eine unheilbare virale Infektionskrankheit, die vorwiegend im Kindesalter auftritt und zu schweren, im Extremfall tödlichen Lähmungen führen kann (DIETRICH-DAUM 2021: 193). Aufgrund dieser Symptomatik ist die Krankheit nicht nur unter ihrem Kurznamen „Polio“, sondern auch als „Kinderlähmung“ bekannt. In dem Werbespot werden drei mit der Poliomyelitis verbundene Aspekte angesprochen: Erstens geht es um epidemische Krisen, indem der Sprecher auf die damals regelmäßig auftretenden Polio-Ausbrüche in der Bundesrepublik verweist, von denen „auch in diesem Jahr“ wieder Kinder betroffen gewesen seien. Zweitens geht es um gelähmte Körper, von denen einer eindringlich ins Bild gesetzt wird. Drittens geht es aber auch um die Prävention von dieser Erkrankung, indem der Werbespot an die Eltern appelliert, ihr Kind durch eine Immunisierung zu schützen. Von der Rolle der Medien, insbesondere des Fernsehens, für die Vermittlung dieser drei Aspekte handelt der vorliegende Beitrag.

Generell kommt dem Aspekt der Medialität für eine kulturwissenschaftliche Beschäftigung mit Prävention und gesundheitlicher Aufklärung eine wichtige Bedeutung zu. Das Verhältnis von Medien und Medizin hat dabei eine lange Geschichte. Besonders ab der Aufklärung erschien eine Fülle an gelehrten Schriften und Ratgebern. Mit der Verbreitung der Vakzination ab Ende des 18. Jahrhunderts nahm auch die Zahl an Medien zu diesem Thema rasant zu. Im 19. und frühen 20. Jahrhundert führte das anbrechende Zeitalter der Massenmedien zu einem weiteren Schub. Illustrierte Periodika, Plakate, Radio und Film traten schrittweise als neue Formen der Gesundheitskommunikation hinzu. Besonders in der Weimarer Republik erlangte die sogenannte hygienische Volksbelehrung eine Hochphase. Mit dem Nationalsozialismus und dessen ideologischer Medienkontrolle, die zugleich mit modernen Propagandamöglichkeiten verbunden war,

verschoben sich die Bedingungen und Erscheinungsformen erneut. Trotz des Zusammenbruchs des NS-Regimes 1945 blieben in den 1950er- und 60er-Jahren Kontinuitäten bestehen, auch im Feld der Impfkommunikation (THIEßEN 2017). So stellte neben ‚Impferziehung‘ auch ‚Impfpropaganda‘ in dem untersuchten Zeitraum einen vielfach verwendeten Quellenterminus dar, ehe beide Begriffe im Zuge von veränderten Präventionsdiskursen allmählich vom Ausdruck der ‚Impfwerbung‘ abgelöst wurden.

Vor allem aber griffen die mit gesundheitlicher Aufklärung betrauten Institutionen in den Nachkriegsjahrzehnten auf Ideen und Formen der hygienischen Volksbelehrung aus der Weimarer Zeit zurück (SAMMER 2020). Gerade angesichts der nationalsozialistischen Diktaturerfahrung stellte sich zugleich umso deutlicher eine Frage, um die es im Laufe der Impfgeschichte immer wieder ging und die bis heute von ungebrochener gesellschaftlicher Relevanz ist: Welche medialen Formen sind geeignet und welche Mittel sind legitim, um das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung zu beeinflussen? Nicht nur impfgeschichtliche Studien (THIEßEN 2013, 2017), sondern auch konzeptionelle Beiträge zur Präventionsgeschichte haben die sich historisch wandelnden Antworten auf diese Frage vom paternalistischen Vorsorgestaat bis hin zum Appell an die Eigenverantwortlichkeit nachgezeichnet und dazu etwa das Konzept des präventiven Selbst eingebracht (LENGWILER & MADARÁSZ 2010). Diese Figur gouvernementaler Subjektivierung ist in der Lage, die Brücke zwischen medizin- und medienhistorischen Perspektiven sowie sozial- und kulturalanthropologischen Analysen zu schlagen. Das gilt auch mit Blick auf die Angebotsstruktur des Fernsehens, auf dem deswegen die Aufmerksamkeit dieses Beitrages liegt, weil es zur Zeit der Polio-Schluckimpfung das modernste und meistgenutzte Massenmedium war. Für die Vermittlung von Präventionsbotschaften und Vorsorgeappellen spielte es daher eine zentrale Rolle. Doch wie genau gestaltete sich das Zusammenspiel von Medien und Medizin beim televisuellen Werben für das Impfen?

Die Quellenbasis für die Beantwortung dieser Frage bildeten vom Deutschen Rundfunkarchiv

bereitgestellte Aufstellungen von mehr als 300 thematisch relevanten Fernsehbeiträgen der ARD-Anstalten inklusive Metadaten. Mehrere Dutzend Beiträge sind inzwischen im Rahmen von *ARD retro* in der ARD-Mediathek abrufbar. Zum Zeitpunkt der Analyse 2022–24 waren Beiträge vom Süddeutschen, Hessischen, Bayerischen, Norddeutschen und Saarländischen Rundfunk sowie vom Sender Freies Berlin veröffentlicht worden, allerdings in deutlich unterschiedlicher Anzahl. Die nähere Sichtung von über 60 Beiträgen, davon einige ergänzend im Archiv des Zweiten Deutschen Fernsehens (ZDF), erlaubte in der Zusammenschau mit den weiteren Datensätzen jedoch die Rekonstruktion eines kohärenten Gesamtbildes und ermöglichte so interpretative Verallgemeinerungen.

Die Medienanalyse wurde ergänzt durch die Auswertung von Aktenprotokollen und Korrespondenzen von Fernsehanstalten und Gesundheitsbehörden. Diese Schriftquellen boten vor allem Einordnungen zu den staatlichen Werbespots und legten Aushandlungen hinsichtlich deren Herstellung, Finanzierung, Gestaltung und Programmplatzierung offen. Das komplexe Spannungsfeld zwischen Information und Persuasion, in dem sich die Spots, aber auch redaktionelle Beiträge bewegten, hat dabei bis heute nichts von seiner gesellschaftlichen Relevanz eingebüßt, wie die Diskurse zur Covid-Impfung in den Jahren 2020 bis 2023 gezeigt haben. In diesem Sinne ist es ein Anliegen dieses Beitrags, mithilfe eines medizin- und medienhistorischen Zugangs den Blick auf solche geradezu zeitlos wichtig erscheinenden Dynamiken zwischen Medien und Medizin zu schärfen.

Polio-Impfungen und der Aufschwung des Fernsehens

Die gesundheitspolitischen sowie sozial- und medizingeschichtlichen Dimensionen des Impfans gegen Polio sind inzwischen gut erforscht (CORS 2015; DIETRICH-DAUM 2021; HINZ-WESSELS 2020, 2021; LINDNER 2004: 221–282; LINDNER & BLUME 2006; THIEßEN 2013, 2017: 205–352). An dieser Stelle genügt daher ein grober Abriss

zur Einordnung: In den 1950er-Jahren traten in vielen Ländern immer wieder starke Polio-Epidemien auf. Zwar stand in der BRD seit Ende 1954 ein Impfstoff zur Verfügung, doch dessen Herstellung wurde nach weniger als einem Jahr aus Sicherheitsbedenken eingestellt. Zwei Jahre später, 1957, erfolgte die Genehmigung eines importierten, von dem US-Virologen Jonas Salk (1914–1995) entwickelten Impfstoffes. Allerdings hatten vorausgegangene Zwischenfälle und gesundheitspolitisches Zögern in der Bevölkerung viel Vertrauen gekostet. Die Impfraten blieben niedrig und das Impfen epidemiologisch unwirksam. Im Jahr 1961 verzeichnete die BRD 4.673 Erkrankte und 305 Todesopfer (PÖHN & RASCH 1994: 71). Die DDR hingegen wies ab dem gleichen Jahr keinen einzigen Polio-Todesfall mehr auf (ebd.: 72). Denn dort wurde seit 1960 ein Lebendimpfstoff verabreicht, der von dem US-Virologen Albert Sabin (1906–1993) entwickelt worden war. Ab Frühjahr 1962 wurde dieser Schluckimpfstoff schließlich auch flächendeckend in der BRD eingesetzt. In der Folge sanken die Erkrankungszahlen rasch. Grassierende Polio-Epidemien gehörten schon wenige Jahre später der Vergangenheit an.

Schnell wurden jedoch medial auch vorwurfsvolle Töne laut. Bereits im Februar 1962 strahlte das vom Bayerischen Rundfunk (BR) produzierte Politmagazin *Report* einen ausführlichen Beitrag aus, der gelähmte, teils künstlich beatmete Kinder, Jugendliche und Erwachsene in Krankenhausbetten zeigte. „Warum liegt dieses Baby hier seit zwölf Wochen? Oder der Junge, der nur atmen kann, wenn er am Engström-Gerät hängt?“, fragte dazu der Sprecher anklagend.²

Die Antwort: Wir haben uns nicht impfen lassen. Seit Jahren gibt die Salk'sche Spritzenimpfung Schutz. Sie ist nicht sehr propagiert und auch nicht befohlen worden. Und was hierzulande nicht befohlen wird und auch noch weh tut, wie drei Spritzen ... (SCHWARZE 1962).

Der Satz blieb unvollendet. Aber gerade dadurch legte er eine bestimmte Schlussfolgerung nahe: Was in Deutschland nicht propagiert und befohlen werde, das werde nicht gemacht, so die suggerierte Vervollständigung. Diese bemerkenswerte, weil keine 17 Jahre nach Ende der NS-Diktatur

insinuierte Aussage macht die oben angesprochenen, zumindest latenten mentalitätsgeschichtlichen Kontinuitäten und die diffizile Frage nach geeigneten Mitteln und Wegen, um die Bevölkerung zum Gesundheitshandeln zu bewegen, enorm deutlich.

Doch trotz seiner schneidenden Rhetorik verwies der Fernsehbeitrag auf mehrere zutreffende Gründe, warum die Impfbemühungen der 1950er-Jahre kaum Erfolg hatten, jene der 1960er-Jahre hingegen schon (LINDNER 2004: 247–257; LINDNER & BLUME 2006: 431–435, 439–441). Erstens musste der Sabin'sche Lebendimpfstoff nicht injiziert werden, sondern konnte bequem geschluckt werden, was Ängste abbaute. Zweitens war die Schluckimpfung kostenlos, während die Kostenregelungen zur Salk'schen Spritzimpfung uneinheitlich waren. Drittens war das Agieren von Fachgremien und Gesundheitsbehörden deutlich koordinierter als zuvor. Viertens gab es, teils gefördert durch dieses abgestimmte Vorgehen, große Werbekampagnen, die sämtliche zur Verfügung stehenden Massenmedien intensiv nutzten.

Auf diesen letztgenannten Umstand fokussiert sich dieser Artikel, indem er folgende medienhistorische Argumentation verfolgt: Das Werben für die Polio-Schluckimpfung traf ab Anfang der 1960er-Jahre auf eine veränderte Medienumgebung, in der sich insbesondere das Fernsehen binnen kurzer Zeit als neues gesellschaftliches Leitmedium ausbreitete und massenhaft in den Alltagswelten der Menschen etablierte. Zwar wurden Impfungen schon seit den späten 1950er-Jahren „zu einem Sujet für medizinische Fernsehsendungen, Dokumentationen und Berichte“ (THIEßEN 2017: 213). Doch im Laufe der 1960er Jahre nahm dies mit der Polio-Schluckimpfung qualitativ und quantitativ viel bedeutendere Maße an. Medizinische Akteure, vor allem Gesundheitsbehörden, nutzten die schnellwachsenden Reichweiten und Möglichkeiten des Fernsehens sehr viel gezielter, um ein Massenpublikum direkt in den heimischen Wohnzimmern zu erreichen. Die Fernsehredakteure, quasi ausschließlich Männer, bedienten sich umgekehrt aber auch des Prestiges der Medizin und verstärkten das Anliegen der Impfauf-

forderung von sich aus. Präventionsappelle an die Bevölkerung fanden nämlich nicht nur innerhalb von Formaten dezidiert persuasiver Kommunikation, wie etwa Werbespots, ihren Platz. Sondern sie wurden unmissverständlich auch innerhalb des redaktionellen Informationsprogrammes, vor allem in Nachrichtensendungen, formuliert. Das medizinische Anliegen hoher Impfakzeptanz und die mediale Autorität des öffentlich-rechtlichen Fernsehangebots profitierten somit voneinander.

Anstelle einer unidirektionalen Medialisierung des Impfens (THIEßEN 2017: 356) analysiert dieser Beitrag daher, wie sich mediale und medizinische Akteure die Expertise des jeweils anderen zunutze machten, indem sie sich „als Ressourcen füreinander“ erkannten. Diese Formulierung ist dem Historiker MITCHELL ASH (2001) entlehnt, welcher die Beziehungen von Wissenschaft und Politik auf eine solche Weise konzipiert hat. ASH löste den Ressourcenbegriff aus seinem ökonomischen und finanziellen Rahmen und legte ihn deutlich breiter und vielfältiger an: „Die Ressourcen, die hier gemeint sind, können finanzieller, aber sie können auch kognitiver, apparativer, personeller, institutioneller oder rhetorischer Art sein“, listete er auf (ebd.: 118). Angewandt auf das vorliegende Thema bedeutet dieser erweiterte Ressourcenbegriff, dass die zugegebenermaßen pauschalen Kollektivbezeichnungen von Medien und Medizin keine klar konturierten, strikt voneinander abgrenzbaren, homogenen und holistischen Realgegenstände bezeichnen. Sie verweisen vielmehr auf je spezifische Diskursbereiche samt der mit ihnen verbundenen Ensembles von Institutionen, Praktiken und Ideen.

Mit ASH (ebd.) ist zu betonen, „daß solche Ressourcenensembles [...] auch gegenseitig mobilisierbar sind“. Diese Perspektive vermeidet, von Medien und Medizin „als festen Blöcken zu sprechen, die für die jeweils andere Seite immer nur als ‚Black Boxes‘, d.h. als große Unbekannte vorkommen“ (ebd.: 119). Stattdessen richtet sich der analytische Fokus darauf, wie sich beide Gefüge, ungeachtet ihrer jeweiligen inneren Heterogenität, aufeinander zubewegten. Das ermöglicht, „flexibler und realitätsnäher von Allianzen oder Vernetzungen von Akteuren zu reden, die einan-

der oft doch nicht so fremd waren, anstatt von einer wesensmäßigen oder normativ abgeleiteten Trennung“ (ebd.). Anstelle einer simplen Medialisierung gerät so ein wechselseitiges Beziehungsgeflecht in den Blick, bei dem Vermittlungspraktiken von Impfpapieren mediale und medizinische Akteure eng miteinander verknüpfen. Die folgenden Abschnitte widmen sich der Frage, auf welche Weisen dies beim Werben für die Polio-Schluckimpfung in den 1960er- und 70er-Jahren geschah.

Medien als Ressource der Medizin

Im Jahr 1968 hielt WALTER BEST (1905–1984), der tief in den Nationalsozialismus verstrickt war (DEPPE 2015), als Presseleiter des Deutschen Grünen Kreuzes – einer Nichtregierungsorganisation für medizinische Aufklärung – einen Fachvortrag über „Formen und Medien der Gesundheitsaufklärung“. Vor seinem ärztlichen Publikum plädierte BEST (1968: 64) für „eine Auseinandersetzung mit den großen Medien moderner Menschenführung [...], weil diese Medien vor allem dort, wo sie den Menschen als Konsumenten ansprechen, in der Tat in der Lage sind, seine Verhaltensweisen zu beeinflussen, wenn nicht gar zu ändern.“ Dieses Anliegen, mithilfe medialpersuasiver Kommunikation positiv auf menschliche Verhaltensweisen einwirken zu können, kennzeichnete umfassendere Diskurse in den 1950er- bis 70er-Jahren, die zumeist unter den Termini ‚Gesundheitsaufklärung‘ und ‚Gesundheitserziehung‘ firmierten (SAMMER 2020).

Solche breiten fachlichen Diskurse zeitigten auch institutionelle Effekte. Rund um die 1950er-Jahre gründete sich eine Reihe an Organisationen, die für das Bewerben von Impfungen, insbesondere gegen Polio, einflussreich werden sollten. Neben dem Deutschen Grünen Kreuz (seit 1948) entstanden die nach dem US-Vorbild der March-of-Dimes-Kampagnen (seit 1938) gegründete Stiftung Pfennigparade München (seit 1952), die Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung (seit 1954), die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung (seit 1958) sowie die Bundeszentrale für gesund-

heitliche Aufklärung (seit 1967). All diese Institutionen bestehen heute noch, wenn auch mit teilweise veränderten Arbeitsschwerpunkten und Selbstverständnissen.³

Mit ihrem medialen Agieren, etwa durch Merkblätter und Aufklärungsbroschüren, bauten die Organisationen „neue Brücken [...] zwischen Medizin und Öffentlichkeit“ (THIEßEN 2017: 209). Auch das Fernsehen berichtete darüber (z. B. BEUTEL 1959; RAUSCHENBACH 1962). Diese Medienresonanz der Popularisierungs- und Werbestrategien stellte aus Sicht der in solchen Organisationen zusammengeschlossenen Beteiligten einen erheblichen Mehrwert dar. Die Vereinigungen waren daher der institutionalisierte Ausdruck einer gemeinsamen Nutzbarmachung von kommunikativen Ressourcen. Dabei lautete das Argument, sich den Mechanismen der Werbung zu bedienen, um sie für die medizinisch ‚gute Sache‘ einzusetzen. Das galt auch dezidiert für Polio-Impfungen, wie neben Plädoyers von BEST (1962, 1968) insbesondere eine ebenso normativ argumentierende, medizinische Dissertation von JOCHEN AUMILLER (1970) veranschaulicht.

Dass Impfpapier auf werbe- und gesundheitspsychologischen Mechanismen beruhen sollten, war auch das zentrale Anliegen von WOLF VON FREYTAG-LORINGHOVEN, dem jahrzehntelangen Leiter der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung (SAMMER 2020: 455). In einem Artikel mit dem Titel „Psychologische Voraussetzungen der Impf-Erziehung“, der 1962 in einem Impfhandbuch des Deutschen Grünen Kreuzes erschien, listete FREYTAG-LORINGHOVEN (1962: 215, Herv. i. O.) eine Reihe an medialen Möglichkeiten für Werbeaktionen auf und notierte:

Sendungen im *Fernsehen und Rundfunk* vor allem in den Hauptsendezeiten sind sehr wirkungsvoll. Dabei braucht es sich nicht um lange Sendezeiten zu handeln. Kurze, aber eindrucksvolle Hinweise, z.B. die sogenannten ‚Fernsehspots‘, sind oft wirksamer.

Dieser Ratschlag ist insofern besonders aussagekräftig, als aus ihm die Überzeugung für den Nutzen dieses Werbeformats spricht, während zugleich das vorangestellte ‚sogenannt‘ und die

Anführungszeichen auf die Neuartigkeit von Format und Begriff verweisen. Tatsächlich existierte Fernsehwerbung damals erst seit wenigen Jahren (SCHMIDT & SPIESS 1994). Bezeichnenderweise findet sich in der überarbeiteten Version des Artikels in einer Neuauflage vier Jahre später die komplette Passage nicht mehr (FREYTAG-LORINGHOVEN 1966).

Die von FREYTAG-LORINGHOVEN konstatierte Wirksamkeit und der Unterschied zu anderen genutzten Werbemedien – etwa Zeitungsannoncen, Flugblättern und Plakaten – lag vor allem daran, dass das Fernsehen das Zielpublikum simultan und breitenwirksam erreichte. In der Folge rückte es immer stärker in die Aufmerksamkeit der Impfkampagnen. Diese Fokusverschiebung lässt sich auch quantitativ anhand der Verteilung der Werbeausgaben belegen. So wurden 1962 für die Schluckimpfungs-Kampagne Bayerns 6.600 D-Mark in Fernsehspots investiert. Bei der Kampagne fünf Jahre später, 1967, lag der Betrag mit 12.348 D-Mark fast doppelt so hoch. Der Anstieg des prozentualen Anteils am gesamten Werbebudget ist indes noch eindrücklicher: Er stieg von knapp drei Prozent im Jahre 1962 auf fast 21 Prozent im Jahre 1967.⁴ Diese Versiebenfachung innerhalb von fünf Jahren korrespondiert mit dem schnellen Bedeutungszuwachs des Fernsehens in jenen Jahren. Hatte die Zahl der Fernsehgeräte in der Bundesrepublik 1962 noch bei circa 5,9 Millionen gelegen, so erfuhr sie bis zum Jahre 1967 mehr als eine Verdopplung auf circa 12,7 Millionen (ADOLPH & SCHERER 1993: 405). Für immer mehr Menschen wurde das Fernsehen zum ‚Fenster zur Welt‘, so die damals gängige Metapher (BLEICHER 2001: 499; GUMBRECHT 1988).

Fernsehenschaun erlaubte stetig größeren Bevölkerungsanteilen eine tagesaktuelle Anteilnahme an gesellschaftlichen Ereignissen und ein unmittelbares Dabei-Sein am Zeit- und Weltgeschehen. Die Zuschauenden wurden buchstäblich zu ‚Augen-Zeugen‘ der Weltläufe. Dazu hatte der Livecharakter der Television einen prägenden Anteil (HICKETHIER 1998: 85–88). Wohl auch deshalb nannte ein von BEST (1962: 282) wieder-gegebener Werbeplan für die Schluckimpfung im Jahr 1962 unter der Rubrik „Fernsehen“ nicht nur Interview und Reportage als Formen, sondern

sogar auch „Livesendungen von bestimmten Impferten“. Ob diese tatsächlich umgesetzt wurden, ist allerdings fraglich; ein Nachweis ließ sich bislang nicht finden. Doch ungeachtet dessen stifteten tagesaktuelle Berichte über die neuesten Impfkationen allemal ein Gefühl des nahezu zeitgleichen zuschauenden Dabei-Seins. Kurzum:

Die Vorstellung, mit dem Medium Fernsehen auf die Gesellschaft einzuwirken und sie damit verändern zu können, setzt sich mit dessen Ausbreitung durch. (HICKETHIER 1998: 199)

Indem sich auch medizinische und gesundheitspolitische Akteure die immer populärere Television verstärkt als Ressource zu nutze machen wussten, wurde die Schluckimpfung Teil der neuartigen, doch rasch normalisierten Erfahrung des täglichen Fernsehschauens und etablierte sich fest in der massenmedialen Lebenswelt der Bevölkerung.

Medizin als Ressource der Medien

Die Gesundheitserziehung hat durch das Fernsehen die bisher grösste Chance erhalten, Millionen auf schnellstem Wege eindringlich zu informieren, im gleichen Augenblick Millionen anzusprechen, zu warnen, zu überzeugen, zu überreden, Millionen zu einer gesünderen Verhaltensweise zu bewegen. (MOHL 1970: 132)

Diese Äußerung stammt nicht etwa von einem Mediziner, sondern vom ZDF-Redaktionsleiter HANS MOHL (1928–1998).

Wir können Millionen erreichen. Wir können besonders intensives Interesse erwecken. Wir können den Zuschauer auf eine sehr suggestive Art direkter als eigentlich jedes andere Medium ansprechen,

warb er (ebd.: 133). Journalisten wie Mohl, der die ab 1964 ausgestrahlte Sendung *Gesundheitsmagazin Praxis* moderierte und zudem Artikel in ärztlichen Fachzeitschriften verfasste, verdeutlichen, wie sich nicht nur medizinische, sondern auch mediale Akteure aktiv in die Gesundheitserziehung einbrachten.

Das Fernsehen diene ihrem Verständnis nach dem effizienten Verbreiten von gesundheitserzieherischen Informationen, ja gar als Agens der Verhaltensaufforderung. Dies war allerdings keineswegs von rein altruistischen Motiven geleitet. Vielmehr zeigt Mohls geradezu selbstbeschwörender Parallelismus („Wir können ...“), dass es auch um eine Selbstpositionierung von televisuellen Potenzialen im Kontext der Medienkonkurrenz ging, vor allem gegenüber Printmedien. In dem moralisch hehren Ziel der Gesundheitsaufklärung sahen Fernsehredakteure wie er eine willkommene Möglichkeit, um eine weitreichende Parteilichkeit für gesundheitspolitische Anliegen und selbst nachdrückliche Verhaltensaufforderungen mithilfe des Informations- und Bildungsauftrags des öffentlich-rechtlichen Rundfunks zu legitimieren. Denn aus rundfunkgeschichtlicher Perspektive bewegen wir uns in der Zeit vor dem Aufkommen der privaten Fernsehanstalten. Die wenigen verfügbaren Programme hatten somit hohe Einschaltquoten und den Sendungen kam ein entsprechend starkes Wirkpotenzial zu (BLEICHER 2001, HICKETHIER 1998). Die Hoffnung lag also darin, dass die thematische Relevanzzuschreibung gewissermaßen auf das Fernsehen als Medium abfärben würde.

Ohnehin fiel das Aufkommen der Schluckimpfung in eine Phase der Ausweitung von Programmangebot und aktueller Berichterstattung (BLEICHER 2001: 503; HICKETHIER 1998: 215–227). Nachdem die ARD von 1961 bis 1963 Übergangsweise ein zweites Programm ausgestrahlt hatte (HICKETHIER 1998: 139–141), gab es ab 1963 mit dem Sendestart des ZDF dauerhaft einen zusätzlichen bundesweiten Fernsehkanal. Darauf reagierte die ARD-Anstalten ab 1964 mit dem Ausbau regionaler Programme und einer Erweiterung des Informationsangebots. Mit der Spätausgabe der *Tagesschau* ab 1961, der ZDF-Sendung *Heute* ab 1963 und allmählich hinzukommenden weiteren Kurznachrichten-Sendungen entwickelte sich das Informationsangebot sukzessive zum strukturierenden Element des Fernsehprogramms (ebd.: 265–266). Polio-Impfungen waren just zu dieser Zeit des Angebotsausbaus ein häufiges Thema der Berichterstattung und der Umstand, dass es nun mehrere Nachrichtensendungen gab –

in denen zudem Filmbeiträge das bloße Verlesen von Meldungen allmählich ablösten –, erhöhte die telemediale Sichtbarkeit deutlich.

Berichte über Impfkationen liefen nicht nur bundesweit in der *Tagesschau*, im *Wochenspiegel* und in *Heute*, sondern insbesondere auch in den regionalen *Abendschauen* der Dritten Programme. Immer wieder schimmerte dabei das Selbstverständnis des Fernsehens als Aufklärungsinstanz, als ‚Schulmeister der Nation‘ durch. Zwar wurde nach den Erfahrungen der gleichgeschalteten NS-Propaganda der Rundfunk in der Bundesrepublik als dezidiert politisch unabhängig wiederaufgebaut und dessen öffentlich-rechtlicher Charakter 1961 durch das Bundesverfassungsgericht festgeschrieben. Diese institutionelle Trennung relativierte sich jedoch durch politische Interessensvertretungen in den Aufsichtsgremien. Noch entscheidender war, dass die Fernsehredakteure im Sinne der ‚guten Sache‘, als die sie das Impfen betrachteten, oft von sich aus im Sinne der gewünschten gesundheitspolitischen Ziele handelten. Daher war das Verhältnis trotz formaler Staatsferne durch inhaltliche Staatstreue gekennzeichnet.

Dieser Gleichklang kommt explizit zum Ausdruck in einem Dankeschreiben des für Gesundheit zuständigen bayerischen Innenministers Alfons Goppel (1905–1991) an den Vorsitzenden des BR-Rundfunkrates vom März 1962. Der Erfolg der vorangegangenen Polio-Impfkation sei „in ganz besonderem Maße der großartigen Unterstützung“ durch den BR zu verdanken gewesen, so der Minister. Die Zusammenarbeit von Rundfunk und Innenministerium habe

überzeugend bewiesen, daß auch bei sehr weit gespannter Freiheit von Bericht und Kommentar, wie wir sie in Bayern haben, die Organe der Meinungsbildung in eigener Verantwortung vernünftige Maßnahmen der Behörden kräftig unterstützen.

Goppel versicherte abschließend, dass seine Behörde

weiterhin bemüht sein wird, die Unabhängigkeit des Rundfunks besonders zu achten, seine Arbeit aber mit Nachrichten und Anregungen und Auskünften zu fördern, so gut es geht.⁵

Aus diesen Bemerkungen spricht einerseits das Bewusstsein um die institutionelle Eigenständigkeit der Sendeanstalt, andererseits aber auch der Wille um inhaltliche Beeinflussung im Sinne der eigenen politischen Arbeit, zumal wenn diese ihren Widerhall in rundfunkeigener Unterstützung finden. Deutlich wird hier: Die geteilte Parteinahme für das Impfen sowie die übereinstimmende Absicht, die Bevölkerung entsprechend zu animieren, ermöglichte ein enges, interessegeleitetes Zusammenwirken von medizinischen, medialen und politischen Akteuren. Und gerade, weil das Fernsehen als unabhängig galt, konnte es sein eigenes mediales Gewicht mit in die Waagschale werfen.

Dabei wirkte umgekehrt das medizinische Prestige auf das mediale Agieren zurück. Denn die Fernsehbeiträge nutzten den Bezug auf medizinische Interventionsvorstellungen, die in ein generelles Machbarkeitsdenken der Zeit eingebettet waren, häufig als argumentativen Fixpunkt. Experteninterviews und O-Töne von Gesundheitsbeamten unterstrichen den zeitypischen Gestus der Belehrung und verstärkten die wissenschaftliche Legitimität der Impfbotschaften. Zur Veranschaulichung medizinischer Sorgfalt, mithin Vertrauenswürdigkeit enthielten die Berichte außerdem oft Laborszenen der Impfstoffproduktion sowie besonders häufig Aufnahmen von der fachkundigen Präparierung in den Impfklokalen. Solch eine visuelle Hervorhebung medizinischer Integrität kommt besonders anschaulich in einem Beitrag von 1963 zum Ausdruck. Er enthält nicht nur Szenen aus dem Labor, sondern auch eine Aufnahme, in der ein am Paul-Ehrlich-Institut tätiger, staatlicher Kontrollbeauftragter am Schreibtisch arbeitet (BÜTTGEN 1963). Derartige Darstellungen untermauerten den Rekurs auf medizinische Fachexpertise und fungierten als sachliche Legitimierung der telemedialen Impfaufforderungen. Redaktionelle Fernsehberichte griffen intensiv auf das symbolische Kapital ärztlich-wissenschaftlicher Autoritäten zurück und bekräftigten dieses dadurch. Sie trugen so auch dazu bei, diskursive Hegemonien aufrecht zu erhalten und weiter zu verstärken. Das Fernsehen bediente sich des medizinischen Prestiges, um die von Fachleuten verliehene Legitimation der Polio-Impfungen kom-

munikativ weiter zu befördern – und das im doppelten Wortsinne: Es reichte die Appelle an die zuschauenden Laien weiter und erhöhte sie durch die eigene massenmediale Geltung zusätzlich.

Ein 1969 ausgestrahlter *Heute*-Nachrichtenbeitrag illustriert das eindrücklich (ZWEITES DEUTSCHES FERNSEHEN 1969). Der Bericht beginnt mit Auszügen aus zwei Werbespots, darunter die eingangs beschriebene Szene mit dem Schuljungen auf Krücken (Abb. 1).⁶ Der Sprecher erläutert dazu:

Mit einer bisher nicht gekannten, fast rücksichtslosen Offenheit, mit einem wahren Trommelfeuer eindringlicher Warnungen appellieren die bundesdeutschen Gesundheitsbehörden an die Öffentlichkeit, sich vor der tückischen Krankheit Kinderlähmung, der Poliomyelitis, zu schützen. Gelegenheit dazu besteht in diesem Monat.

Dieser journalistische Off-Kommentar hebt zunächst die emotionale Wucht und Eindringlichkeit der präsentierten Werbeappelle in markanten Worten hervor, ehe er sogleich den Hinweis auf die anstehende Impfgelegenheit nachschiebt. Hier deutet sich bereits eine Verschiebung von einer journalistischen Berichterstattung über die Werbekampagne hin zu deren unverblümter Unterstützung an.

Die Rede von der „tückischen Krankheit“ unterstreicht diese Stoßrichtung, die sich fortsetzt, indem der Sprecher informiert, dass der

Impftrunk [...] nach den bisherigen Erfahrungen der Wissenschaftler mindestens zehn Jahre lang vor einer der furchtbarsten Erkrankungen bewahren soll, die wir kennen.

Mit diesen Worten erfährt die Krankheit erneut eine Dramatisierung und zugleich das Wissen der medizinischen Fachleute eine Statuszuschreibung. Schaden könne die Impfung im Übrigen keinem, merkt der Sprecher an, ehe er mit folgender Überlegung schließt:

Gewiss, die Erkrankungsziffer ist, gemessen zum Beispiel an jener der Verkehrsunfälle, gering. Wer allerdings selbst oder auch nur mittelbar, etwa als Eltern, betroffen ist, für den zählt nicht die Zahl, sondern allein die Unbarmherzigkeit einer Krankheit, die vermeidbar ist. Die Ärzte wissen das, darum die Schärfe ihres Appells.



Abb. 2 Zweites Deutsches Fernsehen, *Die Drehscheibe*, 19.11.1970.

Dieser Schlusskommentar gibt zunächst bemerkenswert offen zu, dass es etwa durch den Straßenverkehr viel größere Gesundheitsgefahren gebe als durch eine Polio-Erkrankung, deren Anzahl durch die Impfkationen der vorangegangenen Jahre stark zurückgegangen war. Der Sprecher wischt diesen statistischen Risikovergleich, der auch den Vorwurf einer übertriebenen Panikmache impliziert, allerdings mit dem Verweis auf die „Unbarmherzigkeit“ des individuellen Krankheitsschicksals beiseite. Als Verweis dient dazu abermals der Status von medizinischen Präventionseinsichten („Die Ärzte wissen das“), der die Legitimation dafür bereithalte, selbst auf eindringliche Weise für die Impfung zu trommeln („darum die Schärfe ihres Appells“). Die Berichterstattung über die Drastik der Impfpapelle geht so mittels des wiederholten Bezugs auf ärztliches Wissen über die Schwere der Krankheit in eine legitimierende Verständnisäußerung über.

Am Ende des *Heute*-Beitrags folgt schließlich erneut die Szene aus dem Werbespot mit dem zurückgelassenen Jungen. Doch anders als noch zu Beginn verzichtet der Bericht nun völlig auf eine journalistische Einordnung. Der Nachrichtenbeitrag endet vielmehr mit der rhetorischen Frage des Werbesprechers: „Soll eines Tages Ihr Kind dabei sein?“ Mit dieser rahmenden Verwendung des Fernsehspots macht sich der Beitrag vollends mit der Werbepotschaft gemein und verstärkt sie enorm. Die Grenze zwischen Berichterstattung und Werbung erweist sich so, wie in vielen Fällen, als fließend (THIEßEN 2017: 213). Dass sich der beschriebene Beitrag einer prestigeträchtigen Hauptnachrichtensendung mehrmals des Webematerials bediente und es mit dem Verweis auf ärztliches Wissen affirmativ bekräftigte, veranschaulicht, wie sehr sich das Fernsehen als

Mittler zwischen Wissenschaft und Öffentlichkeit verstand. Der *Heute*-Bericht bildet somit ein besonders eindrückliches Beispiel für die wechselseitigen Ressourcen- und Statusmobilisierungen von Medien und Medizin. Doch in welchen wiederkehrenden Motiven drückte sich diese wechselseitige Nutzbarmachung noch aus? Um diese Frage zu beantworten, widmen sich die drei folgenden Abschnitte den audiovisuellen Inszenierungen von epidemischen Krisen, gelähmten Körpern und Kompetenzen zur Prävention.

Epidemische Krisen

Das Fernsehen beförderte „eine Veralltäglichsung des Impfens, weil Impfungen im normalen Abendprogramm omnipräsent wurden“, konstatierte THIEßEN (2017: 214) und fügte hinzu, dass das Fernsehen damit eine „Gefühlspolitik“ verstärkt habe, „mit der die Deutschen von Impfungen im Eigeninteresse überzeugt werden sollten“. Die Television bot dafür deswegen ein großes Potenzial, weil ihre „besondere Wirkungskraft“ in der „vielschichtigen sinnlichen Vermittlungskraft, d.h. in der gleichzeitigen Ansprache unterschiedlicher menschlicher Sinne“ lag (BLEICHER 2001: 491). Diese multisensuelle Ansprache diente folglich strategisch dazu, die Gefahren damaliger Polio-Epidemien, aber auch die Schutzmöglichkeit durch eine Immunisierung in oft suggestiver Weise vor Augen zu führen.

Ein ZDF-Beitrag von 1970 macht das besonders anschaulich. Er schildert einleitend den Rückgang der Polio-Erkrankungen nach Einführung der Schluckimpfung. Zu sehen ist der rote Schriftzug „4661 Erkrankungen“ für das Jahr 1961, unterteilt von einem kraftvollen musikalischen

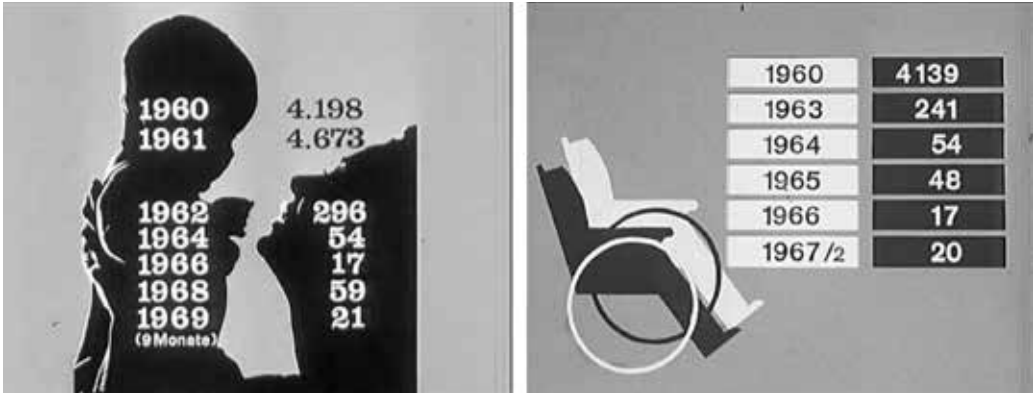


Abb. 3 Zweites Deutsches Fernsehen, *Heute*, 03.11.1969 (links) bzw. 30.11.1967 (rechts).

Impuls und einem Triller, der eine Atmosphäre von Gefährlichkeit erzeugt. Daraufhin zeigt eine Aufnahme für das Jahr 1966 nur noch „17 Erkrankungen“, die lediglich von einem leisen musikalischen Akzent unterlegt werden. Dann folgen jedoch zwei ansteigende Töne, die den vom Sprecher konstatierten Wiederanstieg der Krankheitsfälle akustisch vorwegnehmen, ehe mit erneut wuchtiger musikalischer Untermalung und einem weiteren Triller eine Detailaufnahme die Zahl der Opfer im Jahr 1968 zeigt: „59“ (Abb. 2).

Obwohl die Zahl 59 deutlich kleiner ist als 4.661, evozieren die Kameraeinstellung sowie die musikalische Begleitung den bedrohlichen Eindruck einer sich abzeichnenden krisenhaften Kehrtwende. Die ansteigenden Töne und die unterschiedlich lauten Musikimpulse als klangliche Nachahmungen des Epidemie-Geschehens nutzen das als „Underscoring“ oder „deskriptive Technik“ bezeichnete filmmusikalische Prinzip, bei dem die Bildhandlung synchron von der Audioebene unterstrichen wird (BULLERJAHN 2001: 77–83). Indem zu Beginn des Beitrags einzelne Töne herabfallende Impfstoff-Tropfen lautlich imitieren, kommt sogar die Extremform dieses Kompositionsverfahrens zur Anwendung, das „Mickey-Mousing“, bei dem die Musik die gezeigten Bewegungen punktgenau synchronisiert. All dies dient dazu, die Dynamik des dargestellten Geschehens und die damit einhergehenden Emotionen bei den Zuschauenden zu verstärken. Mit seiner musikalischen Nachzeichnung der Polio-Statistik erzeugt der Beitrag so eine dramatisie-

rende Inszenierung der Erkrankungszahlen und malt mit dem Anstieg von 17 auf 59 eine drohende Umkehr des epidemiologischen Trends an die Wand, um dem Appell, nicht ‚impfmüde‘ zu werden, größtmöglichen audiovisuellen Nachdruck zu verleihen. In Szenen wie diesen spielte das Fernsehen seine suggestiven, multisensorischen Wahrnehmungsqualitäten voll aus und profilierte sich mithilfe epidemischer Angst-Szenarien auch nicht zuletzt selbst durch die Attraktion von medialer Aufmerksamkeit.

Generell war die Präsentation von Statistiken ein oft genutztes Mittel, um das Krisengeschehen von Polio-Epidemien, aber auch deren Bewältigung durch die Impfung, sinnfällig vor Augen zu führen. Zur Veranschaulichung dienten häufig eingeblendete Tabellen und Balken- oder Säulendiagramme der jährlichen Erkrankungszahlen. Meistens waren diese Grafiken durch weitere Bildelemente angereichert, beispielsweise eine Mutter mit Kind oder die schematische Profilzeichnung eines Rollstuhls (Abb. 3). Solche visuellen Anreicherungen manifestierten abstrakte epidemische Zahlen in Form konkreter Körperlichkeit. Dies geschah einerseits durch Darstellungen von Gesundheit in Form von Unversehrtheit durch Impfschutz, andererseits – und häufiger – jedoch auch durch Krankheitsbilder in Form von gelähmten Körpern. Diesem ikonografisch wichtigsten Motiv widmet sich der nächste Abschnitt.



Abb. 4 Zweites Deutsches Fernsehen, *Heute*, 30.11.1967 (links) bzw. 09.11.1970 (rechts).

Gelähmte Körper

Gegenüber anderen Infektionserkrankungen hatte Polio den für die Medienwirksamkeit entscheidenden ‚Vorteil‘, dass die Auswirkungen in Form von Lähmungen oft sofort sichtbar und in dieser visuellen Eingängigkeit telemedial leicht zu transportieren waren. Die ‚Kinderlähmung‘ ließ sich emotional effektiv ins Bild setzen und so zu einer „skandalisierten Krankheit“ machen (LABISCH 2005). Dieser Prozess begann in den USA mit jährlichen Spendenkampagnen, die als „March of Dimes“ berühmt wurden (OSHINSKY 2005). Schnell etablierte sich in diesen Kampagnen eine Ikonografie von erkrankten, jedoch umsorgten Kindern in ‚eisernen Lungen‘ sowie mit Krücken, Rollstühlen oder Beinschienen. Solche Darstellungsweisen bildeten eine prominente Schablone, die mit zeitlicher Verzögerung auch in Impfkampagnen Westdeutschlands stilprägend wurde. Krücken und Rollstühle gerieten dies- wie jenseits des Atlantiks zu vielgenutzten visuellen Kennzeichen für Polio.

Die anfänglichen Darstellungen von betroffenen Kindern, die ärztliche Hilfe oder emotionale Zuwendung erfahren, durchliefen jedoch in den USA der späten 1950er-Jahre einen motivischen Wandel, der in den 1960er-Jahren auch in der BRD stattfand und von AUMILLER (1970: 93) zeitgenössisch so beschrieben wurde:

Während in den Jahren 1962, 1963, 1964 und 1965 photogen lächelnde Kindergesichter für die „Ge-

sundheit“ und „Sicherheit“ auf den Plakaten und Inseraten eingesetzt worden waren, gingen die Werbeexperten in den letzten Jahren dazu über, poliomyelitisgeschädigte Kinder darzustellen, im Laufwagen oder mit Krücken.

Diesen „Wandel der Bildmotive in der Schluckimpfungs-Werbung“ führte AUMILLER (ebd.) auf die sinkende Impfbereitschaft zurück: „Je größer die Impflücken wurden, desto ‚brutaler‘ bedienten sich die Werbefachleute der gelähmten [Poliomyelitis]-Opfer als Werbeargument.“ Fernsehberichte trugen zu dieser veränderten Argumentationslogik bei, indem auch dort stärker als zuvor Plakate auftauchten, die einer einprägsamen Ikonografie folgten. Diese zeigte die ‚Opfer‘ mit Krücken und Beinschienen meist anonym in der Rückenansicht und oftmals sogar nur noch als gespenstische Schatten (Abb. 4).

Das paradigmatische Beispiel dieses audiovisuellen Emotionsmanagements mithilfe von Abschreckbildern und Schockeffekten bildet der eingangs beschriebene Werbespot von 1969. Auch in ihm ist der zurückgelassene Schuljunge am Ende nur noch als schwarzer Umriss zu sehen (Abb. 1). Laut der beauftragten Werbeagentur bestand die zugrundeliegende Konzeption darin, „ohne vordergründige Angsterzeugung die Bevölkerung aufzurütteln bzw. eine Schockwirkung zu erzielen“.7 Der einsame Junge im Schulflur sollte in der Tat zur Symbolfigur dieser Strategie der „Angstpolitik“ (THIEßEN 2017: 220–227) werden, indem etliche Plakate das Motiv weiterverwendeten, was zu dessen starker Verbreitung



Abb. 5 Süddeutscher Rundfunk, *Abendschau*, 01.06.1962.

beitrug.⁸ Hierin offenbarte sich auch die wahrnehmungsästhetische Kehrseite der Television: Denn die Eindrücke des vorbeiziehenden Bilderflusses im Fernsehen erwiesen sich als höchst flüchtig. Umso eindringlicher, so die Logik der Zeit, müsse das Gezeigte folglich sein, um bei den Zuschauenden emotional haften zu bleiben und die gewünschte Verhaltenswirkung zu entfalten. Insofern hielt der Abdruck auf Plakaten das flüchtige Situationsgeschehen des kurzen Spots in einer fixierten Form fest und verlieh so der televisuellen Vergänglichkeit eine materiell-stabilisierte Dauerhaftigkeit. Allerdings besaßen solche Abschreckungsbilder eine „complex legacy“ (ALTENBAUGH 2015: 71–72). Denn sie schufen eine emotional aufrüttelnde Aufmerksamkeit für die Gefahr der Erkrankung, jedoch um den hohen gesellschaftlichen Preis von medialer Stigmatisierung der Erkrankten und einem ausgeprägten ableistischen Otherring.

Konträr zu solchen düsteren, meist anonymisierenden Opfer-Darstellungen in Werbeformaten kamen Betroffene in redaktionellen Fernsehbeiträgen gelegentlich selbst zu Wort, um den Zuschauenden persönlich zur Impfung zu raten. Ein bemerkenswertes Beispiel bildet ein Beitrag der *Berliner Abendschau*, weil in ihm auch die Rolle des Fernsehens explizit zur Sprache kommt (HANEL 1962). Der Bericht porträtiert eine ältere Frau, die in der Eingangsszene mit Krücken auf die Kamera zu geht – und gerade nicht, wie im Fall des Jungen im Werbespot, von der Kamera weg. „Diese Frau hat an uns einen Brief geschrie-

ben und wir fühlen uns verpflichtet, seinen Inhalt an Sie alle weiterzugeben“, wendet sich der Sprecher an die Zuschauenden. Die Frau leide seit 60 Jahren an den Folgen einer Kinderlähmung und habe in der *Abendschau* gehört, wie wenig die Impfung bisher in Anspruch genommen werde. Ihr Brief sei „nicht frei von Vorwürfen“, so der Sprecher:

„Warum hat man nicht mehr getan, um für diese Impfkation zu werben?“, fragt diese Frau. „Hätte man nicht energischer und eindringlicher die Menschen auf die furchtbaren Folgen dieser Krankheit hinweisen müssen? Sollte man nicht Patienten in Selbstfahrern vor den Impfstellen postieren, um jedermann vor Augen zu führen, vor welch schwerem Schicksal ihn die Impfung bewahren kann? Warum hat das Fernsehen“, so fragt diese Frau, „nicht gerade in der letzten Zeit auch im Abendprogramm mehr über Poliomyelitis berichtet?“

Der Sprecher gibt darauf sogleich selbst eine Antwort:

Nun, wir glauben, dass wir gerade in der *Abendschau* oft und ausführlich auf die Impfung hingewiesen haben. Aber es erscheint uns doch richtig und notwendig, dieser Frau heute das Wort zu geben.

Der wiedergegebene Vorwurf zu geringer Berichterstattung wurde mit dieser Kommentierung zwar zunächst von dem Sprecher zurückgewiesen. Dann jedoch diente die Kritik sogleich als willkommener Anlass, um sie inkorporierend



Abb. 6 Hessischer Rundfunk, *Hessenschau*, 15.05.1962.

in den Abendschau-Bericht umzumünzen. Dadurch legitimierte sich der Beitrag geschickt selbst, indem er genau das tat, was der Frau anscheinend fehle, nämlich die „furchtbaren Folgen dieser Krankheit“ eindringlich „jedermann vor Augen zu führen“. Dazu fokussierte die Kamera immer wieder den Fuß und die Krücken der Frau sowie ihr rollstuhlartiges Fortbewegungsmittel und setzte ihren gelähmten Körper so ausführlich ins Bild. Indem die Frau als Betroffene solch eine Form der Abschreckung selbst einforderte, schrieb dieser impfauffordernde Fernsehbeitrag sich selbst auf besonders selbst-reflexive Weise Bedeutung zu. Die jeweiligen kommunikativen Anliegen und Relevanzlogiken wirkten als Ressourcen füreinander.

Kompetenzen zur Prävention

Darstellungen von gelähmten Körpern bildeten die Negativ-Folie, vor der die Fernsehbeiträge Kompetenzen zur Prävention vermittelten. Dabei arbeiteten die Berichte oft mit einer dualistischen Gegenüberstellung, die etwa in einem Beitrag von 1962 mit einem Kameranäherwerk veranschaulicht wird: Zunächst ist die Zeichnung eines Mannes zu sehen, der den Kopf hängen lässt und „nicht geimpft“ sei. Dann schwenkt die Kamera nach rechts zur zweiten, quasi spiegelbildlichen Zeichnung eines Mannes, der „geimpft“ ein Glas Wein genießt (Abb. 5). Die Dynamik des Kameranäherwerks versinnbildlichte somit

den Wandel von ungeschützt zu geschützt film-ästhetisch pointiert.

Der dargestellte Weingenuss reiht sich ein in einschlägige Darstellungen von Immunität und Impfschutz, die sich durch positiv konnotierte, oft körperliche Aktivitäten sowie insbesondere durch lächelnde Kindergesichter auszeichneten. Ebenso wie abschreckende Opfer-Bilder von gelähmten Körpern (Abb. 4) transportierten die Fernsehberichte auch solche positiven Präventionsdarstellungen mithilfe abgefilmter Plakate vom öffentlichen Raum hinein in die heimischen Wohnzimmer. So zeigt beispielsweise ein Beitrag einen Plakataufsteller, auf dem ein Junge ein Mädchen umarmt, sowie ein weiteres Plakat, auf dem ein Junge keck lächelnd posiert und ein anderer Rollschuh fährt (Abb. 6). Diese Ikonografie von erworbener Immunität in Form von kindlicher Unbekümmertheit und Unversehrtheit, oft gepaart mit mütterlicher Fürsorge, formulierte das erstrebenswerte Versprechen von Präventionskompetenz. Als Versinnbildlichung dienten stilisiert gezeichnete Tropfen, die auf die Schluckimpfung verwiesen (Abb. 6 links). Dieser symbolische Marker von schutzbringender Vorsorgemöglichkeit findet sich auch auf einem anderen Plakat, das in der Fernsehberichterstattung mit Abstand am häufigsten vorkam. Es zeigt eine Zeichnung, in der Vater, Mutter und zwei Kinder jeweils einen Löffel zum Mund führen, auf den zwei Tropfen Impfstoff fallen. Insbesondere diese Darstellung fungierte als der Inbegriff der Präventionskompetenz von Groß und Klein



Abb. 7 Sender Freies Berlin, *Berliner Abendschau*, 10.05.1962.

Wie die Aufmerksamkeit für die Impfung mittels dieses populärsten Plakates nicht nur durch bloßes Abfilmen visuell wiederholt, sondern auch mit genuin filmischen Stilmitteln betont wurde, veranschaulicht ein Beitrag der *Berliner Abendschau* von 1962. Dessen erste Kameraeinstellung zeigt im Vordergrund zwei Straßenschilder einer Kreuzung in Berlin-Mitte und im Hinter-

grund einen großen Gebäudekomplex (Abb. 7). In der zweiten Einstellung sind Menschen beim Überqueren einer Straße zu sehen.

Liebe immer eilige Großstädter! Haben Sie sich eigentlich schon Zeit genommen zur Schluckimpfung gegen die Kinderlähmung oder lassen Sie sich Zeit, wenn's um die Gesundheit geht?

fragt dazu der Sprecher. Zunächst läuft die Szene in Zeitraffer ab, wechselt jedoch mit dem zweiten Teil der Frage abrupt zur Zeitlupe. Mit diesen verschiedenen Abspielgeschwindigkeiten setzt der Beitragsbeginn die Ausdrücke „sich Zeit nehmen“ und „sich Zeit lassen“ regelrecht humoristisch ins Bild und präsentiert die Berliner*innen in ihrer Alltagsmobilität einer als hektisch apostrophierten Großstadt.

Dieses Charakterbild nutzt der Beitrag dann, um die Kritik zu formulieren, dass sich wegen dieser ständigen Geschäftigkeit bislang zu wenige Menschen haben impfen lassen. Eine weitere Szene untermauert diese Aussage. Zu sehen ist ein Mann, der das angesprochene, weitverbreitete Plakat umgehängt hat, bei den Vorbeilaufenden jedoch auf keine Reaktion stößt (Abb. 7).

Ein Mitarbeiter des Gesundheitssenates, der auf unsere Bitte hin Passanten ansprach, aber wies meist vergeblich auf die nächstgelegene Impfstelle hin,

kommentiert dazu der Sprecher, ehe er ergänzt:

Und dabei ist es auch dem eiligsten Großstädter so leicht gemacht, sich so ganz im Vorbeigehen an dieser für die Gesundheit aller so wichtigen Aktion zu beteiligen.

Parallel zu diesem Kommentar zeigt die Kamera wiederum eine Straßenkreuzung, ehe sie nach links auf den Bürgersteig schwenkt. Ins Bild gerät so ein Plakataufsteller, der auf die örtliche Impfstelle hinweist. Die Kamera zoomt auf das Plakat, sodass der Schriftzug „Die ganze Familie zur Schluckimpfung“ deutlich lesbar wird. „Zur Zeit geöffnet“, informiert ein angebrachtes Schild.

Diese Kameraführung ist besonders aussagekräftig. Denn mit dem Schwenk und anschließenden Zoom-In imitiert die Kamera städtische Passant*innen, deren beiläufiger Blick das Plakat entdeckt und dann die Aufmerksamkeit darauf fokussiert. Dadurch unterstreicht die gezielte Kamerabewegung die Aussage des Sprechers, wonach es „so leicht gemacht“ sei, „sich so ganz im Vorbeigehen“ impfen zu lassen. Angelehnt an das Stilmittel der subjektiven Kamera setzt der Beitrag eine genuin filmische Ästhetik ein, um das

Gewahr-Werden der Plakathinweise im öffentlichen Raum für die Zuschauenden praktisch nachzuvollziehen. Der Beitrag unterstreicht dies mit der Aufnahme eines Hauseingangs, bei der durch einen weiteren Zoom-In ebenfalls ein Impfplakat erkennbar wird, das auf die dortige Impfstelle hinweist. Der Bericht geht sogar noch einen Schritt weiter und spielt mit den Wahrnehmungen der Zuschauenden selbst, indem er erneut die anfängliche Aufnahme der Straßenschilder zeigt, dann aber auf den Gebäudekomplex im Hintergrund zoomt. Dadurch wird sichtbar, was zu Beginn des Beitrages als weiße Flecken in der obersten Fensterreihe undeutlich blieb: hier handelt es sich ebenfalls um Impfplakate. Wer sich nur richtig umschaue, so suggeriert der Beitrag damit, könne im städtischen Raum überall leicht die allgegenwärtigen Hinweise auf die nächstgelegene Impfstelle identifizieren.

In der Schlusszene deutet zudem eine ins Bild ragende Hand mit einem Kugelschreiber auf die Terminankündigung eines Plakates und markiert das Datum mit einem Ausrufezeichen (Abb. 7). Denn um die Zuschauenden auf höchst didaktische Weise mit ‚an die Hand‘ zu nehmen, bezog der gesamte Beitrag die filmischen Seheindrücke dynamisch mit ein und lenkte die telemediale Wahrnehmung auf die nicht weniger als fünf Mal vorkommenden Plakathinweise. Damit sollte das Publikum in die Lage versetzt werden, Impfgelegenheiten im Alltag zu erkennen und zu nutzen. Für die Vermittlung dieser Präventionskompetenz setzten die Fernsehbeiträge typischerweise auf genau solch eine Mischung aus Information, Motivation und dem Aufzeigen konkreter Handlungsmöglichkeiten.

Veränderungen des Impfens und seiner audiovisuellen Repräsentation

Im Laufe der 1970er-Jahre veränderten sich die geschilderten audiovisuellen Repräsentationsweisen von epidemischen Krisen, gelähmten Körpern und Präventionskompetenz merklich. Und zwar, weil sich auch das Impfen selbst wandelte. Erstens erfuhr es eine Individualisierung von einem kollektiven zu einem persönlichen Akt, was



Abb. 8 Einer der gemeinsamen Werbespots der westdeutschen Bundesländer, im Ersten Deutschen Fernsehen und verschiedenen Dritten Programmen von 1978 bis 1988 ausgestrahlt.

sich auch in den Fernsehbildern niederschlug. Während in den 1960er-Jahren Szenen von Massenimpfungen vorherrschten, beinhalteten die Beiträge der 1970er-Jahre vermehrt Aufnahmen der persönlichen Behandlung in Beratungsstellen und Praxen. Damit verbunden war zweitens eine Privatisierung, indem sich das Impfen mit der Abschaffung der vorwiegend durch die Gesundheitsämter organisierten Massentermine von öffentlichen oder halböffentlichen Orten (wie Schulen, Turnhallen und Gemeindehäusern) in private oder halbprivate Räumlichkeiten (vor allem Hausarztpraxen und ärztliche Beratungsstellen) verlagerte (THIEßEN 2017: 284–286). Dort war es fortan vor den Fernsehkameras verborgen, was einer der Gründe dafür ist, warum die Anzahl der Berichte in den 1970er-Jahren insgesamt abnahm. Auch aufgrund der Immunisierungserfolge und dem enormen Rückgang der Erkrankungszahlen verlor das Thema an Nachrichtenwert.

Drittens erlebte das Impfen eine Normalisierung, indem es sich von einer krisenhaften Interventionspraktik zu einer normalisierten Präventionsroutine veränderte. Standen Polio-Impfungen in den 1950er- und frühen 1960er-Jahren unter dem Eindruck eines akuten Epidemiedrucks, so wurden sie allmählich zu einem Bestandteil umfassender privater Gesundheitsvorsorge. In den Fernsehbeiträgen zeichnete sich dieser Wandel allein schon in der Programmplatzierung ab. Beiträge über das Impfen liefen immer seltener

in den Hauptnachrichten, sondern verstärkt in Ratgebersendungen, die in den 1970er-Jahren zunahmen und oft in Magazinform gestaltet waren (HICKETHIER 1998: 228–229, BLEICHER 2001: 506). Dazu zählten *Die Drehscheibe* des ZDF (1964–1982), der ARD-Ratgeber *Gesundheit* (ab 1970) oder das BR-Gesundheitsmagazin *Die Sprechstunde* (1973–2007). Der Hinweis auf die Polio-Immunisierung ging in diesen Magazinsendungen in einer generellen Impfaufklärung auf, weswegen die Beiträge sich nun an die Breite der Bevölkerung richteten und meist nicht mehr gezielt spezifische Gruppen ansprachen, wie es in den 1960er-Jahren mit Eltern oft geschehen war. Vielmehr adressierten die Ratgeber-Formate das Impfen als Teil des generellen persönlichen Gesundheits- und Vorsorgeverhaltens. Dies stand unter dem sukzessiven präventionsgeschichtlichen Wandel von ‚Gesundheitsaufklärung‘ und ‚Gesundheitserziehung‘ hin zur ‚Gesundheitsförderung‘, der sich mit der Alma-Ata-Deklaration (1978) und der Ottawa-Charta (1986) manifestierte.

Die Gesundheitsbehörden der Länder hatten derweil jedoch den Nutzen der jährlichen bundesweiten Fernsehspots zur besten Sendezeit erkannt und fokussierten in den 1970er-Jahren ihre Werbebemühungen darauf. In der Tat war es die bis 1988 jährlich wiederkehrende Ausstrahlung dieser Spots, die den Appellen zur Schluckimpfung eine nachhaltige Verankerung in der Medienrealität der Menschen bescherte. Im Laufe der 1970er-Jahre waren die Werbespots auch farbiger

geworden, und das nicht nur durch die Verbreitung des Farbfernsehens, sondern ab 1978 auch im übertragenen Sinne. Denn die Tonalität der in diesem Jahr produzierten Spots hatte sich gegenüber den vorherigen merklich verändert. Vorausgegangen war eine Diskussion in einem gesundheitspolitischen Ausschuss der Länder über die Vorschläge von zwei Werbefirmen, „von denen die eine eine Art ‚Positivwerbung‘ (Impfung = gesundes Kind) empfehle, während die andere eine Art ‚Negativwerbung‘ (keine Impfung = behindertes Kind) vorschläge.“ Der Ausschuss sprach sich für ersteren aus.⁹

Waren zuvor alle ‚Negativ-Spots‘ ähnlich gestaltet worden, so folgen die ab 1978 ausgestrahlten ‚Positiv-Spots‘ nun ebenfalls einem einheitlichen filmästhetischen Muster. In einer hier exemplarisch herausgegriffenen Version balanciert ein junges Mädchen, begleitet von fröhlicher Musik, auf einem Randstein. Dann hüpfte sie herunter und stellt sich den Zuschauenden vor: „Ich heiße Nicole und wenn ich einmal groß bin, möchte ich Seiltänzerin werden, genauso wie im Zirkus.“ Während sie erneut beim Balancieren zu sehen ist, kommentiert ein Sprecher diesen Berufswunsch: „Kinder wollen so vieles werden in diesem Alter, quält sie auch manchmal der Gedanke, irgendetwas könnte dazwischenkommen.“ Parallel dazu verlangsamt sich die Filmgeschwindigkeit, bis die Musik aussetzt und das Bild gänzlich zum Stehen kommt. Es zeigt genau den Moment eines ängstlichen Gesichtsausdrucks. „Kinderlähmung ist grausam“, heißt es dazu. Anschließend setzt die heitere Musik wieder ein und die Eingangsszene wiederholt sich in normaler Geschwindigkeit, ehe das Mädchen wohlbehalten vom Randstein herunterspringt. „Schluckimpfung ist süß“, so der Schlusskommentar.

Diese Süße, die sich auf mit Impfstoff präparierte Zuckerwürfel bezog, erfuhr durch die Darstellung des unbedarften Mädchens eine zusätzliche Konnotation in Form eines menschlichen Antlitzes. Genau an diese kindliche Naivität knüpften alle solche Spots an, indem sie Kinder in unbefangenen-alltäglichen Spielszenen zeigten. Die Bedrohung dieser Unbekümmertheit wird zunächst nicht klar benannt, sondern nur ein diffuses Gefährdungsszenario aufgerufen, indem

„irgendetwas“ dazwischenkommen kommen könne. Im Vergleich zu den früheren Spots zeigt sich hier ein elementarer Wandel der medialen Darstellung: Die Krankheit wird nur noch filmästhetisch angedeutet, indem das Verlangsamte und Anhalten des Filmes die Lähmungskrankheit rein metaphorisch ausdrücken.¹⁰ Diese Art von Spots enthielt keine drastische Abschreckung durch gelähmte Körper mehr. Das lag zum einen daran, dass sich das gesellschaftliche Bewusstsein für die Belange von Behinderten ab den 1970er-Jahren erhöht hatte (DEGENER & MIQUEL 2019). Zum anderen hatten sich Bilder von Polio-Erkrankten aufgrund jahrelanger Wiederholung längst im kollektiven Gedächtnis festgesetzt, sodass es ausreichte, sie auf indirekte Weise aufzurufen.

In dem exemplarischen Spot von 1978 tritt die junge Protagonistin mit Gesicht und Namen auf. Der Junge des einflussreichen Spots von 1969 war demgegenüber nur anonym von hinten gezeigt worden und dadurch als Opfer der Krankheit im wahrsten Sinne nicht viel mehr als ein Schatten seiner selbst gewesen. Und noch eine Veränderung fällt auf: Die beiden Hälften des Slogans wurden vertauscht, sodass er nicht mehr mit der Grausamkeit der Kinderlähmung, sondern mit der Süße der Schluckimpfung endete. Dieses Umdrehen fügt sich ein in einen generellen Umschwung in der Werbeansprache zu dieser Zeit weg von dem Vor-Augen-Führen der Bedrohung und hin zur Verlockung des Schutzes. Statt um Angstmache ging es fortan um Unbesorgtheit durch das Versprechen der Immunität – ein bedeutsamer Wandel in den Anrufungen des präventiven Selbst (LENGWILER & MADARÁSZ 2010).

Erstaunlicherweise wurde diese Verschiebung in bisherigen Studien zu Polio-Impfkampagnen offenbar noch nie wahrgenommen. Wie die vorangegangenen Beispielanalysen zeigen, lohnt es sich aber, die medialen Darstellungsweisen differenziert zu betrachten, denn damit können vorhandene Erkenntnisse deutlich nuanciert und in Teilen sogar richtiggestellt werden. So erweist sich etwa die Aussage, wonach der Slogan „Schluckimpfung ist süß, Kinderlähmung ist grausam“ „seit Beginn der 60er das Mantra der Werbeplakate und Fernsehspots“ gewesen sei (CORS 2015: 74),

als unzutreffend. In Wirklichkeit wiesen die Kampagnen der 1960er-Jahre eine Vielzahl anderer Slogans auf (Abb. 4, 6 & 7). Die Verbreitung des berühmten Slogans setzte erst 1969 als gemeinsames Motto der ersten länderübergreifenden Werbekampagne ein, die unter anderem „aufklärende, zum Teil auf Schockwirkung aufgebaute Einblendungen in die großen Fernsehprogramme“ umfasste.¹¹ Erst ab dann begann sich der Slogan durchzusetzen.¹² Und schon 1973 fanden es sowohl die verantwortliche Hamburgische Gesundheitsbehörde als auch die beauftragte Werbeagentur „zweckmäßig, den Slogan der vergangenen Jahre beizubehalten, weil es keinen besseren und eingängigeren Slogan gibt“.¹³ Dass er sich bis heute im kollektiven Gedächtnis festgesetzt hat, verdankt sich somit maßgeblich der für die Werbekampagnen zunehmend erkannten, alltagsweltlichen Bedeutung des zum Leitmedium aufgestiegenen Fernsehens und seiner jahrzehntelangen kulturellen Prägekraft.

Resümee und die Korrektur eines Mythos

Nach der bundesweiten Einführung der Polio-Schluckimpfung im Jahr 1962 erkannten sich Medien und Medizin stärker als zuvor als Ressourcen füreinander. Dies galt zuvorderst für das Fernsehen als neues, gesellschaftlich prägendes Leitmedium. Für breite Teile der Bevölkerung stiftete es enge Beziehungen zwischen dem Weltgeschehen und dem Privatleben. Entsprechend hoch waren die Hoffnungen, durch dieses massenkommunikative Tor Appelle an das Gesundheitshandeln der Bevölkerung zu richten. Nicht nur, aber besonders auch im Falle der Schluckimpfung ging die fortschreitende telemediale Durchdringung des Alltags somit einher mit der Modellierung von medizinischen Vorsorgeimperativen.

Wenn AUMILLER (1970: 90–91), obgleich mit Vorsicht, schlussfolgerte, „daß sich das Fernsehen an die Spitze derjenigen Medien gesetzt hat, durch die die Bevölkerung am nachhaltigsten informiert wird“, so illustriert das die zeitgenössische Wahrnehmung treffend. In der Tat räumte das öffentlich-rechtliche Fernsehen dem Anliegen

der Polio-Impfung in den 1960er-Jahren weitreichende rhetorische, institutionelle und apparative Ressourcen ein. Dadurch konnten die appellierenden, bisweilen dozierenden medizinischen Experten in der massenmedialen Öffentlichkeit als legitimierte Diskursführer auftreten. Aber auch die Fernsehredakteure versprachen sich einen Prestigegewinn. Durch Bezugnahmen auf das symbolische und moralische Kapital medizinischer Autorität versuchte sich das Fernsehen seinem Publikum als seriöses Informationsmedium zu präsentieren, um so den eigenen Geltungsanspruch zu untermauern. Das Ineinandergreifen von Eigeninteressen auf beiden Seiten beförderte daher gegenseitige Ressourcen- und Statusmobilisierungen.

Das Resultat solcher teils institutioneller, vor allem aber informeller Allianzen war ein Beziehungsgeflecht, das auf der zeitgenössisch unterstellten, starken Suggestionskraft der Television beruhte und stellenweise zu einem starken Verwischen der Grenzen zwischen Information und Persuasion führte. Dies stellte allerdings keine Interpenetration der funktional differenzierten Teilbereiche von Medizin und Massenmedien dar, sondern eine themenspezifische Kollaboration für eine begrenzte Zeit. Auch wenn es zum Teil gegenseitige Inanspruchnahmen gab, handelte es sich nicht um platte Instrumentalisierungen im Sinne propagandistischer Massenmanipulation, sondern um eine vielschichtige Allianz, bei der beide Seiten immer auch eigene Interessen und systeminterne Ressourcengewinne verfolgten. Zwar kreuzten sich die Bestrebungen von medizinischen und medialen Akteuren auf vielfache Weise, sie blieben jedoch immer in ihren jeweils eigenen Funktionslogiken verhaftet.

Die beteiligten Akteure sollten daher als „zweifellos recht selbstbewußt handelnde Subjekte verstanden werden“ (ASH 2001: 118), welche die Gestalt und Grenzen der wechselseitigen Ressourcenmobilisierung immer wieder neu ausloteten. Die Beziehungen zwischen Medien und Medizin waren weder einheitlich noch festgefügt, sondern wandelten sich gerade durch den Bezug aufeinander. Hinzu kamen allgemeine Veränderungen von Präventionsdiskursen in den späten 1960er- und 70er-Jahren. Besonders erkennbar

ist das an den von den Ländern beauftragten, von professionellen Agenturen realisierten und von den Sendeanstalten vergünstigt oder gar kostenlos ausgestrahlten Werbespots, deren Appellsprache sich merklich wandelte. Die Aussage, dass der auf Dramatisierung und Schrecken basierende Grundtenor der staatlichen Impfwerbung „über die Jahre hinweg unverändert“ geblieben sei (CORS 2015: 75), lässt jedenfalls nicht halten, sondern muss erheblich differenziert werden.

In den frühen 1960er-Jahren waren die Präventionsbotschaften zunächst überwiegend positiver Natur. Erst allmählich wurde die Annahme, dass ein Dramatisieren der Krankheit und das Schüren von Ängsten motivierend wirke, zur dominanten Leitidee. Gegen Ende der 1970er-Jahre verlagerten sich die Werbebotschaften aber wieder weg von negativen Drohszenarien und hin zu positiven Immunitätsversprechen. Statt einem drastisch-abschreckenden Vorführen von Opferfiguren ging es nun um Schutz von unversehrter Leichtigkeit – und dabei ist es in der Impfwerbung im Grunde bis heute geblieben. Das Umdrehen der beiden Hälften des populär gewordenen Slogans versinnbildlicht diese vollzogene Akzentverschiebung paradigmatisch: „Kinderlähmung ist grausam – Schluckimpfung ist süß“.

Bis heute bringen viele Medienartikel den Rückgang der Polio-Erkrankungen ab 1962 mit diesem Werbeslogan in direkte Verbindung oder führen den Impferfolg sogar kausal darauf zurück (z. B. FOCUS 2012; WESTDEUTSCHER RUND-FUNK 2014).¹⁴ Dies übersieht jedoch, dass es sich nicht um einen „Werbeslogan von 1962“ handelte, wie etwa *Die Zeit* im Jahr 2009 schrieb (MÜLLER-LISSNER 2009). In Wirklichkeit kam der Slogan erst 1969 auf, und somit zu einer Zeit, als die Erkrankungszahlen durch die Impfaktionen der sieben vorherigen Jahre längst rasant abgenommen hatten. Erst vor dem Hintergrund der gegen Ende der 1960er-Jahre zunehmenden ‚Impflücken‘ beabsichtigte das Motto der ersten länderübergreifenden Werbeaktion 1969/70, insbesondere Eltern „aus der seit dem Rückgang der Erkrankungen immer stärker werdenden Lethargie und Gleichgültigkeit aufzurütteln“.¹⁵ Der dazu genutzte antithetisch-eingängige Slogan, der die größte Bekanntheit von allen erreichte und sich durch

fast zwei Jahrzehnte lange Wiederholungen nachhaltig im Bewusstsein der Bevölkerung verankern sollte, hat somit nicht zum Rückgang der Krankheitsfälle beigetragen, sondern ‚lediglich‘ dazu, deren erneutes Ansteigen in den 1970er-Jahren zu verhindern. Dass der Slogan verantwortlich für das Zurückdrängen der Kinderlähmung – zumal in den frühen 1960er-Jahren – gewesen sei, entpuppt sich hingegen als ein medialer Mythos. Dieser Mythos beruht auf einer unzutreffenden zeitlichen Zuschreibung, die sich aber selbst in staatlichen Veröffentlichungen findet, etwa des Robert Koch-Instituts (NRZ FÜR POLIOMYELITIS UND ENTEROVIREN AM RKI 2012)¹⁶ oder des BAYERISCHEN STAATSMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT, PFLEGE UND PRÄVENTION (2017).¹⁷

Präventionsgeschichtlich und kulturwissenschaftlich gesehen handelt es sich bei der häufig fehlerhaften, weil zu frühen Datierung nicht um eine marginale Detailfrage. Vielmehr belegt just die Tatsache, dass der Slogan retrospektiv so sehr zum Inbegriff sämtlicher Schluckimpfungskampagnen wurde, dass zeitliche Differenzierungen auf der Strecke blieben, dessen immense Strahlkraft – offenkundig auch für die historische Erfolgserzählung. Die hier vorgelegte Analyse des damaligen sich wechselseitig beeinflussenden Verhältnisses von Medien und Medizin möchte somit nicht zuletzt dazu beitragen, die maßgeblich von der massenmedialen Stellung des Fernsehens herrührende, nachhaltige Prägekraft dieses populären Slogans präziser einzuordnen und so seine oft verkürzt dargestellte Wirkung zeitlich zu korrigieren und historisch zu differenzieren.

Anmerkungen

1 Zum Entstehungshintergrund des Spots siehe Anmerkung 6.

2 Mit „Engström-Gerät“ ist eine Beatmungsmaschine der Firma Engström aus Schweden gemeint.

3 Die Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung weitete ihren Fokus, indem sie sich 1977 in Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten umbenannte. Die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung verlagerte ihr Tätigkeitsfeld und reflektierte im Jahr 2016 den inhaltlichen Wandel, der schon lange zuvor vollzogen war, mit einer Namensänderung zu Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförde-

rung. Präventionsgeschichtlich spiegelt dieser Wechsel von ‚Erziehung‘ zu ‚Förderung‘ paradigmatisch die veränderten gesundheitspolitischen Selbstauffassungen in der Zeit nach der Alma-Ata-Deklaration (1978) und der Ottawa-Charta (1986) wider.

4 Eigene Berechnungen auf Basis von AUMILLER (1970: 79, 80, 89).

5 BR HistA, GR/10, Brief von Alfons Goppel an den Landtagsabgeordneten Max Zillibiller, Vorsitzender des BR-Rundfunkrates, 15.03.1962.

6 Es handelte sich um die erste gemeinsame Werbekampagne aller Länder, nachdem diese sich für die Impfkampagne 1969/70 erstmals auf einen einheitlichen Zeitraum einigten. Hintergrund dieser bundesweiten Koordinierung war die Zunahme sogenannter Impfpflichten nach den Immunisierungserfolgen der ersten Jahre. Ein zentraler Bestandteil der Kampagne, die eine halbe Million D-Mark kostete, waren drei Fernsehspots, darunter der mit dem Schuljungen. Das am Anfang des Spots eingeblendete Logo der beauftragten Werbeagentur belegt dies zusätzlich. Die Spots wurden Ende Oktober und Anfang November 1969 zweimal an je drei aufeinanderfolgenden Tagen im Anschluss an die *Tagesschau* gesendet und waren zuvor bei einer Pressekonferenz, die offenbar auch den Anlass für den *Heute*-Bericht bildete, vorgeführt worden (Bundesarchiv Koblenz [BAK], B 208/972).

7 BAK, B 189/14117, Ergebnisniederschrift der Besprechung am 12. August 1969 in der Gesundheitsbehörde Hamburg, 01.09.1969: 2.

8 BayHStA, MInn 109635. THIEßEN (2017: 214–215) führt ein solches Plakat als Beispiel für ein „Krankenhausmotiv“ an, das er aus der Beschreibung eines Spots in einer Schriftquelle (BAK, B 208/973) ableitet. Es handelt sich jedoch offenbar um zwei verschiedene Spots, die er in einen fälschlichen Zusammenhang bringt. Aus der Schulklingel, der Kindergruppe und den an den Wänden angebrachten Kleiderhaken geht zweifelsfrei hervor, dass es sich bei der Filmaufnahme (Abb. 1) und somit auch der Poster-Szene um einen Schul- und keinen Krankenhausflur handelt. Zugegebenermaßen bedienen sich die beiden unterschiedlichen Spots aber offenbar einer ähnlichen Darstellungsweise.

9 BAK, B 269/45, Ergebnisniederschrift über die Sitzung des Ausschusses für Seuchen- und Umwelthygiene der AGLMB am 23./24. Mai 1978 in Bremerhaven: 35.

10 BayHStA, MInn 109636, Schreiben des Senators für Gesundheit und Sport der Freien Hansestadt Bremen an den Sozialminister des Landes Schleswig-Holstein, 20.03.1984.

11 BAK, B 208/975, Schnellbrief des nordrhein-westfälischen Innenministers an die Regierungspräsidenten und Gesundheitsämter, 28.08.1969: 7.

12 Die wachsende Popularität des Slogans erklärt wahrscheinlich auch das bei CORS (2015: 75) zitierte, weitverbreitete Plakat, auf dem er abgedruckt ist und dessen Entstehung das Deutsche Hygiene-Museum Dresden auf „um 1965“ schätzt (DHMD 2010/408, DHMD 2010/410). Es existiert nämlich noch eine weitere Plakatversion, die ebenfalls auf „um 1965“ datiert

wird, aber eine andere Beschriftung aufweist (DHMD 2009/367). Diese andere Version taucht beispielsweise in einem Nachrichtenbeitrag von 1967 auf (Abb. 4 links). Höchstwahrscheinlich sind also beide Plakatversionen nicht gleich alt, sondern der ursprüngliche Untertitel wurde wenige Jahre später in den eingängig-antithetischen Slogan geändert, als sich dieser durch beständige Wiederholung im Fernsehen und in anderen Medien als die zentrale Werbebotschaft durchzusetzen begann.

13 BAK, B 208/973. Rundschreiben der Hamburgischen Gesundheitsbehörde an die Pendants in Bund und Ländern, 06.07.1973: 2.

14 „Die deutsche Kampagne unter dem Motto ‚Schluckimpfung ist süß – Kinderlähmung ist grausam‘ zeigte schnell Wirkung: Waren 1961 nach Angaben des Paul-Ehrlich-Institutes noch mehr als 4600 Menschen erkrankt, waren es 1962 nur etwa 290“ (FOCUS 2012). „Die Impfkampagne ‚Schluckimpfung ist süß – Kinderlähmung ist grausam‘ wirkt: Binnen kurzer Zeit werden 22 Millionen Deutsche geimpft. 1961 gibt es in der Bundesrepublik noch 4.500 Neuerkrankungen, vier Jahre später sind es nur noch 90 Fälle“ (WEST-DEUTSCHER RUNDFUNK 2014). Viele weitere Beispiele ließen sich ergänzen.

15 BAK, B 208/975, Schnellbrief des nordrhein-westfälischen Innenministers an die Regierungspräsidenten und Gesundheitsämter, 28.08.1969: 6–7.

16 „Die unvergessene Kampagne unter dem Motto ‚Schluckimpfung ist süß – Kinderlähmung ist grausam‘ zeigte schnell Wirkung: Innerhalb eines Jahres sanken die Erkrankungszahlen von über 4.600 (1961) auf nur etwa 290 (1962).“ (NRZ FÜR POLIOMYELITIS UND ENTEROVIREN AM RKI 2012: 421).

17 „Im weiteren Verlauf des Jahres 1962 erfolgte dann in allen Bundesländern die Einführung der Polio-Schluckimpfung unter dem Motto ‚Schluckimpfung ist süß – Kinderlähmung ist grausam.‘“ (BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, PFLEGE UND PRÄVENTION 2017).

Referenzen

- ADOLPH, JÖRG & SCHERER, CHRISTINA 1993. Tabellen zur Programm- und Institutionsgeschichte des Fernsehens in der Bundesrepublik Deutschland. In HICKETHIER, KNUT (Hg): *Institution, Technik und Programm. Rahmenaspekte der Programmggeschichte des Fernsehens*. München: Wilhelm Fink: 405–418.
- ALTENBAUGH, RICHARD J. 2015. *The Last Children's Plague. Poliomyelitis, Disability, and Twentieth-Century American Culture*. New York/NY: Palgrave Macmillan.
- ASH, MITCHELL G. 2001. Wissenschaft und Politik als Ressourcen füreinander. Programmatistische Überlegungen am Beispiel Deutschlands. In BÜSCHENFELD, JÜRGEN; FRANZ, HEIKE; KUHLEMANN, FRANK-MICHAEL (Hg.): *Wissenschaftsgeschichte heute. Festschrift für Peter Lundgreen*. Bielefeld: Verlag für Regionalgeschichte: 117–134.

- AUMILLER, JOCHEN 1970. *Werbung in der Medizin unter besonderer Berücksichtigung der Impfkampagnen gegen die Poliomyelitis*. München: Inaugural-Dissertation Ludwig-Maximilians-Universität zu München.
- BAYERISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, PFLERGE UND PRÄVENTION 2017. *55 Jahre Erfolgsgeschichte Polio-Impfung – Gesundheitsministerin Huml: Bayern war Vorreiter beim Kampf gegen Kinderlähmung – Erste öffentliche Schutzimpfung im Februar 1962*. Pressemitteilung Nr. 18/GP.
- BEST, WALTER 1962. Gesundheitsaufklärung als werbepsychologische Aufgabe. In Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V. (Hg.): *Gedanken und Beiträge zur Gesundheitspolitik. Herrn Professor Dr. Franz Klose zum 75. Geburtstag gewidmet*. Frankfurt am Main: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V.: 263–290.
- 1968. Formen und Medien der Gesundheitsaufklärung. *Niedersächsisches Ärzteblatt*, 2. Kongreß-Sondernummer: 60–64.
- BEUTEL, WILLI MICHAEL (Red.) 1959. Das Deutsche Grüne Kreuz und seine Aufgaben. Hessischer Rundfunk, *Abendschau*, 24.02.1959. 6:34 min.
- BLEICHER, JOAN KRISTIN 2001. Mediengeschichte des Fernsehens. In SCHANZE, HELMUT (Hg.): *Handbuch der Mediengeschichte*. Stuttgart: Alfred Kröner: 490–518.
- BULLERJAHN, CLAUDIA 2001. *Grundlagen der Wirkung von Filmmusik*. Augsburg: Wißner.
- BÜTTGEN, HEINRICH 1963. Polio-Schluckimpfung in Baden-Württemberg. Süddeutscher Rundfunk, *Abendschau*, 22.11.1963, 5:55 min.
- CORS, ALEXANDER M. 2015. Der schnelle Tod der grausamen Krankheit? Die Bekämpfung der Kinderlähmung in Bayern 1950–1980. *Augsburger Volkskundliche Nachrichten* 21/1 (Nr. 40) (*Die Gesundheit im Blick. Gesundheitsforschung in der Europäischen Ethnologie/Volkskunde*): 57–85.
- DEGENER, THERESIA & MIQUEL, MARC VON (Hg.) 2019. *Aufbrüche und Barrieren. Behindertenpolitik und Behindertenrecht in Deutschland und Europa seit den 1970er Jahren*. Bielefeld: Transcript.
- DEPPE, PATRICK 2015. Walter Best – der völkische Theatertheoretiker. In DÜSTERBERG, ROLF (Hg.): *Dichter für das „Dritte Reich“. Biografische Studien zum Verhältnis von Literatur und Ideologie*. Band 3. Bielefeld: Aisthesis: 19–44.
- DIETRICH-DAUM, ELISABETH 2021. Impfen erzwingen: Mündige Bürger*innen und säumige Landespolitiker in der Vorarlberger Poliomyelitis-Epidemie von 1958. *VIRUS. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* 20 (Schwerpunkt: Kulturgeschichte(n) der Impfung): 189–212.
- Focus 2012. Schluck-Impfung ist süß. 05.02.2012, <https://www.n-tv.de/wissen/Schluck-Impfung-ist-suess-article5373291.html> (27.01.2025).
- FREYTAG-LORINGHOVEN, WOLF VON 1962. Psychologische Voraussetzungen der Impf-Erziehung. In: HARTUNG, KURT (Hg.): *Praktikum der Schutzimpfungen. Grundlagen – Durchführung – Impfstatistik – Rechtsfragen*. Berlin-Zehlendorf: Hildegard Hoffmann: 211–215.
- 1966. Psychologische Voraussetzungen der Impf-erziehung. In HARTUNG, KURT (Hg.): *Praktikum der Schutzimpfungen. Grundlagen – Durchführung – Rechtsfragen*. 2. Auflage. Berlin-Zehlendorf: Hildegard Hoffmann: 301–307 [orig. 1962].
- GUMBRECHT, HANS ULRICH 1988. „Ihr Fenster zur Welt“ oder Wie aus dem Medium ‚Fernsehen‘ die ‚Fernseh-wirklichkeit‘ wurde. In SOEFFNER, HANS-GEORG (Hg.): *Kultur und Alltag* (Soziale Welt, Sonderband 6). Göttingen: Otto Schwartz & Co.: 243–250.
- HANEL, WOLFGANG (Red.) 1962. Schluckimpfung: Stellungnahme einer gelähmten Frau. Sender Freies Berlin, *Berliner Abendschau*, 18.05.1962, 3:52 min.
- HICKETHIER, KNUT 1998. *Geschichte des deutschen Fernsehens*. Stuttgart & Weimar: J. B. Metzler.
- HINZ-WESSELS, ANNETTE 2020. Medizinische Verflechtung und Systemkonkurrenz im Kalten Krieg. Poliobekämpfung im geteilten Berlin. *Medizinhistorisches Journal* 55/2: 132–171.
- 2021. Entscheidungsprozesse der bundesdeutschen Gesundheitspolitik im Kalten Krieg – die Einführung der Schluckimpfung in der Bundesrepublik im Jahr des Mauerbaus. *VIRUS. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* 20 (Schwerpunkt: Kulturgeschichte(n) der Impfung): 213–236.
- LABISCH, ALFONS 2005. „Skandalisierte Krankheiten“ und „echte Killer“ – zur Wahrnehmung von Krankheiten in Presse und Öffentlichkeit. In ANDĚL, MICHAEL; BRANDES, DETLEF; LABISCH, ALFONS; PEŠEK, JIŘÍ; RUZICKA, THOMAS (Hg.): *Propaganda, (Selbst-)Zensur, Sensation. Grenzen von Presse- und Wissenschaftsfreiheit in Deutschland und Tschechien seit 1871*. Essen: Klartext: 273–289.
- LENGWILER, MARTIN & MADARÁSZ, JEANNETTE 2010. Präventionsgeschichte als Kulturgeschichte der Gesundheitspolitik. In LENGWILER, MARTIN; MADARÁSZ, JEANNETTE (Hg.): *Das präventive Selbst. Eine Kulturgeschichte moderner Gesundheitspolitik*. Bielefeld: Transcript: 11–28.
- LINDNER, ULRIKE 2004. *Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich*. München: R. Oldenbourg.
- & BLUME, STUART 2006. Vaccine Innovation and Adoption. Polio Vaccines in the UK, the Netherlands and West Germany, 1955–1965. *Medical History* 50: 425–446.
- MOHL, HANS 1970. Einsatz des Fernsehens in der Gesundheitserziehung. Tatsachen und Chancen. In BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (Hg.): *Verhaltensbeeinflussung durch die Gesundheitserziehung. Methodologische Probleme. Beiträge zur Grundlagenforschung in der Gesundheitserziehung unterbreitet dem 1. Internationalen Seminar für Gesundheitserziehung (Kommunikation, Intermediavergleich, Evaluation), März 1969, Hamburg, Bundesrepublik Deutschland*. [Köln:] Bundeszentrale

- für gesundheitliche Aufklärung: 132–138.
- MÜLLER-LISSNER, ADELHEID 2009. Kampf gegen Kinderlähmung. *Die Zeit*, 19.10.2009. <https://www.zeit.de/wissen/2009-10/polio-impfung/komplettansicht> (22.05.2024).
- NRZ FÜR POLIOMYELITIS UND ENTEROVIREN AM RKI 2012. Indien von der Liste der Endemieländer gestrichen – ein großer Erfolg für die Polioeradikationsinitiative. *Epidemiologisches Bulletin des Robert Koch-Instituts*, Nr. 42, 22.10.2012: 421–422
- OSHINSKY, DAVID M. 2005. *Polio. An American Story. The Crusade That Mobilized the Nation Against the 20th Century's Most Feared Disease*. Oxford/UK: Oxford University Press.
- PÖHN, HANS PHILIPP & RASCH, GERNOT 1994. *Statistik meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten. Vom Beginn der Aufzeichnungen bis heute (Stand 31. Dezember 1989)*. München: MMV Medizinischer Verlag.
- RAUSCHENBACH, HANS-JOACHIM 1962. Schutzimpfung gegen Kinderlähmung. Hessischer Rundfunk, *Hessenschau*, 11.04.1962. 6:07 min.
- SAMMER, CHRISTIAN 2020. *Gesunde Menschen machen. Die deutsch-deutsche Geschichte der Gesundheitsaufklärung, 1945–1967*. Oldenbourg, Berlin & New York: De Gruyter.
- SCHMIDT, SIEGFRIED J. & SPIESS, BRIGITTE 1994. Geschichte der Fernsehwerbung in der Bundesrepublik Deutschland. Eine Skizze. In ERLINGER, HANS DIETER & FOLTIN, HANS-FRIEDRICH (Hg.): *Unterhaltung, Werbung und Zielgruppenprogramme* (Geschichte des Fernsehens in der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 4). München: Wilhelm Fink: 187–242.
- SCHWARZE, HANNS WERNER 1962. Polio-Schluckimpfung. Bayerischer Rundfunk, *Report*, 09.02.1962, 11:02 min.
- THIEßEN, MALTE 2013. Vorsorge als Ordnung des Sozialen. Impfen in der Bundesrepublik und der DDR. *Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History* 10: 409–432.
- 2017. *Immunisierte Gesellschaft. Impfen in Deutschland im 19. und 20. Jahrhundert*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- WESTDEUTSCHER RUNDFUNK 2014. 26. April 1954 – Massenimpfungen gegen Polio in den USA beginnt [sic]. *Zeitzeichen*, 26.04.2014, <https://www1.wdr.de/stichtag/stichtag8264.html> (22.05.2024).
- ZWEITES DEUTSCHES FERNSEHEN 1969. Beginn der Schluckimpfung Hmb. *Heute*, 03.11.1969. 3:01 min.

Archivquellen

BAYERISCHER RUNDFUNK, HISTORISCHES ARCHIV [BRHISTA]
GR/10

BAYERISCHES HAUPTSTAATSARCHIV MÜNCHEN [BAYHSTA]
MInn 109635
MInn 109636

BUNDESARCHIV KOBLENZ [BAK]
B 189/14117
B 208/972
B 208/973
B 208/975
B 269/45

DEUTSCHES HYGIENE-MUSEUM DRESDEN [DHMD]
DHMD 2009/367
DHMD 2010/408
DHMD 2010/410

Dieser Artikel wurde vor der Veröffentlichung einem doppelblinden Peer-Review-Verfahren unterzogen.

Tobias Becker, M.A., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im interdisziplinären Graduiertenkolleg „Knowing Vaccines“ an der Universität Hamburg. Dort erforscht er für sein Dissertationsprojekt die Bild- und Mediengeschichte des Impfens. Er studierte Kulturanthropologie/Europäische Ethnologie an den Universitäten Freiburg im Breisgau, Basel und Oslo. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der visuellen Kulturwissenschaft und Kulturgeschichte.

Universität Hamburg
Institut für Medien und Kommunikation
Von-Melle-Park 6, Postfach #20
20146 Hamburg, Deutschland
E-Mail: tobias.becker@uni-hamburg.de

Cryonics 2.0

Implicit Transhumanism, Anti-Aging, and the ‘Rise of Rationalism’

WILLIAM DAWLEY

Abstract How has cryonics been affected by futuristic developments in AI and anti-aging medicine? Cryonics is the practice of perfusing human bodies with antifreeze solutions (cryoprotectants) and storing them at ultralow temperatures in the hopes of future revival. Cryonicists (those who practice or sign up for cryonics) hope for revival by a variety of biological and digital methods, ranging from rewarming, healing, and rejuvenating the body, to adding digital and biological enhancements, to recreating the person or consciousness in digital form. Cryonics was until very recently a very fringe phenomenon (Romain 2010), only lately the topic of ethnographic manuscripts (Bernstein 2019; Farman 2020; Torsnes 2023). But it has been mainstreamed not only by advances in AI, but by the study of aging, as well as other cultural developments. Along with this mainstreaming and the growth in the number of cryonicists, there have been changes in how cryonicists learn about cryonics, how they self-identify, and how they present cryonics to others. Despite AI’s role in mainstreaming transhumanist ideas, such as consciousness outside the biological body, ‘beyond the carbon barrier’ (Farman 2019), my ethnographic and survey data show that cryonics is popularizing along two alternative routes: through a surging interest in *anti-aging* research and treatment, and through ‘the Rise of *Rationalism*’ and Rationalist-adjacent movements like Effective Altruism and Longtermism. Cryonics 2.0 is the name that members of the Human Futures research team have given to this new context for cryonics (cf. Eriksen 2021, 2023), wherein many cryonicists shed the explicit language of immortalism and transhumanism in favour of longevity and Rationalist discourses.

Keywords transhumanism and rationalism – medical anthropology – anti-aging – hybrid ethnography – artificial intelligence (AI)

Cryonics is the practice of preserving people’s¹ bodily remains in the hopes of reviving them later, using future medical and technological advances.² Though relatively little known as a real-world practice, cryonics has been carried out and developed for almost 60 years. Both those who practice it and those who sign up to be preserved are called ‘cryonicists’.

The first part of the cryonics process is called ‘cryopreservation’. The details of cryopreservation have changed over time, but the usual techniques involve a process of flushing out bodily fluids, replacing them as much as possible with increasingly concentrated medical antifreeze solutions, and lowering the body’s temperature gradually, before storing it at ultralow temperatures in large ‘dewars’ (see Figs. 1–2).

Cryonicists differ in their hopes for the second part of the process: reviving people in different

biological and non-biological forms. Their different hopes extrapolate from current trends in technological and scientific research into different possible futures. The range of hoped-for possibilities runs from “simple” biological healing and rejuvenation, to brain and body transplantations and different degrees of bodily and/or nanotechnological improvements, all the way to the recreation of the person in digital form (or even in multiple forms).

Signups for cryonics seem to have exploded in the past five years, during which time three new cryonics providers have emerged. Until five years ago, cryonics had only grown modestly, but signups have picked up on something nearly like an order of magnitude, according to interviews with cryonics providers. Though perhaps fewer than 500 human cryopreservations have taken place, there are now almost 5,000 contracts for future

cryopreservation currently active. And the three new cryonics providers that emerged have recently ‘onshored’ human cryopreservation to Europe, Asia, and Australia (whereas previously only two US providers and one Russian provider offered cryopreservation and storage: Alcor, the Cryonics Institute, and KrioRus, respectively).

There have also been changes in who cryonicists are, how they see themselves, and their view of cryonics and its future – a change that the Human Futures research team has called ‘Cryonics 2.0’ (cf. ERIKSEN 2021, 2023).³ My research points to two major influences on these changes: the ‘mainstreaming’ of interests in anti-aging research, and the ‘Rise of Rationalism’ and its associated movements (Effective Altruism and Longtermism), through which many newer cryonicists join the community (TORSNES 2023).



Fig. 1 Cryonics dewars for long-term storage at Cryonics Institute outside Detroit, USA. Photo: Jack Entremont, 2021.

For most of its history, cryonics has been a key element of *transhumanism*: a movement to enhance the human condition and overcome its existing limitations through science and technology. One of transhumanism’s long-term aims has been to make death avoidable, in some scenarios by freeing the human mind from the biological body altogether. FARMAN (2020) has convincingly argued that transhumanism’s core concerns and assumptions about personal identity, life extension, and technoscience have become more mainstream – a claim this paper substantiates in new ways.



Fig. 2 Dewars at Alcor outside Phoenix, USA, with Alcor’s Mike Perry in the background. Photo: William Dawley, August 2022.

In particular, FARMAN (esp. 2019) has argued that transhumanism’s *digital* ideas about a future of ‘convergence’ have gone mainstream – ideas about the eventual merging of the digital and the biological (through nanoscale biotech and other means), enabling intelligent and (trans)human life outside the body, ‘beyond the carbon barrier’. GIESEN (2018: 197–198) has argued that beliefs in biological-digital ‘convergence’ has grown well prior to the recent explosion of AI capabilities, especially in elite business and policymaking circles. He sketches ‘the infrastructure behind [transhumanism’s] ideological dissemination’, which includes the European Council, the GAFAM firms (Google, Apple, Facebook, Amazon, Microsoft), and institutions like the World Economic Forum (WEF) and the YOUNG GLOBAL LEADERS FORUM (which has included a number of current and former heads of state) (YGL 2024). The WEF and YGL were both founded by KLAUS SCHWAB, who popularized the transhumanist concept of the ‘convergence [of] the digital, physical and biological’ in his 2016 book *The Fourth*

Industrial Revolution, depicting it as another ‘industrial revolution’: the latest step in a series of technological leaps of progress (60).

However, my research focuses on a *biological* route by which transhumanist interests have become mainstream: the growth of interest in *anti-aging* research, emerging prepared by an increasingly common view of aging as avoidable (GUSTAFSSON 2021: 55–57; POWELL 2024; compare TURNER 2007; VINCENT 2008). My analysis interprets anti-aging research using earlier anthropological research into how biomedical technologies are changing assumptions about the relationship between the body, selfhood, and the human condition (LOCK 2002; LOCK & NGUYEN 2018), similar to what has occurred due to organ transplantation (cf. OLIVER 2013), plastic surgery (TAUSSIG 2012; EDMONDS & SANABRIA 2014), and experimental uses of stem cells and hormones (some for anti-aging) (WHYTE & GIBBON 2009; SONG 2010). The concepts of the body and human selfhood destabilized by these new biomedical technologies were themselves, in turn, partly the result of earlier biomedical discourses, such as immunology (LÖWY 1991).

This paper aims to bridge these two sets of findings about how technologies change how the relationship between the body, the human, and selfhood is constructed: first, those by FARMAN and others that *digital* technologies are driving this reimagining; and second, arguments by the medical anthropologists above (and supported by my research) that *biological* technologies may be driving some of these changes (LOCK & NGUYEN 2018: 3–7).

Among many cryonicists, members of the Human Futures research team noted a growing *dis-identification* with explicit transhumanism and its cultural baggage. Instead, we found closer associations, on the one hand, with anti-aging research, and on the other hand with the ‘Rise of Rationalism’ (alongside Rationalist-adjacent movements like Effective Altruism and Longtermism), which have been cited by many younger cryonicists as their first exposure to cryonics (TORSNES 2023).

We have named this trend and its broader context “Cryonics 2.0”: a new phase of cryonics asso-

ciated increasingly with anti-aging (or “life extension”) and Rationalist-adjacent movements. We encountered this shift in our fieldwork, in survey data produced by cryonicists themselves, in interviews with cryonicists themselves, and in statements by leading cryonicists.

Earlier anthropological work has suggested the importance of anti-aging research in transforming ideas about human identity (TURNER 2007; VINCENT 2008), without explicitly linking anti-aging to transhumanist ideas. More recently, JEREMY COHEN (2021) has drawn attention to the close contemporary connection between cryonics and other ‘radical longevity’ movements like anti-aging. Here, though, I draw attention to how cryonicists’ more modest language (like the ‘chosen lifespan’: TORSNES 2023) may seem less radical, and thus be less alienating, than earlier transhumanist language studied closely by COHEN, FARMAN, and BERNSTEIN (such as ‘immortalism’).

This tone of modesty coincides with the second shift (the ‘Rise of Rationalism’) that defines Cryonics 2.0. Cryonicists increasingly learn about ‘real-world cryonics’ through self-described ‘Rationalist’ websites and communities (including the more recent Effective Altruist and Longtermist movements), and this ‘Rationalist’ tone is reshaping how cryonicists talk and think about cryonics (TORSNES 2023: 34–36). This second shift is not fully elaborated in the literature but is highly relevant to broader trends that are ‘mainstreaming’ technoscientific rationality and transhumanist goals. Such Rationalist-adjacent communities seem to have captured the speculative energies of earlier transhumanism *and* to have grown the moral vision of many cryonicists.

This paper is structured more or less chronologically, using the (controversial⁴) acronym TESC-REAL to name the movements that correspond with the shift from Cryonics 1.0 to Cryonics 2.0 – Transhumanism, Extropianism, Singularity, Cosmism, Rationalism, Effective Altruism, and Longtermism. Each half of the acronym pertains to these newer and older versions of cryonics, from the explicit transhumanism of Cryonics 1.0 (TESC-) to the Rationalist-oriented quality of Cryonics 2.0 (-REAL). Sandwiched between these



Fig. 3 & 4 Presentation of the private dewar for Bredo Mørstel in Estes Park, Colorado, USA. Photo: William Dawley, August 2023.

sections on TESC- and -REAL, respectively, are three sections that show evidence of this shift: one section on the anti-aging conferences I attended, where anti-aging medicine has prepared the grounds for a more subtle, ‘implicit transhumanism’; another section on our team’s ethnographic research on how cryonics providers (including new organisations in Europe and Asia) represent themselves (TORSNES 2023); and a third from survey data that provided an opportunity to ‘interface’ closely with the survey’s designer and glean new understandings of how cryonics self-identify and how younger cryonics discovered ‘real-world’ cryonics (WALTORP 2018). But first, the section below reflects on the value of hybrid ethnography and collaborative analysis in the study of cryonics and other futurists.

Methods: Hybrid ethnography and collaboration with interlocutors

My depiction of Cryonics 2.0 relies on a style of hybrid (online-offline) ethnography that articulates closely with recent trends in ethnography, as well as interviews conducted in a semi-structured life-history format to evoke retrospective accounts of our interlocutors’ path to cryonics (and to anti-aging practices as well).

In practice, both online and in-person ethnography were necessary to become familiar with cryonics and their social worlds, given the preponderance of online meetings over offline ones among most longevity enthusiasts and other futurists. In-person, I attended the ‘radical longevity’ summit RAADfest in 2022 with FARTEIN NILSEN and ANNELIN ERIKSEN and, in the following two years, I attended both RAADfest and the more ‘mainstream’ anti-aging research annual conference A4M (the American Academy of Anti-Aging Medicine). I also attended many smaller events, including the Teens and Twenties (T2) event for

young cryonicists in 2023 (a year of returning ‘alumni’), Alcor’s 2023 annual board meeting and conference (coinciding with the transfer of a privately cryopreserved body of a Norwegian man to Alcor’s care) (see Figs. 3–4, 7–8), and the first Global Cryonics Summit (GCS) in July 2024 (where I presented the findings discussed here) (see Figs. 11–12) (DAWLEY 2024). Yet most of these events were often at least partly broadcast and attended virtually, such as the livestreamed portion of the opening conference of the European Biostasis Foundation (EBF) in Rafz, Switzerland, that I was able to attend (where Tomorrow’s cryonicists are in long-term storage). I was also able to spend some time visiting newer and more established cryonics headquarters and facilities (but for a uniquely extensive example of ethnographic research with these organisations, see TORSNES 2023). I also attended some more informal in-person meet-ups, including periodic cryonicist dinner events held in southern California, which have emerged (and reemerged) after the Covid-19 lockdowns. However, even these were organised first online.

‘Online,’ in fact, is the primary space where cryonicists gather. In-person/hybrid events like

those above still remained fewer in number and as a proportion of interactions between cryonicists than their online meetings. Online meetings ranged from being regular, periodic, and special-purpose. Often these online settings allowed me to recruit participants for life-history interviews. And ultimately, the rapport built in combining offline and online interactions made it possible to collaborate and ‘interface’ with my interlocutors over some data they generated about the make-up of their own movement, carrying out an analysis that was clarifying to us and to them (WALTORP 2018).

Figures 5 and 6 below show anonymized examples of these spaces (with the likenesses and names of non-public figures edited out). Many were regular videochat meetings (like the cryonics meeting hosted monthly by Rudi Hoffman (Figure 5), or the Church of Perpetual Life monthly meetup, or weekly meetups like the Other Side Cryonics Hangout). Other videochat meetings are special-purpose and often stretch over a series of meetings, like two book clubs I attended on cryonics, transhumanist, and Rationalist themes. Other cryonics spaces function more like social media. The most continuous and international of

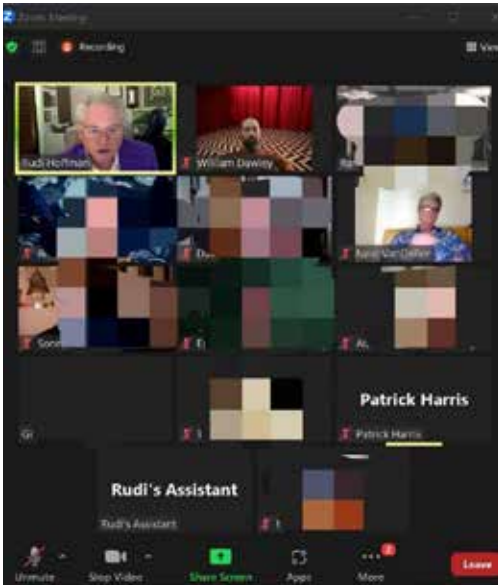


Fig. 5 Monthly cryonics meetup hosted by Rudi Hoffman. Screenshot: William Dawley, January 2024.

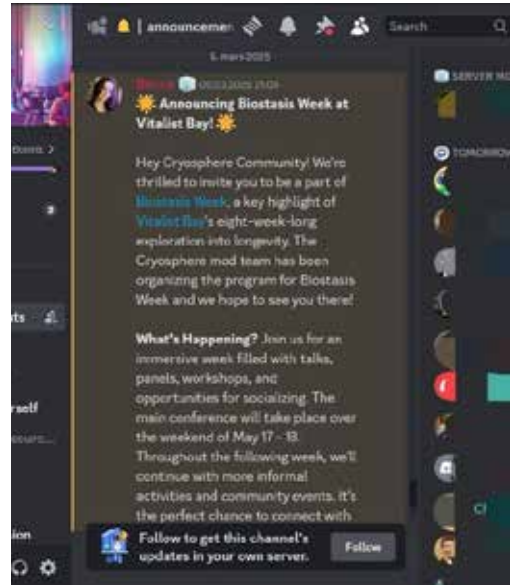


Fig. 6 ‘The Cryosphere’ Discord Server announcements page. Screenshot: William Dawley, March 2025.

these, at present, seems to be the ‘Cryosphere’: the international cryonics Discord server⁵ that hosts dozens of subthreads dedicated to different topics, regions, cryonics providers, and languages (Figure 6). The Reddit server ‘r/cryonics’ has more recently been revived under the same ‘mods’ (moderators) as the Cryosphere. Both servers aid in planning and announcing recurring and special-purpose meetings, both online and off. And thanks to many cryonicists’ ‘extremely online’ lifestyle, even forums like the comments section of cryonics-related YouTube channels (like the Cryonics Underground podcast, the U.S. Transhumanist Party, and Tomorrow) are fairly interactive.

In a way, ‘online forums are “the cryonics community”, for lack of a better term’, as one cryonicist jokingly put it in one of the online book clubs I participated in. The remark highlights both the disaggregated quality of the cryonics community and its ‘extremely online’ quality. It also pointed, in this case, to recurrent efforts to ‘deepen’ the cryonics community both through additional online, small-group settings as well as ‘in meatspace’ (i.e., offline). The organisers of the first annual Global Cryonics Seminar (GCS) called the conference an effort to ‘deepen the cryonics community’ by providing a single, overarching, annual cryonics meeting, and the T2 (Teens and Twenties) event mentioned above was coordinated in 2024 to meet alongside the GCS (rather than alongside the ‘radical longevity’ conference RAADfest, as has been done previously).

Some anthropologists have persuasively argued that hybrid methods are increasingly necessary for many ethnographies of contemporary human lives (PINK, HORST, HJORTH, POSTILL, LEWIS & TACCHI 2016; PRZYBYLSKI 2016). My use of online ethnography and survey data seemed especially necessary given the disaggregated and largely online nature of cryonicists (and of many futurist communities). While I have prior experience with more traditional, in-person ethnography, working closely with churches and support groups where people adopt new identities and ideas about social change (DAWLEY 2018), these communities of cryonicists and other “radical longevity” enthusiasts were different, offering

much fewer regular, face-to-face interactions. In fact, their growth is partly due to their online presence and positive regard for virtual spaces (much like the Rationalist-oriented movements I discuss below). Even the few annual, in-person meetings are simply inconvenient and cost-prohibitive for many: before airfare, RAADfest 2024 cost around \$1,000 USD in admission and hotel costs, and it was held outside summer months in the second week of September.

These costs mean such events constitute only a sliver of the cryonics community. Hybrid ethnography allowed me to attend and participate a much broader swath of the cryonics community and its social activity, to contextualize the meanings and representativeness of the in-person events I attended, and to meet interviewees for life-history interviews on several continents. By following along with the same, day-to-day social networks many of my interlocutors did – before and after meeting many of them at in-person events – it was possible to build rapport with them through different channels – the ‘multi-access’ advantages of hybrid ethnography promoted by anthropologists like RUO-FAN LIU (2022). This research also seemed to confirm LIU’s argument that hybrid ethnography improves upon ‘single-realm ethnography’ by offering the ethnographer ‘multi-positionality’ within different parts of the community and its events; in my case, the different positions I occupied and forms of participation I used differed in small book clubs or meetings compared to large online chat platforms, offering different perspectives in different ethnographic ‘realms’. Attending to these different settings and kinds of participation should ultimately provide a clearer, more accurate representation of the radical longevity community as a whole – including a corrective to my earlier misperceptions about the relationship between cryonics, implicit transhumanism, and ‘the Rise of Rationalism’, discussed toward the paper’s end.

A final advantage of hybrid ethnography is how it can facilitate longstanding ideas about collaboratively produced ethnography (ESTALELLA & SÁNCHEZ CRIADO 2018), with collaboration ‘all the way up and down, and alongside, the course of research’ (MARCUS 2018: xii). The rapport that

resulted from participation in different meetings and settings, particularly from describing my research as an attempt to build a more human and less sensationalistic picture of the community, encouraged a collaborative spirit of analysis, a 'fieldwork as mutually produced *interface* instigated by... curiosity' and the possibility of inhabiting different 'moral worlds' (WALTORP 2018: 126). One high point of this involved an 'interfacing' with leading transhumanists and cryonicists over (non-identifying) survey data gathered by Humanity+ (formerly the World Transhumanist Association) and the 2022 Cryonics Survey, which shaped key parts of my analysis. The Cryonics survey, conducted by Cryonics Underground host MAX MARTY (2023a–b), is especially salient to this paper, connecting the two halves of Cryonics 2.0 by offering weight to the idea of a dis-identification with explicit transhumanism as well as earlier, more anecdotal observations about the 'Rise of Rationalism'. MARTY's willingness to interface closely with me and analyse non-identifying data with me revealed a surprising relationship between age and the rejection of labels like 'transhumanist' and 'Rationalist'; and it showed how youth (and formal education) could help predict which cryonicists would credit Rationalist-adjacent online communities for having introduced them to 'real-world' cryonics. Probably because this collaboration used data already under discussion in cryonics circles, I was subsequently invited to present these findings in cryonics and transhuman spaces, including the first GCS in Miami, as well as to address the audience of the U.S. Transhumanist Party Virtual Enlightenment Salon (DAWLEY 2024; 2025). The feedback from these venues has helped further refine the analysis I offer here.

Before turning to that ethnography, I offer an overview of the changing relationship between cryonics and transhumanism.

'Mainstreaming' transhumanism: From Cryonics 1.0 to 'implicit transhumanism'

Cryonicists were once firmly situated within the transhumanist movement, which portrayed cryonics as the primary and main technology for reaching a future where human limitations like mortality could be overcome (FARMAN 2020, BERNSTEIN 2019). This is characteristic of the phase called the Human Futures research has taken to calling Cryonics 1.0 (cf. ERIKSEN 2021, 2023, TORSNES 2023). Yet many contemporary cryonicists our team encountered revealed the more modest approach typical of Cryonics 2.0, omitting talk of immortalism and transhumanism and instead portraying cryonics alongside anti-aging and other newly-mainstream efforts to achieve biological rejuvenation and superlongevity. This section traces the early association of cryonics with transhumanism and related movements (Cryonics 1.0) before moving onto what annual cryonics and anti-aging meetings show about the 'repositioning' of Cryonics 2.0.

Cryopreservation and transhumanism emerged together at similar moments in the mid-twentieth century. Less than twenty years elapsed between the first cryopreservation of biological material (bovine semen, in 1949) and the first cryopreservation of a human body (James Bedford, in 1967) (KEEP 2023).⁶ During this brief window, the terms 'transhumanism' and 'immortalism' were both coined: the first in Julian Huxley's 1951 speech 'Transhumanism' (BYK 2021), published in 1957; the second in two 1962 books on cryonics that featured 'immortality' in their titles (by ROBERT ETTINGER & EVAN COOPER). All three of these works proposed conquering death and many other human limitations, thereby raising humankind into an augmented, immortal state (FARMAN 2020).

The subsequent spread of both cryonics and transhumanism owed much to the internet – a fact which has remained true of Cryonics 2.0. Much as the survey data and my interviewed seemed to reveal many cryonicists discovering 'real-world' cryonics through Rationalist-adjacent websites like WaitButWhy and LessWrong – often long before they joined a 'CSO' (Cryonics

Service Organisation) or met other cryonicists – so too did the first organised group of transhumanists meet one another online via the ‘Extropian’ listserv (MCCLELLAN 1995; REGIS 1994).

One way to distinguish Cryonics 1.0 from Cryonics 2.0 is to distinguish between an early, explicit transhumanism and a recently implicit transhumanism. ‘Explicit transhumanism’ is an explicit ideology that embraces science and technology as the path to create, not merely new cultural and social forms, but a new ‘posthuman’ condition, departing from what many assert or take for granted about the human species and condition (BIALECKI 2022; HUBERMAN 2021; FARMAN 2020; PILSCH 2017; BERNSTEIN 2019). ‘Implicit transhumanism’ is a term that seems to have been suggested almost incidentally by Genady Stolyarov, the Chair of the US Transhumanist Party (TVES 2020, 15:33); it describes how transhumanist goals, like life extension and human enhancement, have gradually become mainstream thanks to developments in fields like AI and anti-aging. It describes the context for Cryonics 2.0, wherein transhumanism has become relatively more ‘mainstreamed’ and the transhumanist label itself is frequently shed.

Explicit transhumanism, after growing online, first became institutionalised in the World Transhumanist Association (now Humanity+), which was founded in 1998 by philosophers Nick Bostrom and David Pearce, then further organised by bio-ethicist James Hughes (HUGHES 2019; 2021; SENNESH & HUGHES 2023). Numerous scientific figures signed WTA’s Transhumanist Declaration (HUMANITY+ 2023). The eight-point statement begins, ‘Humanity stands to be profoundly affected by science and technology in the future.’ From here, it presents transhumanism’s expansive sense of future possibilities, especially *posthuman* and *far-future* ones: ‘We envision the possibility of broadening human potential by overcoming aging, cognitive shortcomings, involuntary suffering, and our confinement to planet Earth,’ as well as our responsibility to the sentience and suffering of all ‘future artificial intellects, modified life forms, or other intelligences to which technological and scientific advance may give rise’. The posthuman condition ranges

from genetic modifications that can obviate aging and mortality, to ‘upgrading’ our biological ‘wetware’ with more durable materials and advanced capacities, to replacing the body entirely.⁷ And the *far-future* includes space exploration and colonisation, partly made possible by posthuman forms of life and the ‘substrate-independence’ of the mind (its transferability to other bodies and mediums).

‘Extropianism’ captured the sense of posthuman life expanding outwards in time and space. It spread first through the writings of Max More, who founded the journal *Extropy* in 1988, started the Extropian listserv in 1991, and penned the Declaration of Extropian Principles in 1995, some three years prior to the Transhumanist Declaration. Like that later declaration, the Extropian Declaration heralded ‘a technological transformation ... accelerated by genetic engineering, ... intelligence intensifiers [,] swifter computers[,] enormous and interconnected databases[,] artificial intelligence, [and] artificial life’ (MORE 1995)

These final aspects of Extropianism have often been conceptualised by transhumanists as a ‘Singularity’ (the S of TESCREAL): a point in time when self-upgrading AI programs merge into a single, nearly omnipotent intelligence. The singularity was popularised in the 2005 bestseller, *The Singularity is Near*, written by cryonicist and key transhumanist figure RAY KURZWEIL, who was subsequently hired as Google’s chief engineer. Much like a black hole’s singularity, many Singularitarians posited that nothing beyond this point is knowable.

Cosmism (the C of TESCREAL) preceded transhumanism, Extropianism, and Singularitarianism to some extent. It emerged from philosopher and theologian Nikolai Fedorov’s late 19th-century hopes to unite humanity in humanity’s ‘Common Cause’ (*obshcheye delo*): to scientifically resurrect the dead, overcome mortality, and explore the cosmos in an enhanced corporeal (and moral) state (BERNSTEIN 2019). Tellingly, Russia was, until recently, the only other country than the US to house a cryonics service organisation (CSO).

Most notable here is how the movements of TESC- have imagined immortality and space colonisation together since the Cosmism emerged



Fig. 7 Stickers handed out at the annual Alcor Board Meeting. Screenshot: William Dawley, August 2024.

days. Though Cryonics 2.0 less often articulates cryonics explicitly with space-colonizing, post-human far-futures, this vision remains present in more subtle and implicit ways. For instance, see figure 7 of stickers distributed at the 2023 Board Meeting of Alcor (one of two US cryonics providers). Other in-group discourses also preserve the connection: cryonicists have long tossed around the term ‘cryonaut’ for themselves, emphasizing the futuristic and exploratory nature of cryonics. ‘Cryonauts’ were also the name chosen in 2022 for the NFTs (non-fungible tokens) that were issued (or ‘minted’) by LONGEVITYDAO (2022), a group using cryptocurrency and other blockchain mechanisms to fund cryonics research.

Cryonics 2.0 has been shaped by a different set of scientific developments, such as advances in AI and anti-aging medicine. While transhumanists have long awaited AI acceleration as precursor to the Singularity, recent, rapid AI development only achieved broad, public awareness in 2023,

thanks to public-facing, generative AI programs like ChatGPT and audiovisual programs. These programs excited both hopes and fears in the public – and in AI researchers themselves. Early on, in March 2023, major AI companies and developers signed a public letter for a 6-month pause on AI development (with a few longtime transhumanists going further, see below) (FLI 2023).

Those involved in cryonics and anti-aging have leaned instead on hopes that AI might continue to resolve biological research problems, and for good reason. At both the RAADfest and A4M anti-aging conferences, presenters praised AI’s ‘solution of the protein folding problem’ – once considered a nearly-impossible feat (SPARKES 2023) (see fig. 8).

As Figure 9 suggests, even mass media outlets prone to sensationalism and suspicion have depicted AI more favorably when it is used for medical advances. Below, in Figure 9, is another example, here from the *Daily Mail*, whose headline shows AI ‘combating’ known aging-related diseases like Alzheimer’s by speeding up the discovery of possible treatments (e.g., MORRISON 2023):

This shift corresponds with the extent to which anti-aging leaders have also veered increasingly away from ‘immortalist’ discourses, as others have described (e.g., BERNSTEIN 2019: 177). In one example from a recent interview (FERRANDO 2002), Aubrey de Grey, the longtime researcher of reversing age-related cell damage (himself a cryonicist) eschewed any connection between his



Fig. 8 Headline from New Scientist article describing DeepMind AI’s decoding of protein folding biology as a ‘breakthrough that will speed drug development and revolutionise basic science’. Screenshot: William Dawley, March 2025.



Fig. 9 Headline from Daily Mail article on AI-assisted analysis of drug compounds for diseases. Screenshot: William Dawley, March 2025.

work and immortality *per se*, insisting that he merely wanted to do away with age-related morbidities.

To examine this turn toward anti-aging, I turn to different findings from my hybrid ethnography in the following three sections: first, the anti-aging conferences I attended, and the ways in which anti-aging medicine has prepared the grounds for a more subtle, ‘implicit transhumanism’; second, the way the growth of new cryonics providers revealed some of these conceptual shifts to Cryonics 2.0 just mentioned; and third, survey data I collaboratively analysed with the survey’s designer, in an example of the “interfacing” described in the methods section after the introduction.

RAADfest and A4M: where implicit and explicit forms of transhumanism meet

Two anti-aging conferences – the consumer-facing RAADfest (the Revolution Against Aging and Death festival) and the practitioner- and researcher-facing A4M (American Academy of Anti-Aging Medicine) – reveal how, alongside the growth of anti-aging, anxieties about its nearness to transhumanist hopes make many participants uneasy about hints of explicit or digital forms of transhumanism. While RAADfest occasionally featured some explicit transhumanism, the questions of digital transhumanism and immortalism were more sensitive topics – and A4M avoided them even where they might have cropped up.

After attending RAADfest digitally in 2021, ANNELIN ERIKSEN had remarked to members of the Human Futures project how many presentations encouraged activities not remotely identifiable as transhumanist, including guiding the audience members through bone density exercises, addressing sleep quality and vitamin deficiencies, and suggesting blood tests to assess aging-related ‘biomarkers’. I attended RAADfest in 2022 with other members of the Human Futures team, and during 2023 and 2024 I also attended both RAADfest and A4M. These anti-aging conferences, fuelled by the mainstream success of researchers on aging like George Church and of anti-aging

books like Peter Attia’s 2023 bestseller *Outlive*, featured a widespread sensitivity about being associated with more explicit or digital forms of transhumanism, while in other ways making space for more implicit or more biological aspects of transhumanist hopes. And both A4M and RAADfest also featured presentations about more experimental cell and gene therapies for age-reversal, available only at ‘offshore clinics’ (in countries where they are legal).

RAADfest’s organizers persisted in at least some explicit transhumanism, influenced by members of the Coalition for Radical Life Extension, its hosts. RAADfest included presentations from anti-aging researchers like Liz Parrish and Bill Andrews, the former being a vice-presidential candidate for the 2020 US Transhumanist Party, and the latter a vocal cryonicist. The Coalition also includes Bill Faloon: a major, early, and persistent funder of cryonics and anti-aging research, and founder of his own immortalist “church” in Florida (the Church of Perpetual Life) (COPL), which he said he founded in part to bring together all radical longevity enthusiasts (Faloon 2023). Finally, the Coalition also includes the leaders of People Unlimited, another, longstanding immortalist community outside Phoenix, Arizona (COHEN 2019).

Despite these connections, interest in cryonics or in digital posthuman conditions was rare – not only at RAADfest but even in the immortalist communities above.⁸ And posthuman interests were absent entirely at A4M. Instead, the main focus of RAADfest and A4M was on accelerating research and medical applications: presenters blamed US regulations by the Food and Drug Administration for not speeding up human trials or expanding patient eligibility for the ‘Right to Try’ (i.e., the right to participate in experimental treatments) to those not (yet) declared terminally ill.

At RAADfest 2023, Elizabeth Parrish (famous for undergoing early experimental gene therapies she helped develop) received the conference’s Bacon Prize, named for Francis BACON’S (2000[1627]) early admonition that medicine and science be used for human betterment. The award was presented by Aubrey de Grey and Bill Andrews (whose research team discovered telomer-

ase, implicated in the aging of chromosomes and their telomeres – the substance tested on Parrish) (MOHAMMADI & DAVIS 2016). Her award ceremony made no mention of immortalism or transhumanism, even though all three onstage were linked to these movements. The same was true the following year at RAADFest 2024, when Parrish awarded the Bacon Prize to Greg Fahy. Though a longtime cryonicist, Fahy was celebrated on stage as the former head of the Society for Cryobiology (the mainstream science) and as a researcher working on regenerating the thyroid and reducing one's 'epigenetic' age.

Indeed, even at RAADFest there was some apparent hostility to explicit transhumanism and post-biological futures. While Parrish and Fahy's achievements seemed to elicit awe in most audience members in 2023 and 2024, many attendees in 2022 exited the ballroom as the keynote speech by Singularitarian Ray Kurzweil was introduced. Similar evacuations occurred when AI specialist Ben Goertzel took the stage and introduced the nursing robot 'Grace' ('sister' to the more famous Sophia). And when Gennady Stolyarov, head of the US Transhumanist Party, asked whether the crowd wouldn't enjoy the brain-implanted computing presented by one presenter, Nuno Martins of UC Berkeley, or the possibility of uploading their minds and living forever in new bodies, some booed in disagreement (DAWLEY 2022). Many anti-aging enthusiasts clearly sought to distance themselves from posthuman visions of 'living beyond the carbon barrier' (GIESEN 2018; FARMAN 2019).

Such distancing was an even stronger dynamic at the 2023 A4M conference. A4M addresses itself more to practitioners, clinics, and health spas than does RAADFest. Accordingly, researchers presenting at A4M made even more modest claims and seemed to face higher scrutiny from audience members about how experimental (or scientific) their approaches were. When AI was mentioned at the 2023 A4M conference, it was usually as a tool to solve biological aging – not as a vehicle for posthuman life. For example, although the keynote speaker, Peter Diamandis, co-founded Kurzweil's 'Singularity University', his speech avoided any mention of Singularitarian or

posthuman futures. Instead, he focused on AI's role in fuelling medical advances, ending aging, and producing a post-scarcity future (Diamandis 2012). Rather than a far-future 'Singularity', the key inflection point mentioned by Diamandis and other A4M and RAADFest presenters was 'Longevity Escape Velocity' (LEV): a hypothesised stage when the annual, age-related damage to the body would be countered or even exceeded by decreases in 'biological age' – thus 'escaping' the necessity of biological death, but not of biology itself.

Anti-aging thus reflects the broader pattern for Cryonics 2.0: muting or omitting immortalist, posthuman, and post-biological visions of both explicit transhumanism and Cryonics 1.0 in order to speak to a broader audience. The paper's following two sections trace two further spaces for observing cryonicists' changing identifications and public discourse: first, in encounters with newer cryonics organisations; and second, in recent survey data from cryonicists (collaboratively analysed by MAX MARTY and myself, with help from sociologist Carlos DelClos). Together, these spaces also suggested the second half of Cryonics 2.0: the influence of the more contemporary-REAL movements (Rationalism, Effective Altruism, and Longtermism).

The new CSOs of Cryonics 2.0: detecting conceptual shifts in Europe and elsewhere

As this paper's introduction mentioned, three new CSOs have opened in the past five years: one in Western Europe (Tomorrow/EBF), one in Australia (Southern), and one in China (Yin Feng). Currently, they house less than 100 patients in total – most of them at Yin Feng. The self-representation of these new CSOs (and the changing representation of the earlier CSOs) reflects the Cryonics 2.0 era. Here I focus on the presentations and statements of their leaders online and at conferences, including EBF's 2022 inaugural conference and the presentation of Yin Feng at GCS 2024 in Miami.

Both Tomorrow/EBF and Southern Cryonics appear to follow the pattern of Alcor and Cryonics

Institute: quiet labs with few full-time employees and tight security. This pattern is exemplified by the following presentation slide from GCS 2024, by Alcor’s current CEO:



Fig. 10 James Arrowood, CEO of Alcor, at the 2024 Global Cryonics Summit. Photo: William Dawley, July 2024.

By contrast, Yin Feng houses its cryonics services within a larger organisation: the Yinfeng Life Science Research Institute (YLSRI). YLSRI focuses on cryopreservation very broadly, including human tissues and organs – and most commercially, the storage and preservation of reproductive cells for assisted reproductive medicine (see the slide below from GCS 2024):



Fig. 11 Yin Feng presentation at the 2024 Global Cryonics Summit. Photo: William Dawley, July 2024.

The YLSRI is one of 25 divisions of the Yinfeng Biological Group (YIN FENG BIO 2023), which is itself one of three business sectors operated by Shandong Yinfeng, a firm with a current market cap of 2 billion renminbi (275 million USD). Yin Feng’s lead cryopreservation expert, Aaron Drake (formerly of Alcor), commented positively on this arrangement: ‘Alcor doesn’t partner with any

medical facilities ... [But at Yin Feng] we work with surgeons, anaesthesiologists and perfusionists [people who operate heart-lung machines]. It is a large, research-based project,’ working closely with ‘organ transplants ... and other medical procedures’ (YAU 2020).

Yet this integration with more mainstream science and cryopreservation uses is exactly what Tomorrow, Alcor, and other CSOs have sought. For example, Alcor’s CEO expressed his desire to link his organisation with organ preservation at the 2023 annual Alcor Board meeting:

In talking to members, I said, why did you sign up with Alcor? What are you doing here? And... they ultimately said, I want to contribute, and I want to be a part of the science, I want to be a part of this “Apollo moon landing” mission where we’re working to preserve organs, preserve the brain, and ultimately have that be useful for ourselves and for society (ALCOR 2023: 6).



Fig. 12 From Tomorrow Bio’s website section on Geographic coverage, showing from where cryopreservation medical standby teams can be sent. Screenshot: William Dawley, March 2025.

Immortalism, as SIGRID TORSNES (2023: 61–67) has written, is something many CSOs seemed eager to disidentify with, despite the titles of recent ethnographies of cryonics (BERNSTEIN 2019; FARMAN 2020). When TORSNES mentioned the ‘I-word’ to a group of cryonics researchers, she was met by shrugs, until one offered, ‘Ah, you know, we don’t really like that word’ – to which the others nodded in assent (TORSNES 2023: 62). As TORSNES argues, the framing preferred by Tomorrow and other contemporary CSOs is that of the ‘chosen lifespan’. CSOs and many ordinary cryonicists in the Cryonics 2.0 era are focused on appearing serious and scientifically-minded (much like the -REAL movements I cover near the paper’s end), so anything that might have

them labelled ‘irrational’ or ‘a cult’ (as several interlocutors mentioned) is avoided (TORSNES 2023: 82–83).



Fig. 13 YouTube video from TOMORROW BIO (2023a), 10 May. Note use of ‘cryopreservation’ in the main video title. Screenshot: William Dawley, March 2025.



Fig. 14 YouTube video from TOMORROW BIO (2023b), September 22. Note use of ‘cryopreservation’ in the video preservation (but ‘cryonics’ in the title). Screenshot: William Dawley, March 2025.

It was this shift that made sense of the frank way in which Emil Kendziorra, head and co-founder of Tomorrow and EBF, asserted during an interview, ‘I am not a transhumanist’. As Tomorrow experiences rapid growth, with 800-plus contracts in 27 European countries and six cryopreservations performed by December 2025, Kendziorra has made an effort to present Tomorrow and EBF not only as bringing cryopreservation services and research to Europe (and recently to North America) (see map above) but also as *mainstreaming* cryonics by professionalizing it and by making it otherwise compatible with mainstream science. Tomorrow and EBF even skirt the word ‘cryonics’ in most discussions, preferring the broader terms

‘cryopreservation’ (which can also apply to organ and tissue preservation) and ‘biostasis’ (any method of suspending life processes) (TORSNES 2023: 6). Figures 14–16 below show some examples of this terminology. These newer terms, together with the anti-aging/rejuvenation language some of the scenes below suggest, constitute a broad effort to portray their services as professionalised ‘normal science’. ‘[Our] primary goal,’ begins EBF’s mission statement, ‘is to advance research protecting humans from harm and degradation’ through ‘state-of-the-art technology and medical practice’ (EBF 2023). Tomorrow’s professionalisation efforts also include making a licensed physician, Irishkesh Santhosh, head of the cryopreservation team responsible for surgical and SST (standby, stabilisation, and transport) services. It also involves experimentation and training with bodies donated to medical research to improve the outcomes of cryopreservation.

Tomorrow’s best-known mainstreaming efforts include shareable explanatory videos about cryopreservation and Kendziorra’s AMA (Ask me anything) livestreams, both of which foreground scientific findings and practicalities for customers (TOMORROW BIO 2023a; 2023b; 2021; 2022) (see screenshots of them in Figures 14–16). These videos were regarded in the cryonics community as an ideal method of making cryopreservation seem more palatable and credible. Kendziorra went further, framing the videos as a way to attune cryonics with scientific and medical frameworks, such as ‘informed consent’ about participating in experimental treatments. After providing this information, he said, ‘I think that it is right and morally correct to – if possible, if *medically* possible – give people the chance to live however long they want.’ It was not merely that earlier European generations were *intellectually* unaware of cryonics, he said, but that, lacking familiarity with scientific advances, they were *culturally* unready for ideas like the ‘chosen lifespan’, left to make decisions based on religious and family traditions. Tomorrow’s rapid expansion, Kendziorra said, gave him confidence in Tomorrow’s approach to marketing and medical professionalism (TORSNES 2023: 44, 56), which Figures 15 and 16 show, respectively:



Fig. 15 YouTube video from TOMORROW BIO (2021), 9 July. Note the close link to rejuvenation and biological revival in the scene shown. Screenshot: William Dawley, March 2025.

The identities of Cryonics 2.0

This section’s analysis derives from a close ‘interfacing’ with MAX MARTY in analyzing and re-coding survey data from the Cryonics Survey of 2022, which he designed in collaboration with two unnamed cryonicists (2023a–b). This interfacing itself happened both online and in-person and was probably at least partially made possible by the hybrid methods employed (see the Methods section).

The 2022 Cryonics Survey received almost 250 responses, 60% of whom had purchased cryonics contracts, 25% of whom intended to, and 10% were undecided but ‘cryo-curious.’ Although some of the survey data merely clarified our research team’s ethnographic observations, other parts produced, through a collaborative analysis with cryonicists, significant revisions and reinterpretations of our research team’s initial findings.

Age and gender data largely matched what interviews with leaders at Alcor and Tomorrow suggested, such as an average sign-up age somewhere in the mid-30s. Kendziorra suggested most Tomorrow sign-ups were in their mid-30s – an age suitable, he thought, for many of them both to afford the required life insurance payments and to reflect on a future of aging. Although MARTY’s (2023a) survey did not ask directly about the age when cryonicists sign up with a CSO, the data suggests a similar figure: the respondents’ average age was 43 – and the average signup was ten years prior.



Fig. 16 Gender identities of respondents to the Cryonics Survey of 2022 (MARTY 2023b). Graphic: William Dawley, March 2025.

Likewise, cryonicists’ well-known gender imbalances were made legible by the 2022 survey (see Figure 17). Around 84% and 11% of total survey respondents identified as male and female, respectively:

The widespread sense that many cryonicists work in ‘tech’ and had extensive formal education was fleshed out by responses to Questions 36 and 37 of the 2022 survey (MARTY 2023a). Almost 4-in-10 survey respondents identified as working in the tech-sector (37.5%). Another 4-in-10 reported working in either research and academia (26.5%) or healthcare (12.5%). And nearly 40% had master’s or doctorate degrees, compared to 15% of total US residents over age 25 (US CENSUS DATA 2019).

Educational data showed *almost half* of respondents were trained as ‘engineers’ – if computer science (31%) and engineering degrees (14.5%) were combined (given how many IT jobs are classified as ‘software engineers’). Even more might be classified as STEM graduates, given how many reported math (15%) engineering (14.5%), biology (9%) and economics (6%) as their highest-earned degrees.

Similarly, comments about high levels of autism in the cryonics community was corroborated somewhat in the survey. While comparison is difficult, since base-rate estimates for autism spectrum disorder vary highly by method, most estimates remain well within the single digits (CHIAROTTI & VENEROSI 2020; MAENNER *et al.* 2021). Yet over 30% of respondents identified

themselves as somewhere on the autism spectrum (MARTY 2023a).

The survey also addressed how varied cryonists' views of biological and post-biological futures are. On one hand, whole-body cryopreservation signups outnumbered 3-to-1 signups for cryopreservation of the head or brain alone (73 to 27%), among those with completed or nearly-completed cryonics contracts (60% of the total). Only a slight majority of respondents thought consciousness could *in principle* exist in digital or non-biological form (between 55-60%, depending on interpretations of valid responses) (MARTY 2023b). This suggests a greater (or perhaps persistent) faith in biological futures (versus post-biological ones) than otherwise might be assumed.

A question of whether the self *could* be successfully uploaded (see Figure 18) also divided respondents. Slightly less than half (48.5%) thought a brain that was 'destructively scanned' and then uploaded 'is "you" in the ways that you feel matter'. Yet 'No' responses were split as to *why* the upload was not "you". Some 28% of respondents suspected there would be 'a break significant enough' in the 'continuity between my present self and that self', while 24% would not 'expect to open my eyes from within that conscious entity in the same way that I expect to do so in this body tomorrow morning':

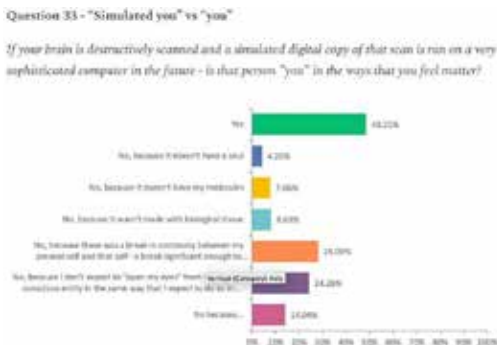


Fig. 17 Respondents answer a question about whether a copy of their brain would be them in the Cryonics Survey of 2022 (MARTY 2023b). Note the attention to different ideas about the self, interpreted through technology. Graphic: William Dawley, March 2025.

But the most significant clarification produced by this collaborative 'interfacing' was the second major 'leg' of Cryonics 2.0: the 'Rise of Rationalism' and the growing relationship between cryonics and -REAL (Rationalism, Effective Altruism, and Longtermism). Respondents were given the option to affirm any number of relevant identities, including Transhumanist, Rationalist (or Rationalist-Adjacent), Futurists, and Life Extension Enthusiasts (although Longtermism was unfortunately not included):

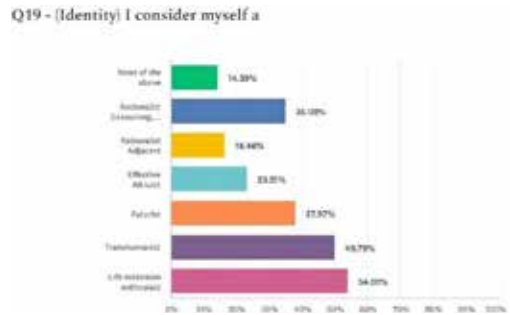


Fig. 18 Respondents answer a question about which identities they consider themselves in the Cryonics Survey of 2022 (MARTY 2023b). Graphic: William Dawley, March 2025.

The responses, shown in Figure 19, resonate with the findings of my interviews and observations: they show an increasing identification of cryonists as Rationalist or Rationalist-Adjacent (which reached 51% when combined) rather than as Transhumanist (just under 50%) (cf. TORSNES 2023: 34-36, 55). They also suggest an even closer association with anti-aging and 'life extension' (54%) than with futurism (38%), which was also surprising.

Still, the relationship between identity shifts and age was more complicated than expected. Yes, younger cryonists were often increasingly likely to become cryonists through Rationalist online culture. But older survey respondents (and not just cryonics leadership) had become *significantly less* likely to accept *any* of the identity labels offered, including transhumanism: as the correlations in Table 1 show, age is strongly negatively correlated with identifying as Rationalist and/or Rationalist-Adjacent (p=0.005), or as an

Correlations

		DontConsider	Rationalist	RatAdjacent	Rat+RatAdjacent	EffectiveAltruist	Futurist	Transhumanist	LEnthusiast	Age (yrs)
DontConsider	Pearson Correlation	1,000	-,289 _a	-,176 _a	-,377 _a	-,217 _a	-,308 _a	-,389 _a	-,423 _a	-,098
	Sig. (2-tailed)		,000	,006	,000	,001	,000	,000	,000	,143
	N	244	244	244	244	244	244	244	244	226
Rationalist	Pearson Correlation	-,289 _a	1,000	-,124	,767 _a	,379 _a	,204 _a	,326 _a	,129 _a	-,164 _a
	Sig. (2-tailed)	,000		,092	,000	,000	,001	,000	,044	,014
	N	244	244	244	244	244	244	244	244	226
RatAdjacent	Pearson Correlation	-,176 _a	-,124	1,000	,466 _a	,139 _a	,014	,048	-,010	-,100
	Sig. (2-tailed)	,006	,052		,000	,029	,825	,457	,873	,132
	N	244	244	244	244	244	244	244	244	226
Rat+RatAdjacent	Pearson Correlation	-,377 _a	,767 _a	,466 _a	1,000	,399 _a	,169 _a	,294 _a	,085	-,185 _a
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000		,000	,008	,000	,183	,005
	N	244	244	244	244	244	244	244	244	226
EffectiveAltruist	Pearson Correlation	-,217 _a	,379 _a	,139 _a	,399 _a	1,000	,197 _a	,322 _a	,121	-,187 _a
	Sig. (2-tailed)	,001	,000	,029	,000		,002	,000	,060	,005
	N	244	244	244	244	244	244	244	244	226
Futurist	Pearson Correlation	-,308 _a	,204 _a	,014	,169 _a	,197 _a	1,000	,331 _a	,371 _a	-,014
	Sig. (2-tailed)	,000	,001	,825	,008	,002		,000	,000	,830
	N	244	244	244	244	244	244	244	244	226
Transhumanist	Pearson Correlation	-,389 _a	,326 _a	,048	,294 _a	,322 _a	,331 _a	1,000	,330 _a	-,301 _a
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,457	,000	,000	,000		,000	,000
	N	244	244	244	244	244	244	244	244	226
LEnthusiast	Pearson Correlation	-,423 _a	,129 _a	-,010	,085	,121	,371 _a	,330 _a	1,000	-,062
	Sig. (2-tailed)	,000	,044	,873	,183	,060	,000	,000		,353
	N	244	244	244	244	244	244	244	244	226
Age (yrs)	Pearson Correlation	,098	-,164 _a	-,100	-,185 _a	-,187 _a	-,014	-,301 _a	-,062	1,000
	Sig. (2-tailed)	,143	,014	,132	,005	,005	,830	,000	,353	
	N	226	226	226	226	226	226	226	226	226

a. Significant at .05 level

Table 1 Correlations between age and different identities (from Question 19 above) in the Cryonics Survey of 2022 (MARTY 2023b). Note in the last row (age) that the most significant negative correlation (the second number, where smaller indicates greater significance) is produced by combining Rationalist and Rationalist-Adjacent responses (column 4). Note in the last row (age) that identification with transhumanism (the seventh column) is the most significant negative correlation of all (the second number, where smaller indicates greater significance). Photo credit: William Dawley, March 2025

Effective Altruist (0.005) – but even more negatively correlated with Transhumanist identity (0.000).

Further analysis of respondents’ Location data showed that the strongest correlation between Location and Transhumanist identity came from a recoding that showed respondents from a country *without* English as the main language. Taken together, these findings may suggest that Transhumanism (as a label) does not carry the same baggage among younger cryonicists and those outside the Anglophonic world.

‘The Rise of Rationalism’ as a cultural phenomenon also seemed to explain one of the most fascinating questions about *how* young cryonicists come to find out about cryonics. Survey respondents were asked to recall where they first learned about *real-world cryonics*. Rationalist and Rationalist-adjacent websites like LessWrong and WaitButWhy were the most recurrent answers (cf. TORSNES 2023: 34–36).

Only age and education were shown to explain whether respondents found real-world cryonics through Rationalist sites. Multiple regression analysis models found that, despite other correlations, only age and (to a lesser extent) having finished a bachelor’s degree education appeared to be statistically significant explanations for whether these websites were the initial point-of-contact with real-world cryonics. Together, age and education could explain between 35 and 50% of the likelihood of learning about real-world cryonics through Rationalist-adjacent sites, according to one analysis (see Table 2).

The collaborative analysis that allowed for this closer look at the survey not only helped better explain the constant mention of Rationalist sites during interviews but also pointed to the much broader drift toward Rationalism – one which has until recently not been well elaborated in the existing literature on cryonics. The next section turns to these newer movements: Rationalism, Effective Altruism, and Longtermism – the ‘REAL’ of the TESCREAL acronym.

Model Summary			
Step	-2 Log Likelihood	Cor & Smeil R Square	Nagelkerke R Square
1	78.227 ^a	.353	.491

^a Estimation terminated at iteration number 8 because parameter estimates changed by less than .001.

Classification Table ^a					
Observed		Predicted		Percentage Correct	
		Other	W		
Step 1	1=IRationalist-L/W/W/W/W	Other	53	18	84.1
	2=IRA+L/W/W/W	Other	11	26	84.8
Overall Percentage					77.8

^a The cut value is .500.

Variables in the Equation						
Step 1 ^a	Model	B	S.E.	Wald	df	Sig.
	Male	.513	.850	.365	1	.549
	Age (yr)	-.136	.032	17.414	1	<.001
	FinishCollege	1.587	.693	8.082	1	.005
	NativeEnglishCountry	-.387	.591	.443	1	.506
	Constant	2.829	1.159	5.938	1	.015

^a Variables entered on step 1: Male, Age (yr), FinishCollege, NativeEnglishCountry

Table 2 Results of a multiple-regression analysis showing the predictive power of four different variables in determining whether respondents learned about real-world cryonics through Rationalist and Rationalist-Adjacent websites: gender, age, finishing a bachelor's (the most predictive recoding of education), and location in a country with English as a main language (the most predictive recoding of a respondent's location). Note in the third table that only age and education were statistically significant predictors of learning about real-world cryonics through these websites (rows 2 and 3). Note in the first table that this model's predictive power in determining whether respondents learned about real-world cryonics through these sites (R-squared) was between 35 and 50% of the total variation. Graphic: William Dawley, March 2025.

The 'Rise of Rationalism': Rationalism, Effective Altruism, and Longtermism in Cryonics 2.0

Before tracing the rough chronology of each of these movements (and their relationship with cryonics), it is worth describing each of them and their relationships to TESCREAL as a whole. The contemporary Rationalism movement (distinct from the seventeenth-century philosophy) emerged much like transhumanism and Extropianism: as a 'tech movement' or social movement that 'acts on' new technological developments as key to social change (HEPP & SCHMITZ 2023). Rationalism saw itself as a practical philosophy of shaping the future by 'training and applying' rational and scientific decision-making and by avoiding cognitive biases (OVERCOMINGBIAS 2024; LESSWRONG 2019; KAHNEMAN 2011).

In turn, Effective Altruism (EA) and Longtermism are the dominant strains of trying to apply these Rationalist principles to broader social, technological, and ecological issues. Effective Altruism (EA) is, in the words of its founder, 'the project of using evidence and reason to figure out how to benefit others as much as possible and taking action on that basis' (MACASKILL 2017: 2). EA individuals and institutions often try to measure and establish standardized metrics of the per-dollar benefit done by particular actions, in order to override the cognitive biases and distorted perceptions that may entice altruists' time and money to less effective causes. One such healthcare-derived metric, 'QALYs' (quality-adjusted life-years), is sometimes used to compare different interventions on patient quality of life over time. The EA organisation 'Giving What We Can' offers QALY-per-dollar assessments of different charitable foundations, encouraging members to start by giving 10% to the highest-ranked charities. Another EA organisation, 80,000 Hours, helps Effective Altruists choose and change careers that will maximise the good they do. (It is named by multiplying the standard, 40 hours per workweek by 50 weeks annually over 40 years).

In some ways, EA is simply a Rationalist flavour of a perennial moral universalism which argues that ethical responsibilities should transcend geographic and relational boundaries or distances. MACASKILL (2017: i) and others often credit philosopher Peter SINGER as the movement's forefather for his contemporary restatement of this ethical calculus when he argued, in the wake of the Bengali cyclone and the Bengali civil war, 'It makes no moral difference whether the person I can help is a neighbour's child ten yards away from me or a Bengali whose name I shall never know, ten thousand miles away' (SINGER 1972: 231-232).

'Neartermist' EA thus applies Rationalism to altruism as it is usually understood (as concerned with present or near-term), But 'Longtermists' extend EA into the "long, long term" (ROMAIN 2010). By expanding SINGER's equal regard for suffering into the far-future, thus *ignoring temporal distance* as well as geographical or cultural distance, they grant equal weight to future lives.

These long-term calculations quickly depart from Neartermist concerns, invested in preventing an unimaginable proliferation of sentient life (in biological and digital form) over an expansive, Extropian-like future of millions, billions, or even trillions of years from being utterly snuffed out, either by extinction events or by ‘unrecoverable dystopias’ that might themselves harbour untold number of sufferers (ORD 2020: 138–158; MACASKILL 2022: 68–131).

Table 3 and Figure 20 below illustrate why Longtermists consider these expansive far-futures far weightier than concerns about the next 100 years shared not only by Neartermists but also by many global policymaking bodies. Table 3, from *The case for strong Longtermism* by HILARY GREAVES & WILLIAM MACASKILL (2021: 8), starts by calculating the Earth’s carrying capacity for mammalian life, then shows how this carrying capacity would explode if sentience expanded into digital lifeforms, and finally extrapolates both possibilities into a future where life expands throughout our solar system or throughout the galaxy, allowing for 10 trillion years before extinction (10¹¹ centuries). In the most expansive of these scenarios, the authors estimate a total of 10⁴⁷ sentient lives – some 10,000,000,000,000,000,000,000,000,000,000,000,000,000,000 times greater than the earth’s present carrying capacity (10¹⁰) for sentient lives throughout an entire century:

Scenario	Duration (centuries)	Carrying capacity (lives per century)	Number of future lives
Earth (mammalian reference class)	10 ⁸	10 ¹⁰	10 ¹⁸
Earth (digital life)	10 ⁸	10 ²⁴	10 ³²
Solar System	10 ⁸	10 ²⁴	10 ³²
Solar System (digital life)	10 ⁸	10 ²⁴	10 ³²
Milky Way	10 ¹¹	10 ²⁴	10 ³⁵
Milky Way (digital life)	10 ¹¹	10 ²⁴	10 ³⁵

Table 3 Future “carrying capacity” scenarios typical of longtermist calculations. From *The case for strong Longtermism* (GREAVES & MACASKILL 2021).

Figure 20 shows how the ‘weaker’ cases for Longtermism still use at least a million-year time frame. Even this weaker Longtermism, restricted to earthly, human lives, shapes a very different moral calculus than that used by Neartermists as

well as other altruist and most policymakers (DAWLEY *in progress*), dwarfing all present and past lives by many orders of magnitude:



Fig. 19 A million-year Longtermist projection, restricted to Earthly, human lives (also MACASKILL 2022). Note the three sections, comparing human lives past (twelve red triangles), present (a single green triangle), and future (12,572 yellow triangles). From ROSER 2022.

The practical result is that Longtermist goals and organisations look quite different from those of Neartermist EA, as well as those of most altruists and policymakers. Longtermists funnel resources not toward efforts to avoid climate change risks but toward what they argue are more pressing kinds of existential risk (‘x-risk’), including civilisational collapse as well as expansive futures of mass suffering for humans and other sentient beings, resulting especially from ‘misaligned AI’.

The biography of one cryonicist, ELIEZER YUDKOWSKY, spans roughly the entirety of the TESCREAL movements and illustrates for the reader the ‘Rise of Rationalism’ found in Cryonics 2.0. As a young person, YUDKOWSKY participated in the earliest Extropian and transhumanist

communities (e.g., *EXTROPIANS* 1996). Then, with fellow cryonicist Robin Hanson, he helped found the earliest Rationalist site, *OvercomingBias* (still the name of Hanson's Substack). In 2009, YUDKOWSKY founded *LessWrong*. Between these years, he wrote a collection of essays, 'The Sequences,' which drew on philosophy, cognitive science, decision theory, computing, and x-risk.

Reflecting on his origins in transhumanism, YUDKOWSKY noted that, within the growing Rationalist movement, transhumanism now seemed strangely optimistic:

Every now and then ... someone [in the Rationalist community] encounters some of my transhumanist-side beliefs — as opposed to my ideas [about] human rationality — strange, exotic-sounding ideas like superintelligence and Friendly AI. And [this person] rejects them (2008).

Though he considers this rejection unfair, YUDKOWSKY's biography shows a similar shift. In 2000, he had founded the Singularity Institute for Artificial Intelligence (SIAI) to accelerate the development of 'superintelligent, Friendly AI'. But by 2005, he had renamed it the Machine Intelligence Research Institute and refocused on avoiding AI-related x-risk.

Recently, in 2023, YUDKOWSKY refused to sign on to an open letter by AI researchers, calling for a 6-month moratorium on further AI development (FLI 2023), considering it too modest. He published an op-ed in *Time* magazine instead, arguing that the letter 'understat[ed] the seriousness of the situation' and 'ask[ed] too little to solve it' (YUDKOWSKY 2023). The op-ed suggested military measures might be needed to prevent 'large GPU clusters' capable of hosting a hostile superintelligence — an existential risk to all humanity.

Among cryonicists, YUDKOWSKY was the first to trace the rise of Rationalist culture in cryonics, especially in his 2010 *LessWrong* essay, 'Normal Cryonics'. Attending an annual Teens and Twenties cryonics event, he observed that younger cryonicists seemed increasingly rational and 'normal'. Though five years before he had portrayed cryonics as a righteous 'challenge to death' (2005), he now perceived a broader shift of younger cryonicists shifting from seeing cryonics as 'a des-

perate battle against Death' towards viewing it as 'the obvious thing to do' — a rational response to technoscientific advancements. Younger cryonicists increasingly seemed to him like the sober thinkers Rationalists aspire to be.⁹

There have been important differences in how Rationalism, EA, and Longtermism have developed institutionally. Of the Rationalist universe, EA and Longtermism seemed to have developed more elaborate, elite-level institutions (perhaps in part because of their broader goals). Aside from the two EA institutions noted above, started by EA's founder MACASKILL, there are others committed to more Longtermist visions. These include not only MIRI and the erstwhile Future of Humanity Institute (2024) at Oxford University, but also the Future of Life Institute (with AI expert Max Tegmark as current chair).

Rationalism seems to be the largest umbrella and the most diffuse movement. I met participants in numerous Rationalist households and meetups during fieldwork among cryonicists and futurists, many of which got their start in online conversations on newer Rationalist forums — most notably *Astral Codex Ten* (ACX) and *WaitButWhy* (WBW) (TORSNES 2023: 34–36). WBW was the single most common answer given by survey respondents as to where they were first introduced to 'real-world cryonics', usually referring to the WBW essay, 'Why Cryonics Makes Sense' (URBAN 2016). The first book club I attended ended up covering the book by the WBW author (2023).

Perhaps it should be unsurprising that many young cryonicists seem to discover real-world cryonics through Rationalism and these adjacent movements. Culturally, Rationalism runs parallel to the contemporary mainstreaming of scientific discourse and techno-solutionism: a vision of human 'advancement' through reason, science, and technological efficiency that seems like a 'domesticated,' implicit transhumanism, as argued by PILSCH (2017). And sociologically, like cryonics, Rationalism, EA, and Longtermism all find disproportionate favour among tech industry workers and the broader, so-called 'professional-managerial class' that shares those cultural values, including preferring efficiency over other values (such as equality), which becomes

truer as they attend more and more elite-identified institutions.¹⁰

Thus, less ‘domesticated’ far-futures certainly persist among cryonicists and other futurists, but their emphasis has changed in parallel with the changes constituting Cryonics 2.0. While Longtermism’s future visions are as expansive as Ex-tropianism, Singularitarianism, and Cosmism (TESC-), there is a significant reversal in emphasis. The early, TESC- era (of Cryonics 1.0) spent much of its speculative energy arguing for a particular ‘Greatest Good’: a future of limitless life and fantastic human augmentation. But the younger, -REAL generation associated with Rationalism, Effective Altruism, and Longtermism emphasizes avoiding the ‘Greatest Evil’: x-risk. Perhaps, as Anders Sandberg suggested in an interview, they have concluded that it is simply easier to agree on the worst outcomes than to agree on the most desirable ones. But like their predecessors, they perceive our current moment as an inflection point in a potentially immense history, where small directional pivots can yield very different trajectories – very different futures.

Conclusions

To summarize, my research suggests a shift among cryonicists that the Human Futures research team calls Cryonics 2.0, which is under-elaborated and unnamed in the extant literature on cryonics. Cryonics 2.0 consists of two parts: first, a ‘mainstreaming’ of cryonics that leans toward the growing popularity of ‘anti-aging’ medicine and away from explicit ‘immortalism’ and transhumanism; and second, the ‘Rise of Rationalism’ among many cryonicists, especially younger cryonicists, some of whom first discovered real-world cryonics through Rationalism and Rationalist-Adjacent movements like Effective Altruism and Longtermism. Cryonics 2.0 represents a still-emergent adaptation to this changed cultural context, reflecting cryonicists’ goals of growing their community.

For the anthropology of medicine, Cryonics 2.0 occupies a unique place. It bridges arguments by medical anthropologists like LOCK and others

that the *biological* sciences and changes in biomedicine are reconstituting ideas about the body, the human, and the self with discussions by FARMAN (2019) and others, who see this reconstitution as modelled on *digital* technologies. Cryonics 2.0 reveals how the mainstreaming and transforming of transhumanism happens through both channels, but it raises the centrality of anti-aging in particular, as well as the growing influence of movements like Rationalism.

While some of these movements (like Longtermism) focus on the far-future and radically different futures, others frame these new logics about the body and the human much as SCHWAB (2016) has in his notion of ‘Fourth Industrial Revolution’: as a continuation of earlier cycles of technological progress. Although many cryonicists remain enthusiastic about AI and ‘convergence’, they also perceive that the popularisation of transhumanism’s goals, such as life extension, are instead partly due to the growing popularity of anti-aging medicine and biomedical advances (also BERNSTEIN 2019). Many recognize that hopes for extending life *in the body* are less alienating and more easily received as rational and credible – not only to cryobiologists but also to potential cryonicists and to the public (TORSNES 55–56). Certainly, the hope persists for preserving the human mind after death, and independent of its biological substrate, as shown by the Longtermist calculations above about the danger posed by x-risk to all sentient life: animal, human, and posthuman. But, as FARMAN (2020) has noted, avoiding stigma is central to being taken seriously and to growing cryonics, so discussions about post-biological life now make some cryonicists uneasy or are reserved for ‘internal’ discussions.

Similarly, the ‘Rise of Rationalism’ has played an important role in this mainstreaming effort, despite its absence from many accounts of cryonics. The popularity of these movements allows cryonicists to reframe transhumanist hopes as Rational – as reflecting a rational, altruistic, and responsibly long-term orientation, rather than an overly accelerationist one. That is, the -REAL movements help make the case for cryonics as ‘normal’ (YUDKOWSKY 2010), compared to earlier, explicit transhumanism.

Notes

- 1 Also, over 100 animal bodies have also been preserved, which are not discussed here.
- 2 A newer form of brain preservation, aldehyde stabilisation, is not included here. It is aimed more at preserving the brain's 'connectome', usually for re-creation rather than revival.
- 3 This paper is based on three years of hybrid fieldwork among numerous cryonics and anti-aging communities and events and a series of life-history, semi-structured interviews, as part of the Research Council of Norway-funded research team 'Human Futures: Technoscientific Immortality', as well as collaboration with Max Marty on the Cryonics Survey of 2022.
- 4 The TESCREAL acronym is contentious among my interlocutors (SENNESH & HUGHES 2023, esp. n11), being coined by their detractors (AHUJA 2023 and TROY 2023). For this paper, TESCREAL merely provides a convenient chronology.
- 5 Discord is a chat server, comparable to a Slack or Teams channel, first associated with gamers.
- 6 Cryobiology and cryonics are distinct. Cryobiology is the study and practice the use of low temperatures to slow biological processes and preserve biological material, allowing for organ transplants and the preservation of human and animal reproductive cells, for both human fertility medicine and industrial agriculture. For 35 years, the Society of Cryobiology banned its members' involvement in cryonics (from 1982–2017). Cryonicists sometimes praise the work of cryonicist Greg Fahy (the Society's 2022–2023 president), whose contributions to cryobiology were thought to have undermined the ban.
- 7 Linda Chamberlain, a cryonics pioneer and Alcor's co-founder, told an interviewer, 'I hope I won't have a biological body but [instead] a body made out of nano-bots... a nano-bot swarm or nano-bot cloud. It will be much more durable. I can be as beautiful as I want to be. I won't be old anymore' (CNET 2020:16:14).
- 8 Few COPL members seemed interested in cryonics when I visited their annual cryonics-themed event, the 'Remembrance of the Resurrectables' (i.e., of the cryopreserved); one organizer estimated that they constituted fewer than 40 of the 150-200 monthly online and in-person attendees. That same year, the leaders of People Unlimited denied any interest in or connection to cryonics, despite Alcor's being down the road – although in June 2024, Bernadeane, one of their founders, was cryopreserved.
- 9 Cryonics provokes frequent and vigorous discussions on Rationalist forums: LessWrong features 'Cryonics' in 130 posts, slightly more than 'Counterfactuals' (112) and less than the MIRI AI lab where YUDKOWSKY works (142) (LESSWRONG 2025).
- 10 'Regardless of party', US elites are 'significantly more focused on efficiency vis-a-vis equality than is the U.S. public' – a bias that increases with each increment of eliteness', measured by university prestige (FISMAN *et al.* 2015: 1300).

References

- AHUJA, ANJANA 2023. We need to examine the beliefs of today's tech luminaries. *Financial Times*, May 10. <https://www.ft.com/content/edc30352-05fb-4fd8-a503-20b50ce014ab> [16.01.2025].
- ALCOR 2023. Opener and introductions for the Alcor Conference in Estes Park, Colorado, Aug. 26, 2023. *Cryonics* 44, 4. <https://immortality.w.uib.no/2022/10/13/ambassadors-and-activists-bridging-the-life-extension-divides-at-raadfest/> [16.01.2025].
- ATTIA, PETER 2023. *Outlive. The science and art of longevity*. New York: Harmony.
- BACON, FRANCIS 2000 *The New Atlantis*. <https://www.gutenberg.org/files/2434/2434-h/2434-h.htm> [orig. 1627] [16.01.2025].
- BERNSTEIN, ANYA 2019. *The future of immortality. Remaking life and death in contemporary Russia*. Princeton: Princeton University Press.
- BIALECKI, JON 2022. *Machines for making gods. Mormonism, transhumanism, and worlds without end*. New York: Fordham University Press.
- BYK, CHRISTIAN 2021. Transhumanism. From Julian Huxley to UNESCO. *JAHRE–European Journal of Bioethics* 12, 1: 141–162.
- CHIAROTTI, FLAVIA, & VENEROSI, ALDINA 2020. Epidemiology of autism spectrum disorders. A review of worldwide-prevalence estimates since 2014. *Brain Sciences* 10, 5: 274–294.
- CNET 2020. Where people go to wake up in the future. Inside a cryonics facility. *Hacking the Apocalypse*, episode 5. <https://youtu.be/zw6qT2GN0Ao>.
- COHEN, JEREMY 2021. *There is mind all over the body. Immortalist and transhumanist futures*. Ph.D. dissertation, McMaster University. <http://hdl.handle.net/11375/27121> [16.01.2025].
- COOPER, EVAN 1962. *Immortality. Physically, scientifically, now*. New York: 20th-Century.
- DAWLEY, WILLIAM 2018. From wrestling monsters to wrestling with God. Masculinities, "spirituality," and the group-ization of Religious Life in Northern Costa Rica. *Anthropological Quarterly* 91, 1: 79–131.
- 2022. Ambassadors and activists. Bridging the life extension divides at RAADFest. *Human Futures blog*, 13 October. <https://immortality.w.uib.no/2022/10/13/ambassadors-and-activists-bridging-the-life-extension-divides-at-raadfest/> [16.01.2025].
- 2024. Cryonics 2.0? Changes in the face of cryonics. *Global Cryonics Seminar*, July 20. <https://www.youtube.com/watch?v=F5G3-WhjPow> [16.01.2025].
- 2025. The anthropology of transhumanism and cryonics. *U.S. Transhumanist Party Virtual Enlightenment Salon*, January 19. <https://www.youtube.com/watch?v=d9kY3tAlLnY&t=5113s> [16.01.2025].
- *in progress*. Apocalypse and X-risk. Secular Armageddons and New Millennia.

- EDMONDS, ALEXANDER, & SANABRIA, EMILIA 2014. Medical borderlands. Engineering the body with plastic surgery and hormonal therapies in Brazil. *Anthropology and Medicine* 21, 2: 202–216.
- ERIKSEN, ANNELIN 2016. *Gender, Christianity and change in Vanuatu. An analysis of social movements in North Ambrym*. New York: Routledge.
- 2021. *The Human 2.0. Social Analysis* 65, 1: 70–88.
- 2023. *Evighetsmennesket. Om vitenskap, teknologi og uødelighet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- ESTALELLA, ADOLFO & SÁNCHEZ CRIADO, TOMÁS (eds) 2018. *Experimental collaborations: ethnography through fieldwork devices*. Oxford: Berghahn.
- ETTINGER, ROBERT 1964. *The prospect of immortality*. New York: MacFadden [orig. 1962].
- EUROPEAN BIOSTASIS FOUNDATION (EBF). 2023. Website. <https://ebf.foundation/> [16.01.2025].
- EXTROPIANS (listserv) 1996. Archives, 14 December. <http://diyhp.us/~bryan/irc/extropians/www.lucifer.com/exi-lists/extropians.96/4089.html> [16.01.2025].
- FARMAN, ABOU 2019. Health after the carbon barrier. Convergence, immortality, and transhuman health. *Medicine Anthropology Theory* 6, 3: 161–185.
- 2020. *On not dying. Secular immortality in the age of technoscience*. Minneapolis: Minnesota University Press.
- FERRANDO, FRANCESCA 2020. With Aubrey de Grey, 20 June. https://www.youtube.com/watch?v=g2_GN-FKud3o [16.01.2025].
- FISMAN, RAYMOND; JAKIELA, PAMELA; KARIV, SHACHAR & MARKOVITS, DANIEL 2015. The distributional preferences of an elite. *Science* 349: aab0096 (2015). <https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.aab0096?sid=121580e9-c559-4974-883c-7b278ee-b0c07> [16.01.2025].
- FUTURE OF LIFE INSTITUTE (FLI) 2023. Pause giant AI experiments. An open letter, March 22. <https://futureoflife.org/open-letter/pause-giant-ai-experiments> [16.01.2025].
- GIESEN, KLAUS-GERD 2018. Transhumanism as the dominant ideology of the Fourth Industrial Revolution. *Journal International d'Ethique des Sciences* 3: 189–203.
- GREAVES, HILARY & WILLIAM MACASKILL 2021. The case for strong Longtermism. *Global Priorities Institute*, Working paper 5-2021.
- GUSTAFSSON, ANNA 2021. Warning! Old age ahead. *Kritisk Etnografi* 6, 2: 53–65.
- HEPP, ANDREA & SCHMITZ, ANN 2023. Afterlives of the Californian Ideology. Tech movements, pioneer communities, and imaginaries of digital futures: an introduction. *International Journal of Communication* 17: 4142–4160.
- HUBERMAN, JENNY 2020. *Transhumanism. From ancestors to avatars*. Cambridge: Cambridge University Press.
- HUMANITY+ 2023. The transhumanist declaration [orig. 1998]. <https://www.humanityplus.org/the-transhumanist-declaration> [16.01.2025].
- KAHNEMAN, DANIEL 2011. *Thinking, fast and slow*. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- KEEP, ELMO 2023. A timeline of transhumanism. <https://www.theverge.com/a/transhumanism-2015/history-of-transhumanism> [16.01.2025].
- KURZWEIL, RAY 2005. *The singularity is near. When humans transcend biology*. Viking.
- LESSWRONG 2019. About, 14 June. <https://www.lesswrong.com/about> [16.01.2025].
- 2025. Tags, all. <https://www.lesswrong.com/tags/all> [16.01.2025].
- LIU, RUO-FAN 2022. Hybrid ethnography. Access, positioning, and data assembly. *Ethnography*: <https://doi.org/10.1177/14661381221145451>.
- LOCK, MARGARET 2002. *Twice dead. Organ transplants and the reinvention of death*. Berkeley: University of California Press.
- LOCK, MARGARET & NGUYEN, VINH-KIM 2018. *An anthropology of biomedicine*. New York: Wiley [orig. 2010].
- LONGEVITYDAO 2022. Cryonauts. <https://www.longevitydao.net/tomorrow-biostasis/tomorrow-biostasis> [16.01.2025].
- LÖWY, ILANA 1991. The immunological construction of the self. *Ethnography* (2022): <https://doi.org/10.1007/978-94-011-3406-43>.
- MACASKILL, WILLIAM 2017. *Doing good better: how Effective Altruism can help you help others, do work that matters, and make smarter choices about giving back*. New York: Penguin.
- 2022. *What we owe the future. A million-year view*. New York: Basic.
- MAENNER, MATTHEW et al. 2021. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years. *MMWR Surveillance Summaries* 70, 11: 1–16.
- MARCUS, GEORGE 2018. Forward. Collaboration Mode 3. In ESTALELLA, ADOLFO & SÁNCHEZ CRIADO, TOMÁS (eds) *Experimental collaborations: ethnography through fieldwork devices*. Oxford: Berghahn: xi-xvi.
- MARTY, MAX 2023a. The 2023 Cryonics Survey, part 1. *Frozen Futures*, May 29. <https://frozenfutures.substack.com/p/the-cryonics-survey-of-2022-part-1?d=pf> [16.01.2025].
- 2023b. The 2023 Cryonics Survey part 2. *Frozen Futures*, May 31. <https://frozenfutures.substack.com/p/the-cryonics-survey-of-2022-part-2?d=pf> [16.01.2025].
- MCCLELLAN, JIM 1995. The tomorrow people. *UK Observer*, 26 March. <https://mason.gmu.edu/~rhan-son/press/UKObserver-3-26-95.htm> [16.01.2025].
- MOHAMMADI, DARA, & DAVIS, NICOLA 2016. Can this woman cure aging with gene therapy? *Guardian*, 24 July. <https://www.theguardian.com/science/2016/jul/24/elizabeth-parrish-gene-therapy-ageing> [16.01.2025].
- MORE, MAX 1995. Declaration of Extropian Principles, v. 2.6. [16.01.2025].
- MORRISON, CASSIDY 2023. AI discovers drugs to combat

- age-related health issues like Alzheimer's. *Daily Mail*, 14 June. <https://www.dailymail.co.uk/health/article-12195871/Al-discovers-anti-aging-drugs-Combination-stave-declines-eye-sight-Alzheimers.html> [16.01.2025].
- OLIVER, KELLY 2013. *Technologies of life and death. From cloning to capital punishment*. New York: Fordham University Press.
- ORD, TOBY 2020. *The precipice. Existential risk and the future of humanity*. New York: Hachette.
- OVERCOMINGBIAS 2024. About. <https://www.overcoming-bias.com/about> [16.01.2025].
- PILSCH, ANDREW 2017. *Transhumanism. Evolutionary futurism and the human technologies of utopia*. Minneapolis: University of Minnesota.
- PINK, SARAH; HORST, HEATHER; HJORTH, LARISSA; POSTILL, JOHN; LEWIS, TANIA & TACCHI, JO 2016. *Digital Ethnography. Principles and practice*. New York: Sage.
- POWELL, JASON 2004. *Unravelling Anti-Aging*. London: Springer.
- PRZYBYLSKI, LIZ 2020. *Hybrid Ethnography. Online, offline, and in between*. New York: Sage.
- REGIS, ED 1994. Meet the Extropians. *Wired*, 1 October. <https://www.wired.com/1994/10/extropians/> [16.01.2025].
- ROMAIN, TIFFANY 2010. Extreme life extension: investing in cryonics for the long, long term. *Medical Anthropology* 29, 2: 194–215.
- ROSER, MAX 2022. Illustration of the potential population size of future people relative to past and present humans, 15 March. *Our World in Data*. <https://ourworldindata.org/the-future-is-vast> [16.01.2025].
- SCHWAB, KLAUS 2016. *The Fourth Industrial Revolution*. Geneva: World Economic Forum.
- SENNESH, ELI, & HUGHES, JAMES 2023. Conspiracy theories, left futurism, and the attack on TESCREAL. *Medium*, IJET, 12 June. <https://medium.com/institute-for-ethics-and-emerging-technologies/conspiracy-theories-left-futurism-and-the-attack-on-tescreal-456972fe02aa> [16.01.2025].
- SINGER, PETER 1972. Famine, affluence, and morality. *Philosophy and Public Affairs* 1, 3: 229–243.
- SONG, PRISCILLA 2010. Biotech pilgrims and the transnational quest for stem cell cures. *Medical Anthropology* 29, 4: 384–402.
- SPARKES, MATTHEW 2022. DeepMind's protein-folding AI cracks biology's biggest problem. *New Scientist*, 28 July. <https://www.newscientist.com/article/2330866-deepminds-protein-folding-ai-cracks-biologys-biggest-problem/> [16.01.2025].
- TAUSSIG, MICHAEL 2012. *Beauty and the Beast*. Chicago: University of Chicago Press.
- TOMORROW BIO 2021. Cryonics experts answer your questions, July 9. <https://www.youtube.com/watch?v=PWJOZTiGUws> [16.01.2025].
- 2022. What are Cryonauts and why should you get one? September 2. <https://www.tomorrow.bio/post/cryonauts-tomorrow-bio-nft-cryopreservation> [16.01.2025].
- 2023a. The future of cryopreservation. What to expect. Science Behind Cryonics, May 10. https://www.youtube.com/watch?v=NRB_d-mB1BU [16.01.2025].
- 2023b. Cryonics. How to fund suspended animation, September 22. <https://www.youtube.com/watch?v=V1khBHPbNks> [16.01.2025].
- TORSNES, SIGRID 2023. Managing chosen life(spans). Cryopreservation in Europe. Master's thesis, University of Bergen (Norway). <https://www.uib.no/antro/163215/managing-chosen-lifespans-cryopreservation-europe> [16.01.2025].
- TRANSHUMANIST PARTY VIRTUAL ENLIGHTENMENT SALON (TVES) 2020. How to grow transhumanism, 21 June. <https://www.youtube.com/live/PpGoYJAQ5h4?feature=share> [16.01.2025].
- TROY, DAVE 2023. Understanding TESCREAL: the weird ideologies behind Silicon Valley's rightward turn. *The Washington Spectator*, May 1. <https://washingtonspectator.org/understanding-tescreal-silicon-valleys-rightward-turn/> [16.01.2025].
- TURNER, BRYAN S. 2007. Culture, technologies and bodies: the technological utopia of living forever. *The Sociological Review* 55: 19–36.
- URBAN, TIM 2016. Why cryonics makes sense. WaitButWhy website, 24 March. <https://waitbutwhy.com/2016/03/cryonics.html> [16.01.2025].
- 2023. *What's our problem? A self-help book for societies*. New York: Wait But Why.
- US CENSUS DATA 2019. Educational attainment in the US: 2018, 21 February. <https://www.census.gov/data/tables/2018/demo/education-attainment/cps-detailed-tables.html> [16.01.2025].
- VINCENT, JOHN A. 2008. The cultural construction of old age as a biological phenomenon: science and anti-ageing technologies. *Journal of Aging Studies* 22, 4: 331–339.
- WALTORP, SUSAN 2018. Fieldwork as interface: digital technologies, moral worlds, and zones of encounter. In ESTALELLA, ADOLFO & SÁNCHEZ CRIADO, TOMÁS (eds) *Experimental collaborations: ethnography through fieldwork devices*. Oxford: Berghahn: 114–131.
- WHYTE, SUSAN REYNOLDS & GIBBON, SAHRA 2009. Special edition: biomedical technology and health inequities in the global north and south. *Anthropology & Medicine* 16, 2: 97–103.
- YAU, ELAINE 2020. Freezing bodies for 'reanimation' in China and why the country's cryonics tech has the potential to leapfrog the West, September 27. <https://www.scmp.com/lifestyle/health-wellness/article/3103054/freezing-bodies-reanimation-china-and-why-countrys> [16.01.2025].
- YIN FENG BIO 2023. Home. <http://www.yfswjt.com/en/m/about.php> [16.01.2025].
- YOUNG GLOBAL LEADERS FORUM (YGL) 2024. Community. YGL website, 5 April. <https://www.younggloballeaders.org/community> [16.01.2025].

- YUDKOWSKY, ELIEZER 2005. Yehuda Yudkowsky, 1985–2004. *Yudkowsky.net*, May 23. <https://www.yudkowsky.net/other/yehuda> [16.01.2025].
- 2008. Is that your true rejection? *LessWrong*, 6 December. <https://www.lesswrong.com/posts/TGux5Fhcd7GmTfNGC/is-that-your-true-rejection#> [16.01.2025].
- 2010. Normal cryonics. *LessWrong*, 10 January. <https://www.lesswrong.com/posts/hiDkhLyN5S2ME-jrSE/normal-cryonics> [16.01.2025].
- 2023. Pausing AI developments isn't enough, we need to shut it down. *Time*, 29 March. <https://time.com/6266923/ai-eliezer-yudkowsky-open-letter-not-enough/> [16.01.2025].

This article has been subjected to a double blind peer review process prior to publication.

William Dawley, PhD, has conducted research on the relationship between technological and sociocultural change. His earlier research first focused on the changing conditions that led to the emergence of new male gender identities in northern Costa Rica, including not only the gendered impacts of rapid changes in employment, family law, and mass media, but also the egalitarian “social technologies” reproduced by the support group and religious movements. As a postdoctoral researcher in the Human Futures: Technoscientific Immortality research project, he has studied the sudden growth of cryonics and anti-aging in recent years, focusing on the impacts of recent leaps made by both anti-aging and AI research and on the role of organized tech and futurist subcultures like Rationalism, Effective Altruism, and Longtermism. He is a postdoctoral researcher at the Department of Social Anthropology at the University of Bergen, Norway.

University of Bergen
Department of Social Anthropology
Fosswinckels gate 6
5007 Bergen
Norway
e-mail: William.Dawley@uib.no

FORUM
FORUM

Bridging Anthropology and Practice

The Igdra Space Podcast Series 2 on Applied Anthropology

NORA ENGELBERT & MARGRET JAEGER

Digital media platforms, especially podcasts, have become increasingly influential in disseminating academic knowledge and fostering interdisciplinary dialogue. This article examines the aims, conceptual framework, and audience reception of the *Igdra Space Podcast Series 2*, which focuses on applied anthropology, and situates the project within the broader context of anthropological communication in the digital age. The podcast, hosted by two anthropologists, employs interviews, case studies, and narrative storytelling to translate anthropological concepts into accessible content for a diverse audience. The series demonstrates the relevance of anthropological methods in addressing practical challenges across sectors such as healthcare, business, and technology. Audience engagement and feedback indicate growing interest in applied anthropology, particularly in organizational and policy contexts. The *Igdra Space Podcast Series 2* contributes to the visibility of applied anthropology and exemplifies the use of digital media for public engagement and knowledge transfer.

Why Podcasting?

The proliferation of digital media has transformed how academic disciplines communicate with broader publics. Podcasts, in particular, have emerged as accessible platforms for sharing knowledge and fostering intellectual exchange across disciplinary boundaries. The *Igdra Space Podcast Series 2*, dedicated to applied anthropology, exemplifies this trend by translating complex anthropological theories and methods into practical insights for a non-specialist audience.

The podcast is co-hosted by us – NORA ENGELBERT, a German anthropologist and MARGRET JAEGER, an Austrian medical anthropologist –



Fig. 1 Igdra Space Podcast Series 2 Cover.

and features interviews with practitioners from diverse sectors. Each episode focuses on a specific theme within applied anthropology, such as healthcare innovation, business transformation, or digital ethnography. The format combines narrative storytelling, expert interviews, and case studies to illustrate the practical application of anthropological knowledge. The series is supported by the *Applied Anthropology Network of the European Association of Social Anthropologists*, which aids in outreach and dissemination.

Applied anthropology, as presented in the podcast, is characterized by its focus on addressing real-world problems through anthropological methods and analysis. For example, one episode examines how incident reporting systems in hospitals can be improved by understanding cultural barriers to reporting workplace violence (episode 1). Another episode features a business anthropologist who uses participant observation and interviews to enhance consumer experiences in sectors such as aviation and automotive

sales (episode 10). The podcast also explores change management, highlighting how ethnographic research and cultural audits can inform organizational transformation and innovation (episode 12).

Thematic diversity is a hallmark of the series. Topics include:

- Diversity management in healthcare and strategies for overcoming communication barriers.
- The intersection of anthropological thinking with business and IT practices, including the cultural implications of artificial intelligence.
- The role of anthropologists in climate policy, particularly in translating scientific knowledge into actionable government strategies.
- The application of anthropology in health technology, especially in the design and evaluation of telehealth services.

Audience feedback indicates that the podcast serves as a valuable resource for professionals in leadership, human resources, technology, non-governmental organizations, and healthcare. Listeners report gaining actionable insights for improving collaboration, customer satisfaction, and the implementation of human-centered technologies.

The *Igdra Space Podcast Series 2* addresses the limited visibility of applied anthropology in Europe and responds to increasing interest in practical, interdisciplinary research. By leveraging digital media, the podcast expands the reach of anthropological knowledge beyond academia and demonstrates its relevance to contemporary social, economic, and technological challenges. The inclusion of global perspectives and diverse voices further enriches the content and fosters cross-cultural understanding.

Challenges remain in sustaining regular content production and expanding the audience base. Future directions include collaborations with academic institutions and the exploration of emerging methodologies such as digital ethnography and multimodal approaches.

Conclusions

The *Igdra Space Podcast Series 2* represents an important contribution to the field of applied anthropology in the digital era. Through its focus on practical application and public engagement, the series not only disseminates anthropological knowledge but also inspires new ways of thinking about the discipline's role in society.

References

- JAGER, M., WIESINGER, J. & WAHL, J. 2021. Violence against health workers. In *The polyphony. Conversations across the medical humanities*. <https://thepolyphony.org/2021/08/31/violence-against-health-workers/> [01.10.2025].
- PASQUINI, M., & JAEGER, M. 2024. Applied anthropology's invisibility in Europe. *Human Organization* 83, 2: 100–105.

List of podcasts related to Applied Anthropology

Matt Artz's Podcasts. <https://www.mattartz.me/podcasts/> [01.10.2025].

Desbravadoras from [Oxigênio] – Laboratório de Pesquisa <https://www.oxigeniolab.com.br/> [01.10.2025].

Anthropologie, Kulturwandel und neue Ansätze der Zusammenarbeit. <https://igdra-space.podgee.io> [01.10.2025].

Igdra Space Podcast. <https://www.igdra-space.org/podcast> [01.10.2025].

This Anthro Life. <https://www.thisanthrolife.org/episodes/> [01.10.2025].

SAPIENS: A Podcast for Everything Human speaks with anthropologists from around the globe to uncover what makes us human. <https://www.sapiens.org/podcast-seasons/> [01.10.2025].

Zeigen, wie unsere Körper gestrickt sind

Über den Wert von gestrickter Anatomie für Kinder

KATHARINA SABERNIG

Angebunden an die Universität für angewandte Kunst Wien und gefördert vom Österreichischen Wissenschaftsfond widmet sich das Projekt „Gestrickte Körper Materialität“ (2022–2027) der Darstellung des Körperinneren mit den Mitteln der textilen Kunst.¹ Dabei sind Kinder eine durchaus ernst zu nehmende Zielgruppe dieses Vorhabens, dessen erklärtes Ziel darin besteht, ein angenehmes, erfreuliches Bild unseres Körpers zu vermitteln – im Gegensatz zu den eher unliebsamen Perspektiven, die in anatomischen Darstellungen häufig zu finden sind. Bei einem unversehrten Menschen kann man nicht sehen, was sich unter der Haut verbirgt: Menschen haben über das unmittelbare Empfinden hinaus keinen direkten Zugang zum Inneren ihres Körpers. Ein wirklicher Blick in den Körper hinein ist im alltäglichen Leben immer mit dem Schrecken einer Verletzung verbunden. In einem didaktischen Kontext ist eine Visualisierung der inneren Strukturen für medizinisch nicht geschulte Personen, insbesondere auch für Kinder, mit dieser Besonderheit konfrontiert.

Dennoch kann es hilfreich oder notwendig werden zu verstehen, was sich im Körper verbirgt – zum Beispiel, wenn eine Pathologie besteht und man als Ärzt*in jungen Patient*innen einen bevorstehenden Eingriff erklären muss. Die „gestrickte Anatomie“ versucht, den Blick auf körperliche Strukturen und innere Prozesse zu erleichtern, indem ein Material zur Veranschaulichung Verwendung findet, das meist mit Wärme, Fürsorge und Geborgenheit assoziiert wird, jedem Kind vertraut ist und keinerlei Bedrohung ausstrahlt. In der Tat hat sich im Verlauf des Projekts klar gezeigt, dass gestrickte anatomische Darstellungen immer als angenehm empfunden werden – unabhängig davon, wie potenziell erschreckend das Dargestellte in Wirklichkeit sein mag. Wollte weckt das Bedürfnis, Strukturen zu berühren und

zu betrachten, die man sonst nicht gerne sehen oder gar berühren möchte. Anstelle des natürlichen Ekelempfindens entsteht eine positive Haltung zum Bild des inneren Körpers. Bei Kindern kann es darum gehen, spielerisch die Neugier auf medizinische Sachverhalte zu wecken (plötzlich zeigt sich der Magen so harmlos wie ein Stofftier) oder auch eine kindgerechte Vorstellung von einem pathologischen Prozess zu bekommen (SABERNIG 2023b und 2025a, b). In diesem Beitrag möchte ich am Beispiel einzelner Teile des Projekts schildern, wie Kinder durch die gestrickte Anatomie eine Bereicherung erfahren konnten.

Researchers' Night I.

Erste Erfahrungen mit einer an Kinder gerichteten performativen Anwendung gestrickter Anatomie sammelte ich im September 2022 anlässlich der europaweit am letzten Freitag des Monats stattfindenden „Researchers' Night I.“, die in Wien unter dem Motto „exploREsearch“ an der Universität für angewandte Kunst veranstaltet wurde. Zur Präsentation meines Projektes wurden Schulklassen eingeladen, anhand gestrickter Objekte die topographische Anatomie und einfache physiologische Prozesse der größeren Organe kennenzulernen – ein vermutlich nicht alltäglicher Lernstoff für Kinder zwischen acht und zehn Jahren. Die verschiedenen Organe lagen nebeneinander auf einem großen Tisch (Abb. 1). Ich hatte einen detaillierten Leitfaden über die Reihenfolge der zu erklärenden Organe vorbereitet, den ich allerdings im Verlauf des Vortrags flexibel anpassen musste: Die Kinder waren viel zu aufgeregt für einen ruhigen Fortgang einer Lehrstunde, stellten in fröhlichem Durcheinander zahllose vor mir gar nicht erwartete Fragen und hätten die Stofforgane am liebsten einer im Wortsinn

haptischen Einsichtnahme zugeführt (was ich in diesem Fall leider so gut es ging verhindern musste, da es sich um Ausstellungsobjekte handelte, die unbeschadet bleiben sollten). Danach wurden die Kinder eingeladen, jene anatomische Struktur selbst zu zeichnen, welche sie am meisten beeindruckt hatte. Das Herz und der Darm waren die beiden beliebtesten Organe, aber auch das Urogenitalsystem und die übrigen Organe hinterließen offenbar Eindruck. Es war aus den Zeichnungen deutlich abzulesen, dass die Präsentationsform der gestrickten Anatomie ein überraschendes Begeisterungspotential bei Kindern zu entfachen vermag.



Abb. 1 Organpräsentation auf der European Researchers' Night.

Researchers' Night II.

Für die Veranstaltung im darauffolgenden Jahr, im September 2023, beschloss ich, die Aufmerksamkeit der Kinder schrittweise auf die Organe zu lenken, indem die topografischen Verhältnisse in einem langsamen Fortschreiten der Unterweisung erklärt werden sollten. Für diesen zweiten Anlauf einer didaktisch verbesserten Performance konnte ich die Figurenanimatorin Rebekah Wild² gewinnen, die es aufgrund ihres professionellen Hintergrundes versteht, Gegenständen auf einer Bühne mit einfachen Handbewegungen fast magisch wirkendes Leben einzuhauchen. Zu Beginn der Darbietung waren für die Kinder nur eine leere menschliche Körpersilhouette in Form eines roten Fadens auf schwarzem Untergrund sowie Augen und der Mund zu sehen. Dann näherten sich die gestrickten Objekte wie Marionetten der

Silhouette. Zunächst wurden das Herz und die zentralen Blutgefäße an ihrer richtigen Stelle platziert, schrittweise traten die übrigen Organe hinzu, bis schließlich das Magen-Darm-System als vorderste bzw. oberste Schicht zu sehen war (Abb. 2). Es war bewegend zu sehen, wie die Kinder staunend verfolgten, wie die Organe in Szene gesetzt wurden.



Abb. 2 Körpersilhouette mit Organen.

Zirkus des Wissens

Von Beginn an war es ein Teil des Projektes, eine Neuinterpretation des historischen Anatomischen Theaters (*theatrum anatomicum*) zu versuchen. Ende 2022 bot mir die Johannes-Kepler-Universität in Linz in Person von Zirkusdirektor Airan Berg die Gelegenheit, am „Zirkus des Wissens“ ein anatomisches Theater für Schulklassen und Junggebliebene mit dem Namen „Wie sind wir gestrickt?“ zu entwickeln. Für eine Theaterproduktion in diesem Format bestand das Ziel ausdrücklich darin, Wissenschaftskommunikation mit den Mitteln der performativen Kunst zu betreiben. Im Zirkus des Wissens werden Schulklassen unter der Woche mit ihren Lehrer*innen eingeladen, die Aufführungen zu besuchen und Wissenschaft sozusagen mit allen Sinnen zu erleben; an Samstagen lädt der Zirkus in Form von Familienvorführungen alle Interessierten auf Spendenbasis ein. Im Dezember 2024 feierte der Zirkus des Wissens seit Beginn im Herbst 2022 seine*n 50.000. Besucher*in.³

Mit den frischen Erfahrungen der zweiten Runde der Europäischen Forschernacht begannen die Schauspielerin und Theaterpädagogin Nora Dirisamer⁴, Rebekah Wild und ich Anfang Oktober 2023 in einem Initialworkshop vor Ort ein Stück für den Zirkus zu entwickeln. Bald stieß ALEX BROSCHE⁵ zu unserer Gruppe, der sich fünfzehn Eigenkompositionen zur Thematik einfallen ließ und das Bühnengeschehen mittels E-Piano, Fender Stratocaster und fußbetriebenen Rhythmusinstrumenten rockig und mitreißend zu untermalen verstand. Gleich zu Beginn der Konzeption des Stückes gab es verschiedene Fragen zu klären. Wie lassen sich die Objekte in ihrer Proportion überhaupt in Szene setzen – denn die etwa lebensgroß gestrickten Organe sind viel zu klein für eine Bühne. Wie kann man sie in einem Theatersaal mit den Händen so animieren, dass beim Zuschauer die Illusion entsteht, einem anatomischen Gegenstand werde Leben eingehaucht? Worin könnte ein spannendes Theaternarrativ bestehen, welches den Kindern Interesse und Wertschätzung für den eigenen Körper vermittelt? Auch war die beim Vorläuferprojekt von den Kindern gern gestellte Frage „Wie passt das alles

in uns rein?“ zu berücksichtigen. Es würde den Rahmen des vorliegenden Beitrags sprengen, die vielen Details hier weiter auszuführen (ein etwas ausführlicherer Beitrag entsteht gerade im Rahmen der Publikation *Threads of Life*, ein Resultat der gleichnamigen Ausstellung, die in der „Postsparkasse“ an der Universität für angewandte Kunst in Wien durchgeführt wurde).

Es war von Beginn an geplant, das Theaterstück nicht im Stil einer „ausweidenden“, den Körper Stück um Stück zerlegenden Leichensektion anzulegen, sondern den Handlungsstrang als sich konstruktiv formenden Aufbauprozess zu entwickeln (SABERNIG 2025b). Die verschiedenen Organe werden nicht zergliedernd untersucht, sondern aufbauend, sich zum Ganzen des menschlichen Organismus verbindend zusammengesetzt. Das Anliegen scheint nicht gänzlich neu zu sein: Dem Medizinhistoriker THOMAS SCHNALKE verdanke ich den Hinweis auf eine Erkenntnis GOETHEs, der sich in seinem Spätwerk „Wilhelm Meisters Wanderjahre oder Die Entsagenden“ zur Medizindidaktik für Ärzte und Chirurgen wie folgt geäußert hat: „Sie sollen in kurzem erfahren, dass Aufbauen mehr belehrt als Einreißen, Verbinden mehr als Trennen, Totes beleben mehr als das Getötete noch weiter töten, wollen Sie mein Schüler sein? (GOETHE 1982: 331 f.; SCHNALKE 1989: 392).

Unter dem Eindruck dieser Direktive haben wir für unser eigenes Theaterstück schließlich drei Handlungsebenen konzipiert: eine personenbezogene, eine makroskopische und eine mikroskopische Ebene. Auf der Bühne befinden sich drei handelnde Personen, die aufgrund von unterschiedlichen beruflichen Hintergründen einen jeweils eigenen Zugang zum Körper haben. Im Grunde spielen wir uns selbst: Ich spiele eine Ärztin, die mit ihren sorgfältig gestrickten Objekten den Kindern die Anatomie und Physiologie des Körpers näherbringen möchte und auf die in schwarz verhüllten Vitrinen versteckten Organe wie eine Glucke aufpasst, um später eine magische Entdeckungsreise in den Körper zu zelebrieren. Rebekah Wild ist neugierig, auch ein bisschen naiv und möchte ihre Nase wie ein verspieltes Kind überall hineinstecken. Dabei ist sie den anatomischen Details gegenüber nicht



Abb. 3 Arterien-schlauch mit Blutzellen.



Abb. 4 Dendritische Zelle mit Spiralbakterium.

besonders empfänglich – vor allem kann sie kein Blut sehen. Als sie sich im Übermut in den Finger schneidet, reagiert sie mit Panik und Abscheu auf den Anblick der austretenden roten Flüssigkeit. Das Geschehen gibt Anlass zu Ausführungen über den Heilungsprozess bei Schnittwunden und weitere Aspekte der Funktionsweisen unseres Körpers. Alex Brosch, der Musiker, hat ständig neue Ideen, wie sich das Körperinnere

akustisch anhören mag und welche weiteren Fragen sonst noch im Raum stehen.

Die großen Organe bilden die anatomisch makroskopische Ebene. Sie werden der Reihe nach enthüllt und kommen über Schattenspiele vergrößert oder auf Fäden schwebend zur Anschauung. Sie bleiben zumeist geschützt in den Vitrinen – ganz so, wie sie auch in einem Museum ausgestellt wären. Sie sind die eigentlichen Hauptakteure, auf die der Blick gerichtet werden soll. Aus diesem Grund sind das restliche Bühnenbild und die Kleidung der menschlichen Akteure ganz dunkel gehalten, während die Aufmerksamkeit auf die Organe in ihren bunten Farben fokussiert wird. Die mikroskopische Ebene gewährt einen Blick in unsere Blutbahn, wobei die einzelnen Blutzellen mit ihren unterschiedlichen Aufgaben wie ein spezialisiertes Team von Organ zu Organ durch den Körper reisen und ihre besonderen Fertigkeiten zu sinnvollem Einsatz bringen. Die Objekte der mikroskopischen Ebene wurden eigens für die Theaterproduktion gestrickt und erscheinen, weil sie durch das Mikroskop wahrgenommen werden, größer als die Organe. Auch sie werden von Rebekah Wild händisch animiert. Ihre Reise durch den Körper zu den jeweiligen Organen bildet ein eigenes Narrativ. Zur allgemeinen Überraschung über die tatsächliche Länge wurde ein gestrickter Darm in Originaldimension präsentiert sowie zwei Arterien-schläuche, durch welche die Zellen auf die Reise gehen.

Die Uraufführung in Linz fand am 13. April 2024 statt. Die Vorstellungen waren so gut besucht, dass wir gebeten wurden, sie im darauffolgenden Jahr zu wiederholen, was am 22. April 2025 mit leicht vertauschten Rollen auch geschah. Diesmal übernahm Rebekah Wild die Regie und Nora Dirisamer spielte die Rolle der Figurenanimateurin. Mittlerweile haben etwa 2500 Kinder das einstündige Stück gesehen. Es scheint also durchaus möglich zu sein, Kinder und Jugendlichen medizinische Themen nahe-zubringen – den uns mitgeteilten Zahlen zufolge waren die beiden Vorstellungsserien die meist-besuchten Veranstaltungen, seitdem der „Zirkus des Wissens“ an der Johannes-Kepler Universität besteht.



Abb. 5 Die Leber mit Gallenblase ist zum Leben erwacht.

Im Wiener Josephinum

Die makroanatomischen Organe wurden im Rahmen der Ausstellung „Anatomie in Maschen“ im Wiener Josephinum ebenfalls in Vitrinen gezeigt. Vom 6. November 2024 bis 22. Februar 2025 wurden sie den Ende des 18. Jahrhunderts in Florenz gefertigten Wachsmodellen (SKOPEC, ALMHOFER & KOLLER 2002) kontrastierend gegenübergestellt.⁶ Begleitend führte ich mehrmals verschiedene Interessengruppen durch die Ausstellung: Kunststudierende, Psychotherapiestudierende, allgemein Interessierte – und eben auch Kinder verschiedener Altersgruppen, denen im Rahmen des Projekts Wienextra ein Blick in den Körper eröffnet werden sollte.⁷ Der Empfehlung zufolge sollten Kinder zwischen acht und zwölf Jahren angesprochen werden, doch waren bei meinen Führungen auch ältere und ein paar jüngere Kinder dabei. Während Mitarbeitende des Josephinums durch das Haus und die Wachsmodelle führten, konnte ich mich auf die Erklärung der gestrickten Objekte konzentrieren. Die Ausstellungsgegenstände verblieben natürlich in den Vitrinen, doch für die Kinderführung präsentierte ich zusätzlich den Darm, der für das Theaterprojekt hergestellt worden war. Um den Kindern die Länge des Verdauungstrakts zu demonstrieren, wurde er in dem Raum, der die intestinalen Wachsmodelle beherbergte, in seinem tatsächlichen Ausmaß ausgerollt – für die Kinder, die sich dicht gedrängt um mich scharten, eine auch diesmal tiefen Eindruck hinterlassende Demonstration. Die Besuche dauerten insgesamt etwa 1 ½

Stunden, eine halbe Stunde davon war wiederum zum Malen von Strukturen vorgesehen, die sich den Kindern besonders eingepägt hatten. Bei dieser Gelegenheit wurden neurologische Objekte wie das Gehirn, Blutgefäße und das Rückenmark bemerkenswert häufig gezeichnet.

Fotoausstellung in einem Tiroler Bezirkskrankenhaus

Anlässlich der Eröffnung eines neuen Krankenhaustraktes wurde im September 2024 eine nun dauerhafte Fotoausstellung mit 23 Bildern von gestrickten Organen oder Pathologien eröffnet. An deren Evaluierung beteiligten sich über 300 Personen (241 w, 66 m, 3 d), von denen der Großteil Mitarbeitende des Krankenhauses waren. Es konnten sich aber auch Erkrankte und deren Angehörige sowie sonstige Interessierte beteiligen. Kinder oder Jugendliche wurden nicht explizit befragt, nur etwa 10 % der Befragten waren 24 Jahre oder jünger. Der Fragebogen sollte auch erfassen, welche Präsentationsformen oder Anwendungsgebiete Bilder der gestrickten Anatomie als besonders sinnvoll erachtet werden. Nach Einschätzung der Befragten war es die Aufklärung für Kinder, bei der die Darstellungsform als besonders sinnvoll erachtet wurde, knapp gefolgt von der Möglichkeit zur Reflexion für Patientinnen und Patienten und dem Einsatz in Arztpraxen. Eine Mutter schrieb: „Meine Kinder waren sehr interessiert ... machte das Erklären auf eine Art und Weise spielerisch“. Neben der quantitativen Evaluation führte ich zwölf qualitative Interviews, eines davon hat mich im Kontext der Fragestellung, wie weit Kinder von der gestrickten Anatomie profitieren könnten, besonders berührt: Die Palliativpflegerin Ines Paratscher, die schwerkranke Kinder und ihre Angehörigen betreut, hat festgestellt, dass die farbigen Bilder, welche die Schmerzbe-kämpfung bei Tumoren illustrieren (Abbildungsserie Schmerzteufel SABERNIG 2023a), besonders geeignet seien, um Kindern ihren ernsten Zustand auf spielerische Weise zu erklären. Wenn die Bilder dazu beitragen können, hier ein wenig Erleichterung zu schaffen, ist dies die größte Motivation, weitere Objekte und Bilder zu erschaffen.



Abb. 6 Schmerztherapie bei Lungenspitzentumoren.



Abb. 7 Der Schmerzteufel tobt.



Abb. 8 Der Schmerzteufel schläft.

Anmerkungen

- 1 Für mehr Infos siehe <http://doi.10.55776/AR705> zum Projekt „Knitted Body Materiality“ [06.10.2025].
- 2 Zu Wilds Werk siehe <https://www.wildtheatre.net/> [06.10.2025].
- 3 Mehr zum Zirkusprojekt auf <https://www.jku.at/zirkus-des-wissens/> [06.10.2025].
- 4 Zu Dirisamers Arbeit siehe <https://www.noradirisamer.com/> [06.10.2025].
- 5 Zu Alex Brosch siehe <https://alexbrosh.at/> [06.10.2025].
- 6 Mehr zur Ausstellung: https://issuu.com/josephinum_mhm/docs/jos_sabernig_booklet_mitansichten_es_20241202 und als Video: <https://www.youtube.com/watch?v=JZb4NlvXqdw> [06.10.2025].
- 7 Dazu <https://www.wienxtra.at/kinder> [06.10.2025].

Abbildungen

- Abb. 1** Universität für angewandte Kunst. Alle Rechte vorbehalten.
- Abb. 2** Katharina Sabernig. Alle Rechte vorbehalten.
- Abb. 3** Nora Dirisamer. Alle Rechte vorbehalten.
- Abb. 4** Nick Mangafas & Zirkus des Wissens. Alle Rechte vorbehalten.
- Abb. 5** Nick Mangafas & Zirkus des Wissens. Alle Rechte vorbehalten.
- Abb. 6** Katharina Sabernig. Alle Rechte vorbehalten.
- Abb. 7** Katharina Sabernig. Alle Rechte vorbehalten.
- Abb. 8** Katharina Sabernig. Alle Rechte vorbehalten.

Literatur

- GOETHE, JOHANN WOLFGANG VON 1982. *Wilhelm Meisters Wanderjahre oder Die Entsagenden*. Frankfurt am Main: Insel Verlag.
- SABERNIG, KATHARINA 2023a. [Schmerzen bei Lungenspitzenentzündungen] Im Gespräch mit Katharina Sabernig. *re:visit: Humanities and Arts in Dialogue 2*, 1: 113–121.
- 2023b [2024]. Tibetan Anatomical Terms in “Knitted Body Materiality”. Report from a project at the University of Applied Arts Vienna, Austria. *Curare 46*, 1: 125–132.
- 2025a. Knitted Body Materiality / Gestrickte Körper Materialität [four images]. In PUTZ-PLECKO, BARBARA (ed) *Geografien des Textilen. Lehren als künstlerische Praxis*. Textil – Freie, angewandte und experimentelle künstlerische Gestaltung. Universität für angewandte Kunst Wien. Berlin & Boston: De Gruyter (edition: Angewandte): 338–341.
- 2025b. Performing Knitted Anatomy. In MASCARDI, CHIARA (ed) *L'arte e lo spazio dell'anatomia: origini, storia e funzioni dei teatri anatomici*. [The Art and the Space of Anatomy, Proceedings of the conference on November 17th and 18th, 2023 in Bologna]. Turin: Università di Torino.
- SCHNALKE, THOMAS 1989. Johann Wolfgang von Goethe – Ein entschiedener Fürsprecher anatomischer Wachsmodele. *Anatomischer Anzeiger* 168: 391–394.
- SKOPEC, MANFRED; ALMHOFER, EDITH & KOLLER, ALEXANDER 2002. *Anatomie als Kunst. Anatomische Wachsmodele des 18. Jahrhunderts im Josephinum in Wien*. Wien: Brandstätter.

Oral Histories der Medizinanthropologie. Standortbestimmungen

Oral Histories of Medical Anthropology. Positionings

Im Jahr 2011 publizierte die *Curare* einen Aufruf zur Einreichung von Beiträgen zur Oral History der Medizinanthropologie mit der Absicht, die damals zu beobachtende Tendenz zur Reflexion der Geschichte der Ethnomedizin/Medizinethnologie/Medical Anthropology im deutschsprachigen Raum mittels Reprints durch Befragung von Zeitzeugen sowie Selbstzeugnisse zu ergänzen. Eingeladen wurde dazu, sich in offenen Textgattungen zu erinnern, zu positionieren, anderen zu widersprechen und Geschehnisse zu dokumentieren, um zu sehen, „welche unterschiedliche Kohorten und Fraktionen sichtbar werden, welche Kontinuitäten und Brüche es in der Geschichte gibt, welche Fragen und gesellschaftspolitische Anliegen bleiben und welche sich verändert haben oder neu dazugekommen sind“ (VOSS 2011: 163–164). Den Anfang bildeten im gleichen Heft ein Text von Verena Münzenmeier über die Entstehung der Medizinethnologie in der Schweiz und Gerhard Rudnitzki über die Entstehung der AGEM in Deutschland, sowie ein Gespräch von Ehler Voss mit Ekkehard Schröder über die Frage nach unterschiedlichen Generationen in der Geschichte der Medizinanthropologie. Wir freuen uns, dass dieser Aufruf nach so langer Zeit Gehör gefunden hat und führen diese Rubrik im vorliegenden Heft mit einem Gespräch von Katarina Greifeld mit Verena Keck fort. An dieser Stelle sei die Einladung an alle noch einmal wiederholt, sich an dieser Serie zu beteiligen. Kontakt: curare@agem.de

In 2011, *Curare* published a call for submissions about the oral history of medical anthropology. The aim was to supplement then-contemporary efforts at reflecting on the history of ethnomedicine and medical anthropology in German-speaking countries through reprinted articles from the early days by drawing on personal accounts of and interviews with living witnesses. The invitation encouraged to recall, position oneself, disagree with others, and document events in diverse genres in order to see “which different cohorts and factions become visible, which continuities and ruptures exist in the history, which questions and socio-political concerns remain, and which have changed or newly emerged” (VOSS 2011: 163–164). The series began in the same issue with a text by Verena Münzenmeier on the emergence of medical anthropology in Switzerland and another by Gerhard Rudnitzki on the early days of AGEM in Germany, as well as a conversation between Ehler Voss and Ekkehard Schröder about the question of different generations in the history of medical anthropology. We are pleased that this call for contributions has finally been heeded after such a long time and we continue this section in the present issue with a conversation between Katarina Greifeld and Verena Keck. We would like to reiterate our invitation to everyone to participate in this series. Please get in touch with us at curare@agem.de.

References

- MÜNZENMEIER, VERENA 2011. Rasante Entwicklung der Ethnologie und Ethnomedizin in Zürich in den 70er und 80er Jahren. *Curare* 34, 3: 237–242.
- RUDNITZKY, GERHARD 2011. Die frühe Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin in Heidelberg: Die Botschaft der 70er – ein verbindliches Erbe für die Medizinanthropologie im 21sten Jahrhundert. *Curare* 34, 3: 230–236).
- SCHRÖDER, EKKEHARD & EHLER VOSS 2011. Generation Ethnomedizin. Fragen an Ekkehard Schröder. *Curare* 34, 3: 224–229.
- VOSS, EHLER 2011. Editorial: 40 Jahre Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin – Zeit für eine Oral-History der Ethnomedizin/Medizinanthropologie/Medical Anthropology im deutschsprachigen Raum. *Curare* 34, 3: 163–164.

Literatur

- MÜNZENMEIER, VERENA 2011. Rasante Entwicklung der Ethnologie und Ethnomedizin in Zürich in den 70er und 80er Jahren. *Curare* 34, 3: 237–242.
- RUDNITZKY, GERHARD 2011. Die frühe Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin in Heidelberg: Die Botschaft der 70er – ein verbindliches Erbe für die Medizinanthropologie im 21sten Jahrhundert. *Curare* 34, 3: 230–236).
- SCHRÖDER, EKKEHARD & EHLER VOSS 2011. Generation Ethnomedizin. Fragen an Ekkehard Schröder. *Curare* 34, 3: 224–229.
- VOSS, EHLER 2011. Editorial: 40 Jahre Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin – Zeit für eine Oral-History der Ethnomedizin/Medizinanthropologie/Medical Anthropology im deutschsprachigen Raum. *Curare* 34, 3: 163–164.

„Vielleicht bin ich in die Medizinethnologie reingerutscht.“

VERENA KECK, INTERVIEWT VON KATARINA GREIFELD

Dieser Text erscheint als Teil der *Curare*-Serie Oral Histories der Medizinanthropologie.

Im Advent 2025 fahre ich nach Heidelberg, um Verena Keck zu interviewen. Ich möchte gerne erfahren, wie sie zur Medizinethnologie gekommen ist. Wir sitzen an einem vorweihnachtlich gedeckten Kaffeetisch mit einer spanischen Mandeltorte und – natürlich – Kaffee. Draussen ist es schon dunkel, obwohl es gerade erst einmal Nachmittag ist. Also genau die richtige Atmosphäre, um mehr von der beruflichen Biographie einer Medizinethnologin zu erfahren. Wir kennen uns schon seit vielen Jahren ...

KATARINA GREIFELD: Wenn ich mich recht erinnere, kommst Du aus einer Medizinerfamilie ...

VERENA KECK: Ja, mein Vater und Großvater waren Internisten, mein Bruder ist Kardiologe.

GREIFELD: Lag deswegen die Medizinethnologie so nah?

KECK: Nein, eigentlich nicht. Ich bin über viele Umwege in die Ethnologie gekommen, und dann später zur Medizinanthropologie. Zuerst war ich in der Lehre als Möbelschreinerin, dann wollte ich darauf aufbauend Restauratorin werden, habe aber keinen Ausbildungsplatz gefunden. Da dachte ich, dann studiere ich erst Kunstgeschichte, um auch das theoretische Wissen zu erwerben. Dazu nahm ich als Nebenfach Ethnologie, die mich immer mehr interessierte. Das wurde schließlich mein Hauptfach (1980). In Basel war ja der Schwerpunkt Ozeanien bzw. genauer Melanesien. Bereits 1984 war ich das erste Mal in Papua New Guinea, gemeinsam mit Jürg Wassmann, um ein mögliches Forschungsgebiet zu finden. Das war dann bei den Yupno im Finisterre-Gebirge, einer ziemlich unbekanntem Gruppe, bis auf einen Beitrag in den fünfziger Jahren war noch nichts über sie publiziert. Wir hatten zu dritt ab 1986 ein Forschungsprojekt mit dem Titel „Kognitiv-ethnographische Erforschung der Yupno in Nordost-Neuguinea“. Eine Ethnologin forschte zum Thema Ethnobotanik, Jürg Wassmann zu

Raum- und Zeitvorstellungen und ich zur Ethnomedizin, wie es damals noch hieß. Mich interessierte vor allem, wie die Yupno Krankheit und Gesundheit interpretierten, welche Therapiemöglichkeiten sie hatten. In der Nähe gab es eine „westliche“ Gesundheitsstation, und ich wollte auch erfahren, wie oder wann sie diese Gesundheitseinrichtung aufsuchen. Das war dann die Fragestellung für meine Doktorarbeit. Ich war 1986, 1987 und 1988 dort, und viele weitere Aufenthalte kamen hinzu.

1991 wurde Verena Keck zum Thema Kranksein bei den Yupno in Papua New Guinea aus ethnologischer und biomedizinischer Sicht in Basel promoviert (KECK 1992, 2005).

Damals war die Medizinethnologie im deutschsprachigen Raum noch in ihren Anfängen. Es gab kaum Lehrveranstaltungen, jedenfalls in Basel.

KECK: Wir haben dann mit Birgit Obrist und Kolleginnen aus Zürich eine Untergruppe der Schweizerischen Ethnologen gegründet, die Interdisziplinäre Kommission für Medizinethnologie (IKME), um die Medizinethnologie in der Schweiz besser bekannt zu machen. Dafür haben wir Vorträge gehalten und Kolloquien organisiert, woraus schließlich die MAS, die *Medical Anthropology Switzerland* wurde.

Das war Anfang der 1990er Jahre. Es war mehr ein wissenschaftlicher Zusammenschluss, vergleichbar vielleicht mit der AGEM (Arbeitsge-

meinschaft Ethnomedizin, heute Arbeitsgemeinschaft Ethnologie und Medizin).

Als ich bei den Yupno meine Feldforschung gemacht habe, bekam ich auch Besuch von zwei Medizinerinnen, also von der Schulmedizin. Ich hatte mir die beiden Medizinerinnen sozusagen mitgebracht, und nicht umgekehrt, wie es häufig der Fall war. Wir machten gemeinsam einen Medical Survey eines Dorfes, also was sind die häufigsten Krankheiten und wie werden sie von den Yupno erklärt. Wir haben dann zusammen versucht, die Yupno-Krankheitsbilder mit der Schulmedizin zu korrelieren. Auch da war mir schon die interdisziplinäre Zusammenarbeit sehr wichtig.

Aus heutiger Sicht lauert hier der Vorwurf des Neo-Kolonialismus, wenn „unsere“ wissenschaftliche Medizin der Heilkunst der Yupno gegenübergestellt wird. Allerdings ging es gerade nicht um eine „Beurteilung“ der indigenen Therapien der Yupno, sondern darum, die völlig unterschiedlichen Ursachenkonzepte deutlich zu machen. Also Neugierde statt Urteil.

Damals war es häufig so, dass Ethnologinnen, die als Medizinethnologinnen arbeiteten, schnell gefragt wurden, ob sie auch Medizin studiert hätten – vor allem von Medizinerinnen. Wenn diese Frage verneint wurde, dann kam es durchaus zu hochgezogenen Augenbrauen als Zeichen für Verwunderung und/oder Zweifel. Das hat sich heute weitgehend geändert.

KECK: Die Hauptursache für Krankheit bei den Yupno ist soziopathisch, also aufgrund von sozialen Spannungen und Konflikten in der Gruppe. Wichtig ist es, herauszufinden, warum Mitglieder der Verwandtschaftsgruppe oder auch Verstorbene bzw. ihre Totengeister erzürnt sind. Das muss in Gruppendiskussionen geklärt werden. Dann verständigen sie sich darüber, wie diese sozialen Spannungen mit einer Kompensationszahlung oder einem Ritual gelöst werden können, und dann kann der oder die Kranke wieder gesund werden. Außerdem gingen die Yupno ja auch in die Gesundheitsstation und nahmen „westliche“ Medikamente – soweit die überhaupt vorhanden waren. Damals war die Ausstattung übrigens noch ganz gut, besser als heute jedenfalls.

Bevor sie nach Papua New Guinea ging, hatte Verena Keck an der Universität Basel Tok Pisin gelernt, die Lingua franca in Papua New Guinea und zweite Amtssprache neben Englisch, und vor Ort auch ein bisschen Yupno, das sie allerdings nie fließend sprach. Aber die zentralen Begriffe kannte sie, so dass sie gut einschätzen konnte, worum es ging. Schnell wurde klar, dass viele Krankheiten soziale Ursachen haben, denen sie dann forschend weiter nachging.

KECK: Ich habe zwar einiges in der Medizinethnologie publiziert und auch oft unterrichtet, aber ich muss sagen, ich sehe mich in erster Linie als Ozeanistin, Regionalspezialistin für Ozeanien, vor allem Melanesien (also PNG) und Mikronesien. Ich war eher auf Veranstaltungen und Kongressen der Ozeanisten als der Medizinethnologen, obwohl ich ja in beiden Bereichen gearbeitet habe.

Kurze Zeit später war ich auf einer Konferenz der amerikanischen Ozeanisten in New Orleans, wo mich eine Kollegin, Rebekka Stephenson, auf meine Arbeit in Papua New Guinea ansprach. Über sie lernte ich den kanadischen Neurologen John C. Steele kennen, der über eine in Guam verbreitete neurodegenerative Erkrankung, Amythrophe Lateralsklerose und Parkinson-Demenz-Komplex, so der etwas sperrige Name, seit vielen Jahren forschte. Zu den Ursachen dieser Krankheit wurde und wird nach wie vor sehr viel in die Forschung investiert. Er wollte gerne auch eine Ethnologin in seinem Projekt dabei haben. Ziel war es, neue Erklärungen mittels qualitativer Methoden zu finden.

John Steele, der seit vielen Jahren in Guam lebte, ermöglichte mir, direkt mit betroffenen Familien zu sprechen, Interviews zu führen. Ohne ihn wäre ich wohl nicht in die Familien hineingekommen. Es war ein sehr partnerschaftliches Verhältnis mit ihm und den anderen Medizinerinnen über viele Jahre hinweg.

Ich denke, dass ich meine Forschung in Guam finanzieren konnte, lag wohl auch daran, dass es, zumindest in der Schweiz, Forschungsgelder gab. Die großen Pharmaunternehmen sind nach wie vor in Basel angesiedelt und natürlich sind sie interessiert, entsprechende Forschungen zu finanzieren. Mein Hauptsponsor war der Schweizer

Nationalfonds, das entspricht in Deutschland der DFG (Deutsche Forschungsgemeinschaft), aber da ja der Ausgang dieses Forschungsantrags unsicher war, war ich auch auf der Suche nach anderen Geldgebern, die ich dann auch fand ...

In ihrer Habilitation The Search for a Cause: an Anthropological Perspective on an Neurological Disease in Guam, Western Pacific (KECK 2011) verband Verena Keck drei Perspektiven: die Geschichte der Chamorro, die Ethnologie und die bisherige medizinische Erforschung der Erkrankung. Es war eine der – bis zu diesem Zeitpunkt – wenigen ethnologischen Arbeiten zu neurodegenerativen Erkrankungen in indigenen Kulturen.

Die Arbeit wurde in Guam veröffentlicht, was für Verena Keck und die Leute dort wichtig war, die sehr auf die Ergebnisse der Forschung warteten. Sie waren schon oft von Forschern untersucht worden, und immer wieder war das Versprechen gegeben worden, zurückzukommen und die Ergebnisse zu präsentieren. Umso positiver wirkte es, dass die Forschung vom Richard Flores Taitano Micronesian Area Research Center der Universität Guam veröffentlicht wurde.

Typisch bis in die 2000er Jahre hinein war auch, dass möglichst Mediziner an solchen Forschungen dabei sein sollten, um die sozialwissenschaftlichen Erkenntnisse der Ethnologen in der einen oder anderen Weise quasi zu validieren. Die Medizinethnologie hatte es zunächst schwer, sich zu emanzipieren und als eigenständige Wissenschaft, als Teildisziplin der Ethnologie, zu etablieren. Mittlerweile gibt es ein großes Angebot an Lehrveranstaltungen und qualifiziertes ethnologisches Personal, um Forschungsarbeiten beurteilen zu können.

Dann kam HIV/AIDS und vielen Beteiligten wurde deutlich, dass sozialwissenschaftliches Potenzial zur Aufklärung, vor allem von Jugendlichen, gefragt war. Es wurde erkannt, dass Ethnologen einen wichtigen Beitrag dazu leisten konnten und wurden folgerichtig in der offiziellen Entwicklungspolitik berücksichtigt. Das war ein wichtiger Schritt zur Professionalisierung, der nicht zuletzt dazu beitrug, dass medizinische Fakultäten auf diese „neuen“ Fragestellungen aufmerksam wurden. In der Folge konnten entsprechende Fortbildungen angeboten werden.

KECK: Mit zwei Ethnologinnen (Franziska A. Herbst und Julia Thiesbonenkamp-Maag) hatten wir dann die Idee, ein „Medizinethnologisches Team“ zu bilden, eine Ausgründung der Universität Heidelberg (2012). Wir haben etwa zehn Jahre lang zusammengearbeitet: Unterricht in interkultureller Kommunikation, unterschiedliche Sichtweisen auf und Umgang mit Krankheit sowie Migration und Krankheit waren Themen. All das war interessant, aber es gab kaum Geld, es gab auch leichte Widerstände, dennoch wurde es als wichtig angesehen... Wir waren vor allem am Institut für Übersetzen und Dolmetschen der Universität Heidelberg, und haben unter anderem dort einen Beitrag zur Ausbildung von Krankenhausdolmetschern geleistet. Auch am Institut für Global Health mit internationalen Studierenden, die vorwiegend in der Biomedizin sozialisiert waren, haben wir im dortigen Masterkurs zusammen mit einer Kollegin Public Health Anthropology unterrichtet. Vor drei Jahren haben wir unsere Firma aufgelöst, weil wir drei uns beruflich neu orientierten. Insgesamt hat das sehr viel Spaß gemacht, aber keine von uns konnte davon leben.

Vielleicht bin ich in die Medizinethnologie reingerutscht. Ich denke, dass es dort bessere Chancen gibt, als Ethnologin tätig zu werden, als z.B. mit Verwandtschaftsethnologie. Das soll jetzt nicht abfällig klingen, aber ich meine, dass die Medizinethnologie bessere Chancen bietet, vor allem mit guten Sprach- und Lokalkenntnissen. Zum Beispiel, wenn es um Gesundheit von Migranten und Migrantinnen geht, etwa im Gesundheitsamt oder anderen öffentlichen Stellen. Ich denke, sie ist anschlussfähiger als andere Spezialisierungen.

Fazit? Medizinethnologie ist heute ein wichtiger Bereich in der Ethnologie. Sie gibt Möglichkeiten zum im besten Sinne Querdenken, andere Möglichkeiten und Interpretationen zu entwickeln und interdisziplinär zu arbeiten. Persönliches Fazit: Es war immer hochspannend, selten zielgerichtet, sondern eher annehmend, was sich gerade entwickelt ...

Literatur

KECK, VERENA 1992. *Falsch gehandelt, schwer erkrankt. Kranksein bei den Yupno in Papua New Guinea aus ethnologischer und biomedizinischer Sicht*. Basler Beiträge zur Ethnologie; 35. Basel: Wepf.

--- 2005. *Social Discord and Bodily Disorders. Healing Among the Yupno of Papua New Guinea*. Medical anthropology series. Durham, NC : Carolina Academic Press.

--- 2011. *The Search for a Cause: an Anthropological Perspective on an Neurological Disease in Guam Western Pacific*. Magilao: University of Guam.



Katarina Greifeld, Dr. phil., Jahrgang 1956, freiberuflich tätige entwicklungspolitische Sachverständige in Frankfurt am Main, insbesondere im Bereich sexueller Gesundheit, u.a. Betreuung von qualitativer Forschung z.B. zur Beschneidung von Frauen in Mali. Promotion in Ethnologie (1984) zu einem medizinethnologischen Thema („Die Heilslehre der Mayo: Widerstand und Anpassung am Beispiel des medizinischen Systems“). Wichtigste Publikation als Herausgeberin: *Ritual und Heilung. Eine Einführung in die Medizinethnologie*, Berlin 2003, völlig überarbeitete 4. Neuauflage Berlin 2013 mit dem Titel „Medizinethnologie. Eine Einführung“. Sie ist seit 1980 Mitglied der AGEM, war von 1988–1992 als 2. Vorsitzende und 2008–2009 als 1. Vorsitzende im Vorstand der AGEM aktiv und wurde 2024 zum Ehrenmitglied ernannt.

Mauerweg 10
60316 Frankfurt
e-mail: greifeld@gmx.de



Verena Keck, Prof. Dr., Jahrgang 1957, war außerplanmäßige Professorin der Goethe Universität in Frankfurt am Main. Sie hat langjährige interdisziplinäre Feldforschungen in Ozeanien (Papua-Neuguinea und Guam) und in Bali durchgeführt, welche die Grundlage umfangreicher (medizin)-ethnologischer Lehrtätigkeit an europäischen Universitäten und im Pazifik bildeten. Des Weiteren war sie Mitbegründerin des „Medizinethnologischen Teams“, das medizinethnologisches Wissen in Form von Fortbildungen für Fachkräfte im Pflege- und Gesundheitswesen in die Praxis umsetzte.

Institut für Ethnologie
Goethe Universität
Norbert-Wollheim-Platz 1
60323 Frankfurt am Main
e-mail: verena.keck@t-online.de

NACHRUF
OBITUARIES

Ein bedeutender Forscher, Lehrer und Ideengeber

Nachruf einiger Weggefährt*innen auf Hans Jochen Diesfeld (1932–2025)

WOLFGANG BICHMANN, WALTER BRUCHHAUSEN, DIETER HAMPEL, MICHAEL HEIDEGGER, ALBRECHT JAHN & OLIVER RAZUM, WOLFGANG KRAHL, PITT REITMAIER, SUSAN B. RIFKIN, EKKEHARD SCHROEDER & STEFAN SCHUBERT

Nach einem langen, erfüllten Leben, das in den letzten Jahren durch eine Krebserkrankung geprägt war, verabschieden wir uns für immer von Prof. Hans Jochen Diesfeld (18.04.1932–19.03.2025).

Er hatte sich sehr bewusst umschauend auf sein Abschiednehmen vorbereitet. Dieser „Nachruf“ umfasst mehrere Beiträge der Schüler, Freunde und Kollegen, die er in einem persönlichen Abschiedsbrief als „Weggefährten“ ansprach: „Und ich wünsche euch viel Kraft, euch weiter für eine global gerechte, gesunde, positive Zukunft einzusetzen.“



Abb. 1 Hans Jochen Diesfeld widmete sein Leben wie sein Vorbild Rudolf Virchow der Wechselwirkung von Armut, Krankheit und Unterentwicklung.
Foto: Wolfgang Krahl (alle Rechte vorbehalten).

Neben den beruflichen, tropenmedizinischen Stationen und Erfolgen seines Wirkens war er immer ein aktives, engagiertes Mitglied (seit 1976) und Förderer der Arbeitsgemeinschaft Ethnologie und Medizin e.V., und ihrer Zeitschrift *Curare* und seit 2003 ihr Ehrenmitglied. Seinen Entwurf einer „Medizin in Entwicklungsländern“, der die Schulmedizin in den sozioökonomischen Kontext stellt, erweiterte er um eine soziokulturelle Dimension. Er war schon Mitte der siebziger Jahre internatio-

nal gut vernetzt mit Vertretern der „Health for All“-Bewegung, des Weltkirchenrats, der WHO und der „International Public Health“-Ausbildung.

Folgerichtig baute er mehrere Ausbildungsgänge sowohl für medizinisches Personal in der Entwicklungszusammenarbeit als auch für in Deutschland ausgebildete Medizinstudent*innen aus Entwicklungsländern auf und sorgte für deren Finanzierung.

Die Vielseitigkeit von Diesfelds Wirken spiegelt sich in den nachfolgenden Beiträgen von Weggefährten aus unterschiedlichen Disziplinen und verschiedenen Stationen seines Lebens. Es ist hier unmöglich, all seine Verdienste, Veröffentlichungen und Ehrungen aufzuzählen. Hans Jochen Diesfeld hinterlässt seine 93-jährige Ehefrau Ingeborg und die beiden gemeinsamen Kinder Angelika Eckerle und Nikolaus Diesfeld.



Abb. 2 „Symbolisch stehen wir immer auf den Schultern unserer Vorgänger. Dies kommt auch in dieser alten Makonde-Schnitzerei zum Ausdruck, die ich vor über 60 Jahren zu Beginn meines Afrika-Engagements in Kenia erworben habe und nun im Frühling 2025 erneut fotografiert habe. Ich stehe in dieser Folge jetzt für eine fast vergangene Generation. Ihr seid nun an der Reihe, die nächsten Generationen begleitend zu unterstützen und die Idee von ‚Health for all‘ weiter zu fördern.“
(aus: H.J. Diesfeld, Abschiedsbrief im März 2025).
Foto: Wolfgang Krahl (alle Rechte vorbehalten).

Hans Jochen Diesfeld (1932–2025): Freund, Lehrer und Vorbild*

Zünftig mit schwarzem Vollbart als Schiffsarzt auf einem deutschen Forschungsschiff während des Internationalen Geophysikalischen Jahres 1957/58 – das war eines der Fotos, die Hans Jochen Diesfeld gerne beim Kaffeetrinken auf dem Balkon seines Hauses in Starnberg zeigte. Unter den Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin, Reisemedizin und Globale Gesundheit (DTG) gibt es viele mit einem im wörtlichen Sinne „bewegten“ Leben. Aber Diesfeld, Ehrenmitglied der DTG und von 1979–81 deren 1. Vorsitzender¹, hat besonders viel hineingepackt in seine 92 Lebensjahre. Nach Medizinstudium und Promotion 1951 bis 1957 in München, absolvierte Diesfeld von 1958 bis 1962 die Facharzt-Weiterbildung für Innere Medizin am Städtischen Krankenhaus Ansbach. Dort infizierte er sich bei einem aus Indien heimgekehrten Missionar mit den Pocken². Das Erleben einer „exotischen“ Infektionskrankheit am eigenen Leibe gab seinem beruflichen Weg eine neue Richtung: Diesfeld wurde 1963–65 Oberarzt in der Inneren Abteilung des Haile-Selassie-Hospitals in Addis Ababa, Äthiopien.³ Anschließend arbeitete er als wissenschaftlicher Assistent am Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen, damals angebunden an das Südasien-Institut der Universität Heidelberg, und habilitierte 1969.⁴ 1978 kehrte er als Ärztlicher Direktor zurück an das Institut, das später als Abteilung am Hygiene-Institut des Klinikums der Universität Heidelberg verankert war. Dessen Leitung hatte er bis zum Eintritt in den Ruhestand im Oktober 1997 inne.

Diesfeld war ein Pionier der Gesundheitssystemforschung, mit einem ausgeprägt interdisziplinären und höchst innovativen Ansatz. Zu seinem wissenschaftlichen Portfolio gehörten international vergleichende Untersuchungen von Gesundheitssystemen, Medizinische Anthropologie, Geomedizin, Epidemiologie sowie die Klinik der Tropenkrankheiten und medizinische Parasitologie. Den nationalen und internationalen Politikwandel hin zu „Global Health“ gestaltete er aktiv und mit klarer Linie als Mitglied von Fachgremien mit, darunter der wissenschaftliche Beirat im

Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit, der Weltgesundheitsorganisation und der Europäischen Kommission. Dass heute ein Änderungsprozess eingesetzt hat, weg von kolonialem Denken und hin zur Perspektive einer Globalen Gesundheit einschließlich einer Gesundheitsversorgung, die Chancengleichheit in den Vordergrund stellt, das ist Menschen wie Hans Jochen Diesfeld zu verdanken, die auf diesem Weg vorangegangen sind.

Diesfeld war Pionier auch im Bereich der Lehre: Im Herbst 1990 startete – zunächst als Modellversuch – der internationale Masterstudiengang Community Health and Health Management in Developing Countries als erster Postgraduiertenkurs in englischer Sprache in Baden-Württemberg. So finden sich Diesfeld-Schülerinnen und -Schüler nicht nur in Deutschland, sondern weltweit und in vielen internationalen Organisationen.

Diesfeld hat die Buchreihe „Medizin in Entwicklungsländern“ begründet, welche die Entwicklung der „Diesfeld-Schule“ über mehrere akademische Generationen widerspiegelt. Band 19, das gemeinsam mit Sigrid Wolter herausgegebene Handbuch „Medizin in Entwicklungsländern“, ist in dieser und späteren Auflagen vielen Entwicklungshelferinnen und -helfern durch ihre Teilnahme an den Vorbereitungskursen in Heidelberg bestens bekannt. Wer Diesfelds Positionen in dialogischer Form kennenlernen möchte, dem sei der Band *Entwicklungsziel Gesundheit*. Zeitzeugen der Entwicklungszusammenarbeit blicken zurück empfohlen.⁵ Einen Querschnitt seiner Arbeiten hat Diesfeld 2023 in dem Band *Von ‚Tropenmedizin‘ zu Global Public Health* zusammengestellt.⁶

Für viele, die seinen Weg begleiten durften, war Hans Jochen Diesfeld nicht nur akademischer Lehrer, sondern auch Freund und Vorbild. Viele von uns hätten ohne ihn nicht den Weg gehen können, den wir eingeschlagen haben. Dafür danken wir ihm von ganzem Herzen.

OLIVER RAZUM, Bielefeld &
ALBRECHT JAHN, Heidelberg

* Dieser Nachruf erschien zuerst in *Flugmedizin-Tropenmedizin-Reisemedizin* 32,3 (2025): 166.

Anmerkungen

1 KNOBLOCH, J. 2007: *Die hundertjährige Geschichte der DTG von 1907 bis 2007*. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit e.V.: 32.

2 HERRLICH, A.; DIESFELD, H.J. & SCHMIDT, H. 1961. Die Pockenerkrankungen in Ansbach 1961. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 86: 1413–1420.

3 UNIVERSITÄT HEIDELBERG 2023. Der Wegbereiter. Hans Jochen Diesfeld entwickelte die Heidelberger Tropenmedizin zur „Globalen Medizin“ weiter. <https://www.uni-heidelberg.de/de/universitaet/heidelberger-profile/aktuelle-portraits/der-wegbereiter> [12.08.2025].

4 DRÜLL-ZIMMERMANN, D. 2009. Diesfeld, Hans Jochen. In Drüll-Zimmermann, Dagmar (Hg.) *Heidelberger Gelehrtenlexikon 1933–1986*. Berlin: Springer: 159–160.

5 BRUCHHAUSEN, W.; GÖRGEN, H. & RAZUM, O. 2011. *Entwicklungsziel Gesundheit. Zeitzeugen der Entwicklungszusammenarbeit blicken zurück*. Frankfurt/M.: Peter Lang Verlag.

6 DIESFELD, H.J. 2023. Von „Tropenmedizin“ zu „Global Public Health“. *Die politische Dimension ärztlichen Handelns. Biographische und bibliographische Anmerkungen. Lern-, Lehr- und Wanderjahre 1962 bis 2022*. Lausanne u.a.: Peter Lang.

Ein sehr persönliches Gedenken an meinen Freund Hans Jochen Diesfeld

Im Frühjahr 1978 lernte ich Professor Hans Jochen Diesfeld kennen, er war damals vor meiner Entsendung durch den Deutschen Entwicklungsdienst (DED) nach Malaysia mein Lehrer in dem Kurs „Medizin in Entwicklungsländern“, den er gemeinsam mit dem rührigen „Kursassistenten“ Ekkehard Schröder durchführte. Vom Inhalt dieses Kurses profitiere ich noch heute, der Kurs nahm vorweg, was man heute „One Health“ nennt.

Beruflich und auch privat wurden Jochen und ich durch Äthiopien sehr geprägt. Die Tätigkeit von 1963 bis 1965 in Addis Abeba als Oberarzt an der Inneren Abteilung des Haile Selassie Hospitals – Inge arbeitete in Äthiopien als Hebamme – sollte ihren weiteren Lebensweg bestimmen.

Drei Jahre nachdem Jochen Äthiopien verlassen hatte, besuchte ich 1968 als Student zum ersten Mal das Land und seit 2011 war ich als Dozent für den Bereich „Mental Health“ fast jedes Jahr an verschiedenen Universitäten in Addis Ababa, Jimma und Mekelle tätig. Nach einem Workshop in Mekelle/Tigray im Jahr 2024 war Jochen mir eine große Hilfe, die furchtbaren Geschehnisse des Bürgerkriegs mit ihm zu besprechen und zu verarbeiten.

Aufgewachsen in der Zeit des Nationalsozialismus erlebte Jochen 1944 als 12-jähriger Luftschutzmelder einen Luftangriff auf die Starnberger Feuerwache, danach gab es für ihn

Einsätze beim Jugendrotkreuz. Jochen und Inge haben sich schon während der Schulzeit kennengelernt und ineinander verliebt, es wurde für beide die Liebe ihres Lebens. Sie heirateten 1958 und Inge begleitete Jochen bei zahlreichen Reisen und Auslandseinsätzen.



Abb. 3 Inge und Jochen Diesfeld im September 2020. Foto: Wolfgang Krahl (alle Rechte vorbehalten).

Die Arbeit für ein halbes Jahr als Kumpel unter Tage in einer Kohlenzeche im Ruhrgebiet gab ihm ungeahnte Einblicke in die Arbeitswelt und hatte Einfluss auf seine soziale Einstellung. Nach dem Studium der Medizin erfolgte 1958 die Facharzt-Weiterbildung für Innere Medizin am Städt. Krankenhaus Ansbach. Die Versorgung eines

Patienten, der von einer Indienreise mit einer Pockeninfektion zurückkam, führte zu einer eigenen Pockenerkrankung, was ihn letztendlich zur Tropenmedizin brachte.



Abb. 4 Ein Prosit auf die Besteigung der Nauderer Hennesiglspitze 3045 m im August 2017.
Foto: Wolfgang Krahl (alle Rechte vorbehalten).

Dass Jochen und Inge Diesfeld sich mit mir und meiner Frau angefreundet haben, verdanken wir Inge. Inge fragte mich vor über zehn Jahren bei einer Tagung der AGEM in Heidelberg, ob ich mit Jochen wandern gehen könnte, seine bisherigen Wanderfreunde seien dazu nicht mehr in der Lage. Für mich war es selbstverständlich, mit Jochen die Alpen gemeinsam zu erleben und es war der Beginn einer engen Freundschaft. In den 1980ern engagierte sich Inge als Geschäftsführerin für die Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin. Durch die Gespräche mit Inge und Jochen entwickelte sich ein vertiefter Austausch auch zu persönlichen Freuden und Sorgen.

Neben den zahlreichen Wanderungen und Skitouren war im Sommer 2017 die Tour auf die Nauderer Hennesiglspitze mit 3045m in den Öztaler Alpen etwas ganz Besonderes, immerhin war Jochen schon über 85 Jahre alt.

Auch die Skitour von Seefeld nach Scharnitz im Winter 2018 bleibt mir in guter Erinnerung, genauso die Bergtour auf den Tegelberg mit Klettereinlagen im Sommer 2020. Während dieser Bergtouren war es Jochen immer wichtig, zu Inge Kontakt zu halten, da Inges Gesundheitszustand seit einigen Jahren immer wieder kritisch war. In ihren jungen Jahren hatten Jochen und Inge zahlreiche Berg- und Skitouren gemeinsam unternommen.

Als Jochen sich eine Spontanfraktur des Oberschenkelhalses im Sommer 2022 zuzog, war das ein erstes Symptom seiner Krebserkrankung. Nicht mehr gut laufen zu können, war für ihn nicht einfach, war er doch immer sehr sportlich unterwegs. Bis dahin hatte Jochen die Pflege von Inge vollständig selbst übernommen, jetzt musste ganz plötzlich ein Pflegedienst organisiert werden. Die Tochter Angelika kam sofort nach Starnberg und war eine große Hilfe.

Zu Beginn der COVID-Krise im März 2020 hat sich Jochen geäußert, er machte sich als erfahrener Kliniker für den Einsatz von Gesichtsmasken stark, noch bevor die WHO und das RKI das empfahlen. Seinen letzten großen akademischen Auftritt hatte er vom 5.–7. April 2024 in der evangelischen Akademie in Tutzing bei der Tagung „Gesundheit global“, wo er den Hauptvortrag hielt: „Von Tropenmedizin zu Global Health – Die politische Dimension ärztlichen Handelns“. Der Vortrag wurde von den Teilnehmenden mit stehendem Beifall bedacht.

In den letzten 10 Jahren wurden Jochen und ich enge Freunde. Unsere Freundschaft ruhte auf einem festen Fundament und wurde verstärkt, da unsere Frauen Inge und Ursula sich ebenfalls gut verstehen. Bei einem Besuch am 9. Februar 2025 hatte Jochen mich gefragt, ob er mich um einen Freundschaftsdienst bitten darf und fragte, ob ich die Trauerrede halte – schweren Herzens sagte ich zu. Für mich war es beeindruckend und berührend, wie klar Jochen seinen Tod kommen sah und ihn auch akzeptierte.

Ich vermisse Jochen sehr, sowohl seine geistige, als auch körperliche Fitness sind Vorbild für mich. Nun habe ich trotz der Trauer ein Gefühl des Glücks mit ihm in enger Freundschaft verbunden gewesen zu sein.

WOLFGANG KRAHL, München

Der respektvolle Förderer

Kennengelernt habe ich Jochen Diesfeld im Sommer 1972. Ich war auf der Suche nach einer „kurzen Doktorarbeit“. Mir war empfohlen worden, in die Tropenhygiene zu gehen. Bei jeweils leichtem bayerischem Akzent verstanden wir uns sehr schnell. Jochen war mir aufgeschlossen gegenüber, meinte etwas lakonisch, ich müsse mir eben ein Stipendium für Indien, Ostafrika oder Äthiopien besorgen. Ich habe dann 1975 über das Gesundheitssystem in Äthiopien promoviert, wobei mir Jochen hier alle Freiheiten gelassen hat.

Im Herbst 1976 rief er mich an und fragte, ob ich an der (einzigen) Assistentenstelle im Institut Interesse hätte. Ich sagte zu und war dann, was die Forschung angeht, in der Zeit nach der ersten Weltbevölkerungskonferenz in erster Linie mit Familienplanung befasst. Auch hier beeindruckten mich wieder Jochens Vertrauen in die Ernsthaftigkeit, Entscheidungsfähigkeit und Loyalität derer, die für das Institut gearbeitet haben. Ich selbst habe von Jochen viel über wohlwollende Führung gelernt, was meine berufliche Tätigkeit sehr geprägt hat.

Im Winter konnte es dann sein, dass ich aus dem benachbarten Büro von Jochen an Freitagmorgen einen Anruf bekam: „Mach' ma Betriebsausflug?“ Der „Betriebsausflug“ führte uns dann zu dritt, manchmal auch zu viert nach Engelberg, wo wir das Wochenende gemeinsam Ski gefahren sind.

Hoch rechne ich Jochen an, dass er meine Entscheidung, mich nicht zu habilitieren, sondern in die Psychiatrie zu gehen, respektiert hat und mir wieder sehr wohlwollend einen weichen Abgang aus dem Institut ermöglicht hat. Wir blie-

ben in der Folge verbunden, nicht zuletzt deshalb, weil Jochen dann wieder meine Kompetenzen als Psychiater angefragt hat, als es um Lehrmaterial für die Ärzte ging.

In der Zeit bis zu Jochens Emeritierung hatten wir eher lockeren Kontakt. Dieser intensivierte sich dann, als Jochen und Inge wieder zurück nach Starnberg gezogen sind. Wir trafen uns regelmäßig bei den beiden, wir reaktivierten die Tradition des Betriebsausflugs und verbrachten mehrmals eine Woche zusammen im Stubaital. Ich erinnere mich daran, dass ich ihn in seinem Alter nicht mehr auf einer schwarzen Piste mit nach unten nehmen werde. Er konnte es nur schwer annehmen.

2012 hatte es sich der damals 80-jährige nicht nehmen lassen, zu meiner Verabschiedung in den Ruhestand aus der Fachklinik Annabrunn für suchtmittelabhängige Männer des KMFV, München, von Starnberg nach Mühldorf zu fahren und dann auch noch eine wiederum sehr wohlwollende Rede zu halten.

Im letzten Jahr wurden dann unsere Kontakte weniger und kürzer. Jochen hat uns gebeten, vor einem Besuch abzuklären, ob er und Inge dem gewachsen sind.

Zuletzt haben wir Jochen und Inge Anfang März 2025 zu Hause gesehen. Beide lagen zerbrechlich wirkend jeweils in einem Pflegebett. Im Kontrast dazu hat Jochen mit kräftiger und entschiedener Stimme seine Situation beschrieben und mit kräftiger und entschiedener Stimme den nahenden Tod benannt. So wird er mir in Erinnerung bleiben.

MICHAEL HEIDEGGER, Mühldorf

Hans Jochen Diesfelds nachhaltiges institutionelles Wirken

Ich selbst habe Jochen 1973 in Heidelberg erstmals kennengelernt und war später – bis zur Promotion im Frühjahr 1977 – als Externer aus Berlin häufig Teilnehmer seiner Doktoranden-seminare. Sein erster Doktorand aus Afrika, Matomora aus Tansania, mit seiner Dissertation

über die Geschichte der Gesundheitsdienste im Tunduru Distrikt, wurde für Diesfeld zu einer „Schlüsselerfahrung“. In den 1990er Jahren war Mat dann Dozent an seinem Institut, bevor er nach Tanzania zurückkehrte und das Projekt Kiuma ins Leben rief, das Jochen – nicht zuletzt

durch mehrere persönliche Besuche – so lange förderte.

Nach seiner Zusatzausbildung (Diploma of Tropical Public Health, DTP) an der London School of Hygiene and Tropical Medicine Mitte der sechziger Jahre war es Diesfeld ein Anliegen in Heidelberg „die Lehre der ‚Tropenmedizin‘ aus ihrer damals konservativen, stark eurozentrisch-kolonialmedizinischen Perspektive herauszuholen und in eine zeitgemäße ‚Medizin in den Tropen‘ umzubauen“.¹ In der beginnenden Diskussion um „Primary Health Care“ war er international gut vernetzt und es gelang ihm nicht nur seine Studierenden, sondern auch die Organisationen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit anzusprechen, die in den Siebziger- und Achtzigerjahren noch in größerem Umfang Gesundheitsvorhaben in Entwicklungsländern umsetzten und finanzierten. Dies betraf – neben der Vorbereitung medizinischen Personals – die Mitarbeit in Gremien, die Prüfung und Evaluierung von deren Projekten und Programmen. Das tropenmedizinische Umfeld in Deutschland reagierte nicht nur positiv: „So bezichtigten etwa die Vertreter von Methoden des Basisgesundheitswesens [...], hauptsächlich in den Entwicklungshilfeorganisationen und im Heidelberger Institut angesiedelt, das wissenschaftliche Lager des Fachidiotentums, während die naturwissenschaftlich orientierten Tropenmediziner den Basisgesundheits Helfern eine amateurhafte Einstellung zur Erkrankungs-erkennung und -bekämpfung unterstellen“.²

Diesfeld hatte indessen den Anspruch, auch inhaltlich in die tropenmedizinische Fachgesellschaft (DTG) hinein zu wirken, deren Mitglied und späteres Ehrenmitglied er seit 1965 war. Von 1979 bis 1981 war er ihr 1. Vorsitzender und blieb bis 1989 Vorstandsmitglied. Im Bereich der klassischen Tropenmedizin blieb er sichtbar durch Buch- und Zeitschriftenartikel und er etablierte – neben der Tropenambulanz – international angesehene Forschungsgruppen zu Parasitologie und Filariosen am Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen (ITHÖG). Der Lehrstuhl für Tropenhygiene seines Vorgängers Helmut Jusat wurde 1976 zwar gestrichen. Es gelang ihm jedoch, die 1962 gegründete Abteilung am Klinikum der Ruprecht-Karls-Universi-

tät zu erhalten und eine Zusammenarbeit mit den tropenmedizinischen Instituten in Hamburg und Tübingen, später auch Berlin, bei der Durchführung von Ausbildungskursen zu etablieren. Dass die DTG heute „Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin, Reisemedizin und Globale Gesundheit“ heißt, spiegelt auch die von ihm vertretenen Inhalte und eine Internationalisierung wider. Ihm lag auch daran, die nicht-medizinischen Variablen der Gesundheitsversorgung in der ärztlichen Ausbildung zu verankern.³ Schon früh war Jochen auch External Examiner für Tropical Public Health in London und Liverpool.

Ich war ihm sehr dankbar, dass er mir, nach meiner dreijährigen Tätigkeit als ärztlicher Entwicklungshelfer in Bénin, ab 1983 zehn Jahre lang die Gelegenheit zu einer inspirierenden und sehr zufriedenstellenden professionellen Mitarbeit am Institut bot – zunächst als Leiter des „Modellversuchs Medizin in Entwicklungsländern“.⁴ Die Europäische Gemeinschaft hatte die Förderung bilateraler Forschungsvorhaben von Universitäten der Mitgliedsstaaten und Partnerinstitutionen in Entwicklungsländern begonnen, und das ITHÖG konnte Mittel für eine vergleichende Dreiländerstudie in Bénin, Burkina Faso und Mexiko akquirieren.⁵ Hieraus entstanden am Institut Forschungsgruppen zu Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung, Kooperationen mit den Universitäten von Cotonou, Ouagadougou und Monterrey sowie Dissertationen von Beteiligten an den Feldforschungen aus den Partneruniversitäten. 1990 wurde das Institut dann zum „WHO Collaborating Centre for Health Systems Research in Developing Countries“.⁶ Der englischsprachige M.Sc. Studiengang in Heidelberg ab Oktober 1990 wurde in enger Zusammenarbeit mit der Liverpool School of Tropical Medicine konzipiert.⁷ Bis heute wurde er von seinen Nachfolgern zum „M. Sc. in International Health“ am Heidelberg Institute of Global Health weiterentwickelt.

Neben der Betonung des sozioökonomischen Kontexts von Krankheit und Gesundheit fokussierte Jochen stets auch den soziokulturellen Kontext, was sich gut in den Titeln seiner Schriftenreihe „Medizin in Entwicklungsländern“ (Verlag Peter Lang, Frankfurt) spiegelt. Er gründete den Arbeitskreis interdisziplinärer tropenmedi-

zinischer Forschung an der Universität Heidelberg, war Ehrenmitglied der AGEM und wurde 1997 zum 65. Geburtstag vom Internationalen Wissenschaftsforum Heidelberg mit einem Symposium zum Thema „The Role of Medical Anthropology in Infectious Disease Control“ geehrt. Das Symposium 2007, veranstaltet von seinem ehemaligen Institut anlässlich seines 75. Geburtstags, stand unter dem Motto „Medizine ethnologie und Public Health: eine kritische Bestandsaufnahme“.

Mit seiner Konsequenz und seinem unermüdelichen Einsatz dafür bestehende Strukturen und Organisationen nachhaltig im Sinne von „Global Health“ weiterzuentwickeln ist Jochen seinen Schülern und „Weggefährten“ ein großes Vorbild geblieben!

WOLFGANG BICHMANN, Frankfurt a.M.

Anmerkungen

- 1 zit. n. BICHMANN, W. 2018. Medizin in Entwicklungsländern aus der Heidelberger Schule. *Curare* 41, 1+2: 17–21.
- 2 KNOBLOCH, J. 2007. *Die hundertjährige Geschichte der DTG von 1907 bis 2007. Herausgegeben vom Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit*. Berlin: September 2007: 23
- 3 BICHMANN, W. & DIESFELD, H.J. 1986. Medizin in Entwicklungsländern – ein neues Fachgebiet? *Mensch, Medizin, Gesellschaft* 11: 82–87.
- 4 DIESFELD, H.J.; BICHMANN, W.; GÖRGEN, R. & SICH, D. (Hg.) 1989. *Lehrangebot: Medizin in Entwicklungsländern. Ergebnisse eines Modellversuchs der Bund-Länderkommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung*. Baden-Baden: Nomos.
- 5 DIESFELD, H.J. & KROEGER, A. (o.J. [1988]). *Final Report Summary: Comparative Study on the Efficiency, Efficacy and Utilisation of Mother and Child Health Services and Primary Health Care Programmes in Bénin, Burkina Faso and Mexico*. TSD-053-D (B).
- 6 DTG 1995. *Memorandum zur Situation der Tropenmedizin in Deutschland. Vorstand der Deutschen Tropenmedizinischen Gesellschaft*. Frankfurt a.M. September 1995
- 7 RIFKIN, S. & GÜLDNER M. 1992. Reflections on postgraduate training for health care in Developing countries in Europe- Past successes and future opportunities. *Curare* 15, 1+2: 29–34.

Beobachtungen am Flugloch

Bienen – mit Jochen ein nie endender Gesprächsstoff, Symbol für Fleiß und Beharrlichkeit, für Frieden und Fruchtbarkeit, für die Sorge des Hobbyimkers, der ihnen die Freiheit des Wildtieres niemals nimmt, aber ihre Arbeit wissend lenkt im Einklang mit der Ökologie der Zeit.

Zurück aus Cabo Verde, 1984, nach fast vier Jahren im ärmsten und weitläufigsten Landkreis in einem der 27 LLDC, der damals ärmsten Länder, in einer Situation knapper Ressourcen, Armut und auch Hunger, sollte ich mir neue Arbeit suchen, Familienvater mit vier Kindern und dem miesen Gefühl, meinen Bienenstock unfertig verlassen zu haben. Was tun? Da meldeten sich zwei meiner ehemaligen Chefs.

In den ersten Tagen bereits war der beeindruckende Allgemeinmediziner am Telefon, Internist und Psychoanalytiker, KZ-Überlebender mit einem klaren Weltbild und ebenso klarer Kritik an der erzkonservativen Ärztervertretung und Ständepolitik, und wollte seine Praxis mit mir teilen.

Und dann kam Jochen Diesfelds Anruf. Eine viele Jahre zuvor beantragte Stelle für die Lehre war genehmigt worden: „Das ist Ihre Stelle!“.

Die Vorgeschichte ist schnell erzählt. Jochen hatte mich 1979 aus dem Entwicklungshelferkurs heraus schon einmal eingestellt als Vertretung für die Tropen- und Reisemedizinische Sprechstunde. Was Didaktik und Methodik des Unterrichts betrifft, lagen wir auf einer Wellenlänge.

Zum EH-Kurs kam ein Kurs für Medizinstudierende aus Entwicklungsländern hinzu. Fernunterrichtspakete, damals mit Dias und Kassetten, viel Unterrichtstätigkeit in anderen Universitäten und Beratungstätigkeit, unseres Erachtens ein Muss, um die Hand am Puls der Gesundheitssysteme zu behalten. Auf Antrag des Gesundheitsministeriums von Cabo Verde finanzierte die Entwicklungshilfeorganisation, mit der ich gearbeitet hatte, für ein knappes Jahrzehnt zwei Monate pro Jahr, in denen ich dort zur Verfügung stand – im Rückblick ein sehr sinnvolles Format,

in dem man die lokale Erfahrung gut einbringen konnte.

Ein erster Master of Science-Kurs, „Community Health in Developing Countries“, startete 1990. Der akademische Mittelbau erweiterte sich rasch, Dozenten aus den USA, Tanzania, Kanada kamen hinzu, neue Abteilungen entstanden mit wechselnden Mitarbeitern. Und doch blieb die Hierarchie die eines Bienenstocks. Alle waren per Du, nur Prof. Diesfeld wurde als „Herr Diesfeld“ und Prof. Hinz in der Parasitologie als „Herr Hinz“ angesprochen. Die Kursleitung zog ins Südasien-Institut, dem Ursprung der Entwicklung von Tropenhygiene und Public Health in Heidelberg unter Prof. Helmut Jusat. Wir bitten bis heute um Entschuldigung, da unser Postgraduiertenkurs,

mit langjährig berufserfahrenen Teilnehmer*innen aus verschiedenen Ländern, darunter Nicht-Mediziner – unverzichtbares Salz in der Suppe – einen lebendigen, partizipativen, aber auch lauten Unterrichtsstil pflegte.

Bienen, älter als die Saurier und genetisch träge wie die Art ist, sind nicht so harmlos wie sie scheinen. Sie können als Schwarm abhauen, sie können sich hemmungslos besaufen in Blüten mit vergorenem Nektar und Angriffskriege führen, um andere Stöcke auszurauben. Dann sollte der Imker wissen, was er zu tun hat. Ein Thema für Kaffeepausen in Dar Es Salaam, Sommerfeste am Dilsberg, auf Skitouren in den Alpen – mit dem besten Chef, den man sich vorstellen kann.

DANKE!!

PITT REITMAIER, Santo Antão, Cabo Verde

Jochen Diesfeld als Förderer von disziplinärer Integration und sektoraler Kooperation. Eine Würdigung aus kulturwissenschaftlicher und ärztlicher Sicht

Dass jemand, der ein in Deutschland neues wissenschaftliches Arbeitsgebiet wie die Gesundheitsversorgung in unterprivilegierten Regionen mit seinem Team, Netzwerk und Institut aufgebaut hat, die Aufmerksamkeit von wissenschaftlichem Nachwuchs in ebendieser Richtung auf sich zieht, ist nicht ungewöhnlich. Dass er aber auch außerhalb von institutionellen, fachpolitischen und personellen „Eigeninteressen“ junge Menschen und ihre teils kritischen Fragen ernst nimmt, ihnen auf später vielleicht etwas anderen Wegen zur Verfügung steht und sich dabei kaum einer Anfrage entzieht, ist im konkurrenz- und karrierebetonten Wissenschaftsbetrieb bemerkenswert.

Hans Jochen Diesfeld war solch ein Mensch, der die Sache, nämlich „Gesundheit in der Dritten Welt“, wie es seinerzeit sehr modern, heute antiquiert, hieß, über all die üblichen Schließungsprozesse stellte: über Grenzziehungen zwischen Forschung und Praxis, zwischen natur- und kulturwissenschaftlich, zwischen eigener Uni und allgemeiner Wissenschaftslandschaft, zwischen etabliert und Nachwuchs, zwischen haupt-

und ehrenamtlich, zwischen angeblich rechts und links, zwischen West und Ost.

Ich bin ihm in drei Zusammenhängen prägend begegnet, zuletzt auch freundschaftlich verbunden und dankbar bleibend für das, was er für die Etablierung von „Global Health“ auch außerhalb von Heidelberg ermöglicht und geleistet hat.

Der erste Bereich ist das Verhältnis zwischen „Biomedizin“, wie die von ihm unterstützte Ethnomedizin/Medical Anthropology die universitär unterrichtete Medizin zunehmend nannte, und anderen Formen von Heilung und Umgang mit Krankheit und Gesundheit. Als junger Mensch mit Identitätsfragen von Relativismus und Gerechtigkeit zwangsläufig stark beschäftigt, interessierte mich aus ethischer Perspektive diese Frage brennend. Bei mir, wie wahrscheinlich bei vielen anderen, hat er durch seine unaufgeregte, kritische Würdigung von Beidem zu einer ausgewogenen und angemessenen Einstellung beigetragen, die wissenschaftlich bis heute trägt.

Das zweite war sein entwicklungspolitisches Engagement in Gremien, als Berater von staatlicher und nicht-staatlicher Entwicklungszusam-

menarbeit und Bildung, in der Förderungs- und Auswahlarbeit wie etwa langjährig beim Katholischen Akademischen Ausländer-/Austauschdienst (KAAD), wo ich sein Nachfolger werden durfte. Hierin blieb er nicht immer gelassen, sondern konnte leidenschaftlich, ja zornig werden, wenn Kurzsichtigkeit und Engstirnigkeit etwa der Kultusbürokratie wichtige Errungenschaften abschaffte, wie die Leipziger Sommerkurse für Medizinstudierende aus tropischen Regionen.

Das dritte und letzte Gebiet war die Entwicklung der Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich, also ihre Geschichte in Kolonialzeit, früher „Entwicklungshilfe“ und Hochzeit von „Primary Health Care“, der er sein letztes Buch widmete. Hier halfen sein historisches Bewusstsein, sein persönliches Erinnerungsvermögen und seine Sammlung in Deutschland oft einzigartiger Bücher, einem neuen Arbeitsgebiet der Geschichtswissenschaft auf den Weg, der

auch weitere universitäre Institutionalisierung von „Global Health“ anstieß. Für das Zeitzeugenprojekt von Bonner Medizingeschichte und (damals) GTZ, aus der ein im Unterricht noch immer eingesetzter Film hervorging, war er eine zentrale Figur.

Trotz beeindruckender Präsenz bei einem Vortrag noch im letzten Lebensjahr, fehlte Jochen gesundheitsbedingt leider schon ein paar Jahre im Diskurs und wird uns in Zukunft als authentische und zugewandte Persönlichkeit mit höchster Kompetenz und zuverlässigem Urteil für immer fehlen. Aber seine vielfältigen Anstöße zur Integration qualitativer Forschung und sozialer Perspektiven wie auch zur Verbindung von Wissenschaft und entwicklungspolitischer Praxis bleiben und entwickeln sich, sind jedoch auch von uns gegen undifferenzierte Tendenzen verschiedener Art zu verteidigen.

WALTER BRUCHHAUSEN, Bonn

Eine humanistische Grundeinstellung auf gesundheitlichem Gebiet

Herrn Professor Hans Jochen Diesfeld habe ich Anfang der 90er Jahre bei einem einen Besuch bei ihm in Heidelberg kennengelernt, der von einem ärztlichen Kollegen vermittelt worden war, da ich an der Universität Leipzig das Fachgebiet Infektions- und Tropenmedizin leitete. Wir stimmten gleich in globalem Denken aus ärztlicher Sicht sehr überein. Der ehemalige Ordinarius für Innere Medizin unserer Universität Prof. Max Bürger äußerte bereits Anfang der 50er Jahre, wir sollen uns nicht nur mit unseren Krankheiten beschäftigen, sondern auch mit den Krankheiten ferner Länder – wer, wenn nicht wir als Universität; und nach meinem verehrten Lehrer für Infektions- und Tropenmedizin Prof. Werner Granz, der auch in vielen Ländern war und von 1959–1986 unser Fachgebiet vertrat, solle nicht „Tropenmedizin“ im engeren Sinne, sondern „Medizin in den Tropen“ als Lehrkonzept für unsere Studentinnen und Studenten aus tropischen Ländern dienen, um sie so gut wie möglich auf ihre ärztliche Tätigkeit in ihren Heimat-

ländern vorzubereiten. Das war auch ganz im Sinne von Professor Diesfeld. Und diese humanistische Grundeinstellung auf gesundheitlichem Gebiet hat er bis zu seinem Ende bewahrt. Sein letzter Vortrag und sein Buch *Von „Tropenmedizin“ zu „Global Public Health“* noch in seinem 91. Lebensjahr sind beredete Zeugnisse dafür, worauf Herr Kollege Wolfgang Krahl sehr würdevoll in seiner Trauerrede hingewiesen hat.

Anfang der 1970er wurden aus tropischen Ländern Anfragen an unser Ministerium gestellt, ihren Medizinstudierenden bei uns bereits während des Medizinstudiums zusätzlich umfangreiche Kenntnisse über die großen Seuchen und die spezifischen Krankheiten wie Malaria und Schistosomiasis zu vermitteln. Daraufhin wurde von unserem Bildungsministerium ein 6-wöchiger ganztägiger tropenmedizinischer Lehrgang in Leipzig im 6. Studienjahr eingerichtet, der für alle Medizinstudentinnen und -studenten aus den Tropen in der DDR obligatorisch war und von vielen Dozierenden mit eigenen Tropenerfahrungen

durchgeführt wurde. Nach der Wende war er nicht mehr obligatorisch, aber auch offen für Studierende aus den Altbundesländern, und er wurde gemeinsam mit tropenmedizinisch erfahrenen Kollegen aus den Altbundesländern bis zu meiner Emeritierung 2012 weitergeführt. Herr Prof. Diesfeld hatte diesen Lehrgang sehr positiv bewertet, und ich hatte ihn viele Jahre für den Einführungsvortrag „Gesundheitsproblematik tropischer Länder“ eingeladen, in dem er sehr zum Nachdenken über die aktuelle Nord-Süd-Problematik im Gesundheitsbereich anregte und Wege für eine Verbesserung in einer gerechteren Weltwirtschaftspolitik aufzeigte.

Uns verbanden auch zufällig gleiche Erfahrungen aus Äthiopien, wo er 1963–1965 als Arzt gemeinsam mit seiner verehrten Ehefrau in Addis Ababa tätig war und ich von 1981–1982 in Gondar, einem ruralen Gebiet im Norden Äthiopiens. Dort war wegen des Ärztemangels im Land

von 1979–1989 von unserer Universität eine medizinische Hochschule für die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten im eigenen Land eingerichtet und betrieben worden, in dem Kolleginnen und Kollegen von allen vorklinischen und klinischen Fachgebieten von uns tätig waren. Auch dieses Projekt hatte Herr Prof. Diesfeld als große akademische Leistung unserer Universität auf medizinisch-ärztlichem Gebiet für solch ein tropisches Land mit all seinen Problemen hoch eingeschätzt.

Rückblickend habe ich es wie auch so viele Mitmenschen als ein großes Geschenk empfunden, dass ich Herrn Prof. Diesfeld kennenlernen durfte. Er gilt für mich als ein großes Vorbild nicht nur auf tropenmedizinischem, sondern auch auf menschlichem Gebiet in unserem Land. Dass er mir seine Brüderschaft angeboten hatte, habe ich als eine besondere Ehre empfunden. Ich werde ihn immer in bester Erinnerung behalten.

STEFAN SCHUBERT, Leipzig

Unterstützung einer kontextgerechten beruflichen Ausbildung von Medizinstudierenden aus Afrika, Asien und Lateinamerika (1988–2005)

Die Abteilung Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen der Universität Heidelberg führte seit 1988 bis 2005 mit der früheren Deutschen Stiftung für internationale Entwicklung (DSE), später Internationale Weiterbildung und Entwicklung (INWENT) im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) ein Ärzteprogramm für in Deutschland Medizin Studierende aus Afrika, Asien und Lateinamerika durch. Vorausgegangen war ein fünfjähriger Modellversuch „Lehrangebot Medizin in Entwicklungsländern“, der von der Universität Heidelberg, gefördert durch die Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung, unter Leitung von Prof. Dr. Diesfeld durchgeführt wurde. Entsprechend der unter den Partnern getroffenen Vereinbarung übernahm die DSE/INWENT den berufspraktischen Bereich des Ärzteprogramms und die Universität Heidelberg den die Lehre

betreffenden Weiterbildungsaspekt. Die Leitung lag auch hier in Händen von Prof. Dr. Diesfeld, die verantwortliche Koordination des Programms bei mir.

Nun ist das Medizinstudium in der Bundesrepublik an den Erfordernissen eines Industrielandes orientiert, welche nur unzureichend kompatibel sind mit einer Tätigkeit von Ärzt*innen in Entwicklungsländern. Die Problemlage ihrer Heimatländer schlägt sich nicht in einem spezifischen Lehrangebot nieder. Das Medizinstudium in Deutschland bedarf daher bezüglich einer Tätigkeit in Entwicklungsländern ein auf diese Regionen bezogenes, kontextgerechtes ergänzendes Angebot. Das Ärzteprogramm war ein studienbegleitendes wie -ergänzendes Angebot, welches zu einer frühen Auseinandersetzung der Studierenden mit der beruflichen Realität ihrer Heimatländer beitrug, und somit eine frühzeitige entwicklungs- und gesundheitspolitische Sensi-

bilisierung und berufspraktische Orientierung der Studierenden befördern konnte. Alle Fortbildungs- und Beratungsmaßnahmen waren am „Primary Health Care“-Konzept, d.h. an einer Verbesserung der primären Gesundheitsversorgungssituation der Gesamtbevölkerung orientiert.

Das jährliche Seminarangebot (bis zu 18 Veranstaltungen im Jahr) umfasste u.a.: HIV/AIDS in Afrika, Asien und Lateinamerika – Frauen und Gesundheit – Anästhesie in Entwicklungsländern – Finanzierung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung – Primäre Prävention in Entwicklungsländern – Mental Health in Afrika, Asien und Lateinamerika – Chronische nicht-übertragbare Krankheiten in Entwicklungsländern – Zahnmedizinische Probleme in Entwicklungsländern – Rückkehr und beruflicher Einstieg. Darüber hinaus wurden einwöchige Trainingskurse zu den Themen Rationaler Umgang mit Arzneimitteln – Hospital und Labor unter einfachen Bedingungen – AIDS in Afrika, Asien und Lateinamerika – Ultraschall unter einfachen Bedingungen und ein zehnwöchiger Diplomkurs Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern mit abschließender Diplomprüfung angeboten. Dieser Diplomkurs wandte sich an Studierende der letzten Semester bzw. ausgebildete Ärzt*innen. Er orientierte die Teilnehmer*innen über die Rahmenbedingungen medizinischer Tätigkeit in Entwicklungsländern und informierte sie über die Möglichkeiten sinnvollen medizinischen Han-

delns mit begrenzten Ressourcen. Darüber hinaus gab er eine Einführung in Diagnostik und Therapie spezifischer Erkrankungen und behandelte u.a. Themen wie Mutter-Kind-Fürsorge, Pädiatrie, Präventions- und Kontrollprogramme und Gesundheitsversorgung auf Distriktebene. Ebenso wurden relevante Themen jährlich in bis zu 40-seitigen *Ärzte-Info*-Ausgaben von erfahrenen Autor*innen vertieft.

Viele Ärzt*innen haben an der Umsetzung des Ärzteprogramms mitgewirkt und waren an der erfolgreichen Implementierung sowie positiven Akzeptanz bei der Zielgruppe beteiligt. Alle Referent*innen verfügten über auslands- wie kontextbezogene, berufliche Erfahrungen. Hinzu kamen die langjährigen Kooperationspartner, das Institut für Tropenmedizin in Berlin und das Missionsärztliche Institut Würzburg.

Während all dieser Jahre fand die Durchführung des Ärzteprogramms unter der engagierten wie kompetenten Führung von Prof. Dr. Diesfeld statt. Er war stets ein zuverlässiger Ansprechpartner sowohl für die inhaltliche Begleitung als auch für die engagierte Unterstützung im Gespräch mit Kooperationspartnern und dem finanziellen Auftraggeber. Im Rahmen der vorgegebenen Programmpunkte hatte ich freien Handlungsspielraum. So war es rückblickend die befriedigendste Tätigkeit in meiner beruflichen Laufbahn.

DIETER HAMPEL, Heppenheim

Remembering Professor Hans Jochen Diesfeld and his contribution to “Health for All”

I first met Professor Diesfeld at a conference in Antwerp in 1985. At the time I was in Hong Kong working for the Christian Conference for Asia and completing my PhD that focused on developing health care for Asian communities outside hospital services. Our discussions led to an invitation to join a new Department at the University of Heidelberg created to provide an MSc. entitled “Community Health and Health Management in Developing Countries”. Having returned to the United Kingdom and to a post at the University of

Liverpool, I was fortunate to learn much about the Heidelberg course in 1987 from Wolfgang Bichmann who was getting his Master of Community Health in Liverpool at this time.

The Heidelberg course was new and challenging. Based in a medical school where health care focused on healing the sick, the idea of prevention in communities, lacking access to care prevention demanded a new commitment and approach to health care. Diesfeld was up to the challenge. Having spent long periods of time in

the countries in Africa and Asia, he understood health care as not only including/ involving hospitals and medicine. He committed his efforts to developing „Primary Health Care“, the approach confirmed by the World Health Organization in 1978, highlighting the need to address health needs outside hospitals, doctors and medicines. His efforts focused on developing a course within the Faculty of Theoretical Medicine at the University of Heidelberg. The Heidelberg Master degree focused on processes necessary for addressing specific, not general public health problems. The course enabled students stay in one place and concentrate on meeting health challenges beyond disease and to share experiences with participants from other countries who faced similar health challenges.

Diesfeld was visionary. The Heidelberg course not only had students from countries outside Germany. It focused on people living in the so called “developing countries” and providing ways to develop health care for those who lived in communities without hospitals and often had

only marginal health services. Most unusual for courses in Europe and the United States, the Heidelberg course made provisions for students to spend a month working in health facilities in poorly resourced areas in low income countries. This experience was shared among all course participants and reflected in their final submission paper that was critical in evaluating both their knowledge and assessment of the Heidelberg experience.

I was so fortunate to be part of the initial Heidelberg course. I took that experience back to the United Kingdom where I taught at the London School of Hygiene and Tropical Medicine and the London School of Economics. I have kept in touch with Heidelberg colleagues over the years and used the Heidelberg experience to develop teaching in the UK, especially in developing a course in Kenya. Due to Diesfeld’s vision, the course has given many professionals good ideas about how to provide health care outside of hospitals. This approach is critical to meet the challenges of provision 35 years after its inception.

SUSAN B. RIFKIN, DENVER

Jochen Diesfeld, ein großer Lehrer, vorbildlicher Chef und langjähriger Freund

Zum zweiten klinischen Semester wechselte ich im Sommersemester 1970 von Kiel nach Heidelberg, auch um am Institut für Soziologie und Ethnologie (ISE) – wie es mit seinem damals fortschrittlichen Konzept hieß – in meinem bis dahin parallel verfolgten Zweitstudienfach Völkerkunde zu profitieren. Dort lernte ich gleich den frisch habilitierten Dr. Diesfeld als Mitarbeiter am Heidelberger Tropeninstitut von Professor Helmut Juszat im Impfkurs kennen. Und ich wurde schnell regelmäßiger Hörer seines dortigen Vorlesungsangebots zu den „Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens in tropischen Entwicklungsländern“, das er neben der Lehre zu den klassischen Tropenkrankheiten anbot. Ich zettelte bald eine Verlegung der spezielleren Vorlesungen von Jochen Diesfeld ins Haus Riesen in der Heidelberger Altstadt an. Die Ethno-Studierenden des ISE sollten ihr Fachwissen mit den auch

medizinsoziologischen Kontexten in den damals neu selbständig gewordenen Entwicklungsländern – so noch die damalige Diktion – erweitern können. Die Themen dieser Vorlesung reihten sich ein in die zu dieser Zeit stattfindenden Analysen der Übel, die an den jungen, an der kolonialen Vergangenheit noch leidenden, Nationen und ihren wachsenden Bevölkerungen begangen wurden. Stichworte waren Bevölkerungsdynamik, Familienplanung, Armutskrankheiten, Morbiditätsmuster, die weltweite zehnpromille große Zahl kinderloser Ehen, Ressourcenknappheit, die Rolle als Arzt, Lehrer und Gesundheitserzieher, Sensibilisierung in der Konfrontation mit anderen Medizinkonzepten und fremden Weltbildern, also das, was zwar zur Ethnologie und Soziologie gehörte, aber nicht unbedingt im damaligen Fokus des Faches lag.

Zur gleichen Zeit entfaltete sich die von dem Ethnologen Joachim Sterly initiierte Arbeitsgemeinschaft Ethnomedizin (AgE), der ich im Gründungsjahr 1970 beitrug. Sie wollte laut ihren Satzungszielen das Studium der Volksmedizinen intensivieren und das der medizinischen Soziologie und der Humanökologie fördern. Da war eine geistige Verwandtschaft zu spüren, die sich in dem aufkommenden Zeitgeist und Label einer neuen universitär zu gestaltenden Interdisziplinarität finden konnte. Und auch hier fand sich viel Pioniergeist, der in Heidelberg am 1962 gegründeten Südasien-Institut (SAI) praktiziert werden konnte. Bezogen auf die Region Indien (Südasien) arbeiteten dazu verschiedenste Universitätsdisziplinen an gemeinsam vor Ort definierten Projekten zusammen. Dazu gehörte damals auch das Institut für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen und ein zweites Heidelberger Institut für Ethnologie unter Professor Jettmar.

Was lag näher, als die Professoren Diesfeld und Jettmar als Schirmherren zur 2. „Fachkonferenz Ethnomedizin“ zu gewinnen, die als „Rundgespräch“ in der Diktion der sie fördernden DFG unter dem Thema „Faktoren des Gesundwerdens in Gruppen und Ethnien“ Ende November 1974 im Südasieninstitut stattfand und von mir im Wesentlichen in einigen freien Monaten nach der frisch erworbenen Approbation im Sommer 1974 organisatorisch betreut wurde.¹ Danach wurde Prof. Diesfeld endgültig von dem Projekt „Ethnomedizin“ überzeugt und 1976 kreatives Mitglied. Im Mai 1977 fand die dritte Tagung der AGEM – wie sie seit 1976 hieß – statt, die Jochen Diesfelds mehrfach entwickelten Gedanken aufgriff, dass man die Erforschung anderer eigenständiger sozialer Sicherungssysteme in den verschiedenen Kulturen unter die Lupe nehmen sollte und als mögliche Ressource betrachten könnte. Mit dem Psychiater, Gruppenanalytiker und Mitarbeiter an der Psychiatrie-Enquete (1975) Gerhard Rudnitzki, der auch im Herausgeberteam der 1971 gegründeten *Ethnomedizin – Zeitschrift für interdisziplinäre Forschung* war, fand man einen konzeptionellen Partner. Die diesmal als dritte „internationale Fachkonferenz Ethnomedizin“ firmierende AGEM-Tagung fand unter dem Titel „Familienkonzepte

in der Bedeutung als Elemente für die soziale Sicherung“ in den Räumen der Stiftung Rehabilitation Heidelberg im Stadtteil Wieblingen statt, die Schirmherren waren der Psychosomatiker Walter Bräutigam, der Ethnologe Lorenz Löffler und der Internist und Tropenmediziner Hans Jochen Diesfeld. Die meisten Referate wurden in den ersten beiden Jahrgängen der 1978 neu gegründeten *Curare – Zeitschrift für Ethnomedizin und Transkulturelle Psychiatrie* veröffentlicht. Die Vorbereitungen hierzu liefen noch gegen Ende meiner Zeit vom November 1976 bis Juli 1978 als Assistent des seit Herbst 1974 stattfindenden Kurses „Medizin in Entwicklungsländern“ im Neuenheimer Feld, wo mittlerweile das Tropeninstitut residierte.

Ich zitiere aus meinem Beitrag zu einer von Wolfgang Bichmann herausgegebenen Festschrift zum 60. Geburtstag von Prof. Diesfeld: „Davor hatte ich den Professor Diesfeld 1976, im Jahre des Aufschwunges der AGEM, als Mitglied werben können, und er fing mich, einen eher ethnologisch identifizierten, in der Medizin noch eher vagabundierenden Ethnomediziner, für den Kurs ein, um in diesem die noch nicht ausgestaltete sozio-kulturelle Dimension aufzubauen. Ich ließ also „die Ohren im Sande schleifen“, wie Herr Diesfeld einen solchen Vorgang mit der ihm eigenen sprachlichen Prägnanz nannte, d. h. ich übte mich in kritischer Wachsamkeit und in Handlungsfreude und nutzte jede Gelegenheit, das Prospektive dieser neuen medizinischen Praxis mitzugestalten mit ihrer neuen Hierarchie der Werte, Ziele und Aufgaben und damit der Einordnung des traditionell ausschließlich gelehrten Fachexpertenwissens in eine bedürfnisorientierte Gesundheitsplanung und an der sozialen, politischen und kulturellen Realität einzelner Bevölkerungssegmente, ob Schichten, Gruppen, Stammesgesellschaften und Klassen oder definierter Risikogruppen, identifizierten Aufgabenstellung, also an aus der Lebenswelt abgeleiteten Problemen. Daraus erwuchs das rote Kurs-Ringbuch.² Die scheinbar unvermittelt nebeneinanderstehenden, vorliegenden Kursskripte konnten in der ersten Ausgabe des Kursringbuches so geordnet werden, dass „Medizin in Entwicklungsländern“ als Lehrprogramm und medizinische

IX	Medizin in Entwicklungsländern	IX
general part		
<u>"MEDICINE IN DEVELOPING COUNTRIES"</u>		
<hr/>		
1.	<u>Specific characteristics of developing countries and their effect on the health of the population and on medical services</u>	
1.1.	Ecological and socio-economic characteristics and their effect on the health of the people and on medical activities: population dynamics, morbidity patterns; interaction between productivity and health in agriculture, during industrialization and urbanization, illnesses caused by poverty; medicine and economy in the North-South Dialogue	
1.2.	The cultural, anthropological, medical-sociological characteristics of the people in developing countries and their effects on the physical, psychical and social health: vertical and horizontal sociological classification and mobility of the African people, traditional/political ethnology, problems of acculturation; the influence of the patients' world view in developing countries and their attitude towards western medicine; practical examples and theoretical conclusions	
1.3.	Case studies	
2.	<u>Aspects of Health-Planning and Health-Care Delivery in Developing Countries</u>	
2.1.	Identification of the problems of health care delivery, epidemiology	
2.2.	Health policy legislation (especially in English- and French speaking countries)	
2.3.	Hygienic problems and prevention: drinking water supply, disposal of fluid and solid waste materials, house-construction methods to prevent diseases	
2.4.	Primary health care health-centres - decentralized services under varying conditions in different countries - tasks - structures - functions	
2.5.	The rural hospital organization - function - curative and preventive activities - delegation - intermediate technology - budgeting - administration - planning - pharmacy	
2.6.	Training and teaching problems with respect to educational possibilities: the role of the physician as the teacher of the paramedical staff and auxiliaries, technology of instruction with simple teaching methods health education	
2.7.	Dialogue with the representatives of traditional medicine	

Abb. 5 Aus DIESFELD & SCHRÖDER 1978.

X	Medizin in Entwicklungsländern	X
general part		
<u>"MEDICINE IN DEVELOPING COUNTRIES"</u>		
3.	<u>Medical Practice in Developing Countries</u>	
3.1.	Aspects of pediatrics: nutrition, anaemia, diarrhoea in childhood, malaria, tetanus, measles, respiratory diseases, organization of "under fives clinics", family planning within mother and child health services, neonatology, accidents	
3.2.	Obstetrics and gynaecology: simplified techniques - fertility problems etc.	
3.3.	Aspects of surgery: priority tasks under limited time - anaesthesia	
3.4.	Aspects of internal medicine: achievements under specific conditions, simplified laboratory and diagnostics	
3.5.	Aspects of ophthalmology: trachoma, onchocerciasis, A-vitaminosis, simple surgery	
3.6.	Problems on psychiatric activities in developing countries	
3.7.	Special aspects of dermatological and venereal diseases	
3.8.	Tuberculosis: epidemiology and therapeutical strategies	
3.9.	Malnutrition and infection, treatment and diet	
3.10.	Applied epidemiology, immunisation programmes, self-help programmes, community health	
special part		
<u>"TROPICAL DISEASES"</u>		
4.1.	<u>Diagnostic methods</u>	
4.1.1. -4.1.6.	Bacterioscopic diagnosis, immunodiagnosis, clinical pathology and haematology, parasitological diagnosis, histological diagnosis of biopsy, X-ray diagnosis	
4.2.	<u>Tropical diseases</u>	
4.2.1.	Diseases caused by protozoa (malaria, amoebiasis, leishmaniasis, trypanosomiasis, lambliasis)	
4.2.2.	Diseases caused by worms (nematodes and trematodes)	
4.2.3.	Diseases caused by bacteria (leprosy, relapsing fever, rickettsiosis, bacterial zoonoses, treponematoses, plague, cholera, leptospiroses, brucellosis)	
4.2.4. -4.2.7.	Diseases caused by viruses (smallpox, arbovirus infection); mycosis; diseases caused by arthropodes; diseases caused by poisonous animals	
4.3.	Differential diagnosis of tropical diseases	
5.	Test and evaluation	

Abb. 6 Aus DIESFELD & SCHRÖDER 1978.

Konzeptualisierung in seinen gleichwertigen Teilen transparent wurde. Es lag zum 9. Kurs im Herbst 1978 erstmalig komplett vor. Über diesen Weg konnten die Begriffe aus der Friedensforschung und die Thesen zu den Armutserkrankungen, eine neue gesellschaftliche Interpretation von Krankheitsverursachung aber auch eine Diskussion der präventiven Elemente auf ihre ökologisch-ökonomischen und soziokulturellen Begrifflichkeit für die etablierten medizinischen Disziplinen sowie für die hier auch auszubildenden Ärzte hoffähig gemacht werden, konnte die kulturelle Dimension aus dem exotischen Feigenblattstatus auf den ihr tatsächlich zustehenden Stellenwert verwiesen werden“.³

Das war schwieriger in den ersten Jahren und bestand aus einem Kampf ums Überleben von Kurs zu Kurs. Ideelle Unterstützung erhielt er vom bis heute bestehenden „Arbeitskreis medizinische Entwicklungszusammenarbeit“ (AKME), einem halbjährigen informellen Treffen von Entsendeorganisationen und verschiedenen Stakeholdern von Projekten im genannten Feld. Die Länge des Heidelberger allgemeinen Teiles von vier Wochen wurde nämlich immer wieder in Frage gestellt, der in Hamburg und Tübingen abwechselnd durchgeführte 2. Teil zur angewandten klinischen Tropenmedizin betrug drei Wochen. Im Anhang ist aus den Trennblättern dieser ersten Auflage des späteren Handbuches eine englische Kurzform des Inhaltes der vier Heidelberger Kurswochen abgedruckt. In ihr ist die Hierarchisierung der vier Gesamtkursteile in ihrer programmatischen Gewichtung ersichtlich, was in späteren Auflagen des Handbuches mit einer reinen Reihung der Kapitel weniger klar ist. Sie ist zugleich ein Nachtrag zu Jochens letzter Veröffentlichung 2023, bei der sie vorgesehen war, aber übersehen wurde, wo im Untertitel auf die politische Dimension ärztlichen Handelns verwiesen wird.⁴

Und auch bei seinem letzten öffentlichen Keynote am 5. April 2024 in der evangelischen Akademie in Tutzing stand auf der Leinwand das Motiv von Virchows Botschaft, Jochens großem Vorbild: „Rudolf Virchow (1821–1902) erkannte die Wechselwirkung von Armut, Krankheit und Unterentwicklung. Er postulierte 1848 das Recht der Bürger auf ein gesundes Leben“.

Seit den frühen Kurstagen und der relativ kurzen Zeit meiner Mitarbeit entwickelte sich eine lange Freundschaft mit regem Gedankenaustausch, auch in vielen gemeinsam erlebten Tagungen und Jubiläen. Ich durfte ihn am Krankbett mehrere Stunden am 28.2.2025 ein letztes Mal sehen, wo er beim Mittagessen mit mir sein Gästebuch durchblätterte und Weiteres aus seinen Erinnerungen an die Kriegs- und Nachkriegsjahre erzählte. Dies beschäftigte ihn in den letzten Jahren noch besonders. Und in einem folgenden letzten Telefonat meinte er in seiner immer wertschätzenden Art, ich hätte ihn damals zum Hochschullehrenden gemacht. Ein kleines bisschen, ja. Aber es war so, dass Jochen für uns als seine Schüler*innen und Mitarbeiter*innen der vorbildliche Lehrer war und wir ihn als Chef mit großen Qualitäten zur Menschenführung in Erinnerung behalten werden – und natürlich als Freund.

EKKEHARD SCHRÖDER, Potsdam

Anmerkungen

- 1 SCHRÖDER, EKKEHARD (ed) 1977. *Faktoren des Gesundwerdens in Gruppen und Ethnien. Verhandlungen des 2. Rundgesprächs "Ethnomedizin" in Heidelberg vom 29. und 30. November 1974*. Wiesbaden: Steiner.
- 2 DIESFELD, HANS JOCHEN & SCHRÖDER, EKKEHARD (ed) 1978. *Kursringbuch Medizin in Entwicklungsländern*. Heidelberg, Institut für Tropenhygiene, hergestellt im Rahmen des Kurses „Medizin in Entwicklungsländern“ als Arbeitsbuch zum Kurs, im Auftrag der GTZ Projekt Nr. 74.1.401.4, Herausgeber GTZ Eschborn.
- 3 SCHRÖDER, EKKEHARD 1992. Gegeneinander – nebeneinander – miteinander. Wie man in Heidelberg interdisziplinär laufen lernt. In BICHMANN, WOLFGANG (Hg.) *Querbezüge und Bedeutung der Ethnomedizin in einem holistischen Gesundheitsverständnis*. Festschrift zum 60. Geburtstag von Hans Jochen Diesfeld. *Curare* 15, 1+2: 121–130.
- 4 DIESFELD, HANS JOCHEN 2023. *Von „Tropenmedizin“ zu „Global Public Health“. Die politische Dimension ärztlichen Handelns: biographische und bibliographische Anmerkungen 1962 bis 2022*. Lausanne etc.: Peter Lang.

Hans Jochen Diesfeld's Moral Clarity¹

OLIVER RAZUM

Global Health practitioners who work in the global North, and who lead privileged lives by global standards, have been rethinking their role. They increasingly see themselves as supporters of colleagues in the Global South, rather than as benefactors or saviours. SEYE ABIMBOLA & MADHUKAR PAI envisaged this shift when they wrote:

[G]lobal health practitioners in HICs [High-Income Countries] and those who are otherwise privileged, have embraced an appropriately modest view of their importance, and mastered the art of critical allyship, where they see their primary role as allies and enablers rather than leaders (ABIMBOLA & PAI 2020: 1628).

A few decades ago, this was different. From positions of political and economic power, the Global North often claimed the right to decide the *fate* of other peoples – or at least to steer them in convenient directions. This outlook, shaped by colonial thinking, also entered science, resting on assumptions of intellectual superiority and on the idea that knowledge from the North was more “relevant” (ABIMBOLA *et al.* 2024: 643).

This has been changing, albeit slowly and tediously. The move toward an equity-based perspective did not happen by itself; it was advanced by people who combined principle with patience and practice. HANS JOCHEN DIESFELD was one of those pioneers.

The shift required years of hard political work in expert bodies and advisory boards because *structures* needed to change. In the preface to his collected works published in 2023, DIESFELD wrote that the volume “is also meant, in all modesty, as a tribute to our founding father of *Public Health* – Rudolf Virchow. To use his words, I too place, in this retrospective, the *political dimension of medical practice at the centre*” (DIESFELD 2023: 22)

While public health communities in Germany and beyond will consider this focus on Virchow

fully justified (LANGE 2021), it may understate what was the real centre of DIESFELD'S work: his moral courage and integrity.

This is best seen through the lens offered by SUSAN NEIMAN in *Moral Clarity: A Guide for Grown-Up Idealists* (NEIMAN 2013). NEIMAN'S idea is straightforward: moral clarity means recognising what is wrong, naming it plainly, and working to fix it in a practical, reasoned way. It is not showy or dogmatic. It is steady work: say what needs changing, then *do the work* to change it. That applies to DIESFELD'S push away from a Eurocentric, colonially tinged “tropical medicine” toward a global health perspective that foregrounds equity.

DIESFELD'S field experience, beginning in the early 1960s (DIESFELD 2023), reshaped his questions and priorities. The following example may seem small, but it was consequential: In the 1980s and 1990s, medical students from the Global South studied at German universities, yet curricula hardly considered the health-care structures and needs in their *home* countries, where the priority was health for all, rather than high-tech diagnostics and therapies for the few. Diesfeld learned from Stefan Schubert in Leipzig (then in the GDR) how medical training could be re-oriented (BRUCHHAUSEN, GÖRGEN & RAZUM 2011). DIESFELD and his team then set out to put similar changes into practice in West Germany. In an oral history interview in 2009, DIESFELD recalled what an uphill struggle this was:

We wanted to give [medical] students [from the Global South] a kind of professional “ticket” – something that would help them work more effectively once they returned *home*. But the plan failed because of the guardians of the medical licensing regulations. We spent days and weeks at the Ministry of Education in Bonn, trying to convince them: why not replace a completely irrational part of the German curriculum – one that is useless for

these students – with something more useful. (BRUCHHAUSEN, GÖRGEN & RAZUM 2011: 84; GÖRGEN, GÖRGEN, BRUCHHAUSEN & SCHRETTENBRUNNER 2010) (video transcript translation: OR).

Diesfeld did not give up. He and his team at the Institute of Tropical Hygiene and Public Health at Heidelberg University developed a seminar series for medical students, “Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern” – Health Care in Developing Countries (with Wolfgang Bichmann and several other colleagues), and the “Ärzteprogramm” – the “Doctors’ Programme”, including a Diploma Course (with Dieter Hampel) (DIESFELD 2023). That openness and persistence were integral elements of DIESFELD’S moral clarity: he identified problems clearly and then worked to correct them, in this case turning ideas into institutions that endured for many years, until needs in the Global South changed.

The brief interview sequence, analysed through Neiman’s lens, thus neatly summarizes what Diesfeld stood for:

- Learning from others, on the quality of evidence, not ideology (Stefan Schubert was working on the “wrong” side of the Iron Curtain at the time)
- Translating insights into action, including engaging with politics
- Persisting, even when this meant a frustrating, uphill struggle
- Finding alternative solutions when the original plan did *not* work
- Thinking for the *common good*, not for particular interests or personal career – even when self-serving shortcuts might have tempted.

NEIMAN criticises today’s public debate for having shifted from “Is this right?” to “Will this work?” – a technocratic narrowing. DIESFELD refused that narrowing and did not give in to the fashionable cynicism that says nothing really changes, so why bother (NEIMAN 2013: 37, 302, 432, 468). That would be surrender. Instead, he continued to do what he believed was right for the common good, in the best possible way, despite disappointments and obstacles.

What is on offer here is not a hagiography. DIESFELD was fallible, as all human beings are. But, as SUSAN NEIMAN points out, moral seriousness is not the absence of error; it is the willingness to act from principle, despite the risk of error – and to accept correction. For example, DIESFELD began his career within the older *Tropical Medicine* paradigm – conducting disease-specific work and engaging in North-South knowledge transfer. Over time, and while working in the Global South, he came to see that frame as too narrow. He tellingly titled the volume of his collected works *Von „Tropenmedizin“ zu „Global Public Health“* (From “Tropical Medicine” to Global Public Health) (DIESFELD 2023), thereby publicly reflecting on this shift – which is exactly the kind of grown-up moral seriousness NEIMAN describes (2013).

At the same time, ABIMBOLA & PAI’S citation about global health practitioners in high-income countries (2020) can also be read in a slightly more critical way, using Neiman’s lens: dismantling supremacy is essential, but so is the universality of human rights. Decolonialising global health is overdue, but it should not be used as a pretext to delegitimise *universal* claims about justice and human dignity. Universal moral claims are not by default colonial; as SUSAN NEIMAN argues, they give us the language to name –and confront – injustice across contexts (NEIMAN 2013). Judging from conversations with Diesfeld, it seems likely that he would have agreed with this non-ideological reading.

This brief tribute outlined the moral clarity that DIESFELD taught by example. His moral courage and integrity may be his most enduring legacy.

Notes

1 This is a slightly revised version of the closing address delivered at the Memorial Symposium for Prof. Hans Jochen Diesfeld, held at the Alte Aula, Heidelberg University, on 30 October 2025.

References

- ABIMBOLA, SEYE & PAI, MADUKHAR 2020. Will global health survive its decolonisation? *The Lancet* 396, 10263: 1627–1628.

- ABIMBOLA, SEYE; VAN DE KAMP, JUDITH; LARIAT, JONI; RATHOD, LEKHA; KLIPSTEIN-GROBUSCH, KERSTIN; VAN DER GRAAF, RIEKE & BHAKUNI, HIMANI 2024. Unfair knowledge practices in global health: a realist synthesis. *Health Policy & Planning* 39, 6: 636–650.
- BRUCHHAUSEN, WALTER; GÖRGEN, HELMUT & RAZUM, OLIVER (ed) 2011. *Entwicklungsziel Gesundheit. Zeitzeugen der Entwicklungszusammenarbeit blicken zurück*. Frankfurt a.M.: Peter Lang Verlag.
- DIESFELD, HANS JOCHEN 2023. Von „Tropenmedizin“ zu „Global Public Health“. *Die politische Dimension ärztlichen Handelns. Biographische und bibliographische Anmerkungen. Lern-, Lehr- und Wanderjahre 1962 bis 2022*. Frankfurt a.M.: Peter Lang Verlag.
- GÖRGEN, MAX; GÖRGEN, HELMUT; BRUCHHAUSEN, WALTER & SCHRETTENBRUNNER, ANGELIKA 2010. *Zeitzeugen deutscher Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor*. (Video). Bonn: Universität Bonn.
- LANGE, KLAUS W. 2021. Rudolf Virchow, poverty and global health: from “politics as medicine on a grand scale” to “health in all policies”. *Global Health Journal* 5, 3: 149–154.
- NEIMAN, SUSAN 2013. *Moralische Klarheit. Leitfaden für erwachsene Idealisten*. 2nd ed. Hamburg: Hamburger Edition.



Oliver Razum, Prof. Dr. med., MSc Epidemiology, became a student assistant in 1982 with Dr. Wolfgang Bichmann at the Institute of Tropical Hygiene and Public Health (ITHOEG), Heidelberg University, then headed by Hans Jochen Diesfeld. From 1989–1992 he worked with *Deutscher Entwicklungsdienst* (German Development Service, DED) in Zimbabwe, before returning to ITHOEG to work with the *Ärzteprogramm* (Doctors' Programme). In 2004 he was appointed Professor of Epidemiology & International Public Health at the School of Public Health, Bielefeld University, Germany, where he served as Dean from 2012–2022. His research focuses on social epidemiology – particularly the health of migrants and refugees – and on public health in armed conflicts.

Dept. of Epidemiology & International Public Health
 School of Public Health, Bielefeld University
 Universitaetsstr. 25
 33615 Bielefeld
 Germany
 E-Mail: oliver.razum@uni-bielefeld.de



REZENSIONEN
REVIEWS

Das Phänomen Tarantismus entzieht sich Versuchen definitorischer Präzisierung. Aktiviert ist vielmehr ein breiter Assoziationsraum: Tanzwut, Besessenheit, Exorzismus, Hysterie, Epilepsie. Charakteristisch sind körperlicher Schmerz, apathisches oder aggressives Verhalten, Farbempfindlichkeit, gesteigerter Bewegungsdrang bis zum Kollaps. Solche Symptome werden bereits im mittelalterlichen Europa beschrieben und die christliche Kosmologie liefert den Deutungsrahmen. Sündhafte Verfehlung, teuflische Anfechtung und göttliche Strafe sind somit ebenso im Spiel wie das himmlische Personal der Heiligen, die als Vermittler von Gnade und Heilung in Anspruch genommen werden. In der Moderne wird das Phänomen zur Herausforderung der Wissenschaften, insbesondere der Medizin, Psychiatrie, Ethnologie und Soziologie. Der Begriff Tarantismus hat im Süden Italiens, insbesondere in den Regionen Apulien und Basilicata, seinen Ursprung. Der Biss einer Spinne, *Aranea tarantula*, von Carl von Linné 1758 nach der Stadt Tarent benannt, soll Auslöser der Krankheitssymptome sein. Hier liegt der Ursprung der Tarantella, eines Volkstanzes im 6/8-Takt, dessen Rhythmus die Kranken scheinbar zwingt, ihr Leiden so lange auszutanzten, bis die vorgebliche Giftwirkung abklingt.

Der ‚besessene Süden‘ wird zum Labor, in dem man nicht nur das ‚andere‘ Italien, sondern auch das ‚andere‘ Europa zu entdecken glaubt. Entscheidenden Anteil daran hat der Philosoph, Folklorist, Kultur- und Religionshistoriker ERNESTO DE MARTINO (1908–1965), der mit seinen Studien zu Trauer Ritualen, Magie und Tarantismus wesentliche Impulse für die Formung der Ethnologie im postfaschistischen Nachkriegsitalien liefert (VAN LOYEN 2016). Unter seiner Leitung erfolgt im Sommer 1959 eine Expedition auf die salentinische Halbinsel. Im Forscherteam sind neben dem Religionshistoriker ein Neuropsychiater, ein Psychologe, ein Ethnomusikologe, zwei Ethnologinnen, ein Soziologe, eine Fotografin und ein Fotograf, sowie DE MARTINOS Lebensgefährtin Vittoria de Palma tätig. Besucht wird u.a. Galati-

na, eine Ortschaft, in der sich zum Fest des Hl. Paulus (28. & 29. Juni) betroffene Frauen der Region einfinden und Heilung, oder zumindest Linderung im Tanz suchen. Die Forschenden sind hier Zeugen zeremoniell ausgelebter Trancezustände jener rätselhaften „Tanzkrankheit“. In den 1960er Jahren folgen weitere Untersuchungen, die DE MARTINOS Fragestellungen aufgreifen und vertiefen. Von Anfang an misst DE MARTINO der audiovisuellen Dokumentation von Totenklage, Besessenheitszuständen und Heilritualen großen Stellenwert bei, erkennt er doch hier die Möglichkeit, dem städtischen Bürgertum Roms oder Mailands die Lebenswirklichkeit der „Subalternen“ im ländlichen Süditalien eindrucksvoll vor Augen zu führen. Wiewohl DE MARTINO nie selbst hinter einer Foto- oder Film-Kamera steht, befördert er ausdrücklich das methodisch produktive Zusammenspiel von Kinematographie, Fotografie und Ethnografie. Die Sensibilisierung von Filmemacherinnen und Filmemachern für Themen der Ethnologie Süditaliens ist höchst ertragreich und es formt sich ein eigenes Genre, der *documentarismo demartiniano* bzw. die *cinematografia demartiniana*. Ästhetisierung, Inszenierung, das theatralische Reenactment von rituellen Vorgängen und Besessenheitszuständen sind dabei die bewusst gewählte Strategie des dokumentarischen Vorgehens. Der poetische Stil, der karge Landschaften und entbehrungsreiche Lebenswelten in pathetische schwarz-weiß Bilder zeichnet, hat großen Einfluss auf die Entwicklung des italienischen Kinos der 1960er und 1970er Jahre (SCHÄUBLE 2016). Die Ästhetik dieses Stils entfaltet, wie *Tarantism Revisited* unter Beweis stellt, bis heute eine eigentümlich theatralische Wirkung.

ERNESTO DE MARTINO erkennt in den beobachtbaren Formen des Tarantismus die psychosozialen Krisen einzelner marginalisierter Personen. Es ist, schreibt er, die

schlimme Vergangenheit des Einzelmenschen, seine ungelösten, im Unbewussten begrabenen Konflikte, die nun als deutlich neurotische Symp-

tome drohend an die Oberfläche drängen. In der symbolischen Schau der mythischen Spinne und des nach der Musik des „Tanzes der kleinen Spinne“, der Tarantella, geprägten rituellen Tanzes erfahren diese Konflikte ihre kulturbedingte Gestaltung, werden sie abgelenkt und gelöst, derart, daß eine seelische Erleichterung folgt und eine Rückkehr zu den alltäglichen Betätigungen ermöglicht wird. Die Zeit des Ritus ist jene der sommerlichen Ernte, also eine höchst bedeutsame Epoche im Leben einer bäuerlichen Gemeinschaft: die unbewältigte, „böse“ Vergangenheit kehrt dann als drohende Gegenwart wieder, ihre Liquidierung erfolgt unter dem Bild eines mythischen Monstrums, das Bisse und Gewissensbisse bewirkt, eines Monstrums, mit dem einerseits eine Identifizierung vorgenommen, gegen das andererseits angekämpft wird, ja das der tanzende Fuß zertritt und zerstampft (DE MARTINO 2016: 238).¹

In seiner historischen Rekonstruktion spricht er vom Tarantismus als einem autonomen Symbolgewebe, in dem der Spinnenbiss *ein* Umstand unter vielen ist. Es ist nicht das Gift der Tarantel, das wirkt, sondern eine eigenständige Symbollogik im „Bild zuckender Aggressivität“ eines mythischen Monstrums. Es könnten der Biss einer Schwarzen Witwe, einer Kreuzspinne, einer Tarantel oder eines Skorpions ihren Beitrag geleistet haben, jedoch sind die Unterschiede dabei nicht ausschlaggebend. Es sind die dunklen Triebe des Unbewussten, denen symbolische Horizonte verliehen werden, „also dem Ansturm der unbewältigten Vergangenheit, deren Wiederkehr sich im neurotischen Symptom zu verkörpern droht, dem Traum einer totalen Erneuerung, erotischer Auslösung, Fruchtbarkeit und Macht zur Zeit der sommerlichen Fruchternte.“ (Ebd.: 243) DE MARTINO verweist auf das Mittelalter als Entstehungszeit des Tarantismus und sieht ethnographische Parallelen in afrikanischen Trancekulturen. Durch die katholische Kirche sei der salentinische Tarantismus (im 18. Jahrhundert) an den Kult des Hl. Paulus gekoppelt, und damit kontrollierbar, in seinem ursprünglich reichen Symbolgehalt eingeschränkt und letztlich seiner sozial-integrativen Funktion beraubt worden. Zum Zeitpunkt seiner Forschung beobachtet DE MARTINO in der Paulus Kapelle in Galatina Dinge, „die weder als heidnisch noch als christlich

anzusprechen sind, sondern eher an Krankheitserscheinungen ohne jeden beachtenswerten kulturellen Bedeutungshintergrund erinnern. Im Gegensatz dazu war der Tarantismus der Vergangenheit gewiß nicht eine Krankheit gewesen, sondern ein mythisch-rituelles Symbol zur Bändigung der Krise, eine Funktion, die noch in den Resten der häuslichen Kur wirksam blieb. Unter dem zerrüttenden Druck der christlichen Symbolwelt wurde der Tarantismus zur Krankheit, sank er auf den Rang einer pathologischen Krise herab. In solcher Schau ist der Historiker des religiösen Lebens und der Kultur dem apulischen Tarantismus zu einigem Dank verpflichtet: er gibt ihm eine besonders günstige Chance, von Geburt, Funktion, Niedergang und Ende eines bestimmten Symbols, im Rahmen einer gegebenen Kulturform, zu berichten.“ (Ebd.: 253) Als DE MARTINO diese Zeilen 1962 veröffentlicht, erlebt er ein im Untergang begriffenes Ritual. Tatsächlich schwindet in den folgenden Jahrzehnten der Tarantismus und ist heute allenfalls als touristische Folklore zu besichtigen.

In unserer Gegenwart, 60 Jahre später, setzt das Projekt *Tarantism Revisited* von ANJA DRESCHKE & MICHAELA SCHÄUBLE ein. In zehnjähriger Arbeit (2014–2024) ist ein filmischer Essay entstanden, der die Entdeckungen von ERNESTO DE MARTINO und jener mit und nach ihm Forschenden wieder zugänglich macht. Genutzt wurde das reiche audiovisuelle Archiv der Süditalienforschung. Ausgewählt und sorgsam verbunden sind Ausschnitte aus historischen Filmdokumentationen (1958–1982), Fotografien (1952–1965) und Tonbandaufnahmen (1953–1977). Akteure beider Seiten, leidvoll Betroffene und ihre wissenschaftlichen Interpreten, werden sicht- und hörbar. Exaltiert-aggressiv oder tranceartig Tanzende vor und in der Kapelle in Galatina. Erschöpft getanzte weißgekleidete Frauen, die von Helfern beim Fallen gestützt werden, sich auf dem Boden der Kapelle wälzen oder unbefugterweise zum Bild des Heiligen Paulus emporklettern. Ausgelassene Szenen des Festes zu Ehren des Heiligen Donatus in Montesano Salentino, der ebenfalls für Besessene zuständig ist. Fotografische Dokumente von nachgestellter Besessenheit und Tanzbewegungen der Tarantella in

einem Hotelzimmer. Musiker, deren Instrumente, Rhythmus und Intonation entscheidend für das therapeutische Gelingen des Rituals sind. Journalisten, die bizarre Rituale einer fernen bäuerlichen Welt ihrem städtischen Publikum zu vermitteln bemüht sind. Wissenschaftler, die ihre Expedition in die bäuerliche Welt Lukaniens rechtfertigen, Parallelen zur Raserei altgriechischer Mänaden anführen, den Mythos von der Besessenheit durch eine Spinne erläutern ebenso wie die Verbindung von Religion und Magie.

Im Mittelpunkt jedoch stehen die Stimmen und Körper jener von einem Skorpion (oder der Tarantel) gebissener Frauen, die von ihrem Leben und Leiden berichten. Es sind Fallgeschichten, in denen körperliche und psychische Symptome ebenso wie Arbeitsalltag und familiäre Beziehungen beschrieben werden. Ausführlich zu Wort kommt Anna, eine ‚tarantata‘, die über lange Jahre einen Briefwechsel mit der Fotografin und Ethnologin ANNABELLA ROSSI (1933–1984) führte. Leitmotivisch wiederkehrend werden Briefauszüge vorgelesen, in denen Anna beredt intime Einblicke in ihre Erlebniswelt liefert. Aus ihnen wird nicht nur die spannungsgeladene Beziehung zum geizigen Vater ersichtlich, sondern auch zum Hl. Paulus, dessen Forderungen mitunter als Last erlebt werden, und schließlich zur Ethnologin, auf die kaum erfüllbare Erwartungen an Freundschaft und Nähe gerichtet werden.²

Zu Wort kommen schließlich auch Frauen der Gegenwart, die eine Affinität zum Tarantismus empfinden, ohne selbst je von Skorpion oder Tarantel gebissen worden zu sein. Sie berichten von veränderten Bewusstseinszuständen, die im Tanz erlebbar werden, von der Nähe zwischen Tanz und Gebet, von den Möglichkeiten, sein Selbst in rhythmischer Bewegung zu transformieren, Dampf abzulassen, völlig loszulassen und sich von zivilisatorischen Vergiftungen zu befreien. Das Bedürfnis nach Heilung von zivilisatorischen Zumutungen wird hier mit der Revitalisierung einer fast verschwundenen Tradition verbunden. Zu erfahren ist, dass sich eine Initiative in Galatina, der CLUB UNESCO, um die Anerkennung des Tarantismus als immaterielles Weltkulturerbe bemüht, indem, basierend auf den Dokumentarfilmen der 1960er Jahre, der

Tarantismus als Reenactment in Tanz-Performances inszeniert wird. Doch nicht nur die Zivilisationsgeschädigten bedürfen der Heilung, sondern auch die zerstörte Natur. Was einst das Spinnengift war, ist heute das Gift, das in Fabriken hergestellt wird und die Umwelt vergiftet, so die ökologische Botschaft, die durch das aktuelle millionenfache Olivenbaumsterben Apuliens an Brisanz gewinnt. Bilder von toten Bäumen, abgestorbenem Zellgewebe und dem verursachenden Xylella-Bakterium unterstreichen die Dramatik der Pflanzenseuche im Film.

Tarantismo Revisited ist für Zuschauerinnen und Zuschauer, die mit dem Thema nicht vertraut sind, durchaus fordernd. Das Zusammenfügen unterschiedlicher historischer Dokumente, das Springen zwischen verschiedenen Zeitebenen, der Wechsel einer Vielzahl erzählender Akteure und Stimmen, Bilder besessener Körper – all dies wirkt auf den ersten Blick verwirrend. Dies umso mehr, da der Untersuchungsgegenstand, die ‚Tarantelbesessenheit‘, notorisch nach Erklärung verlangt. Schnell kommt das Bedürfnis nach einem einordnenden Kommentar auf und man wünscht sich mehr Informationen über die genutzten Quellen, über ihren Entstehungskontext, über die einzelnen Protagonistinnen und ihren lebensgeschichtlichen Hintergrund. Die Verweigerung einer autoritativen Führung erweist sich andererseits als kluge Strategie der Autorinnen. Konfrontiert mit beeindruckenden Bildern und Personen, werden die Filmbetrachter selbst zu Forschenden, deren Fragen in Hypothesen und neue Fragen münden. Auf diese Weise entwickelt der Film eine Sogwirkung und befördert die produktive Rolle der Zuschauerinnen und Zuschauer. Das im Mittelpunkt stehende Phänomen bleibt indes in mehrerlei Hinsicht rätselhaft. Das Zusammenspiel etwa von Biss/Stich, Vergiftung, Symbolkomplex und psychogener Erkrankung. Oder die Frage nach Wirksamkeit und Dauer der Tanztherapie und der Rolle der Musik bei diesem Prozess. Auffällig ist zudem, dass ausschließlich Frauen von der ‚Tarantelbesessenheit‘ betroffen zu sein scheinen, ohne dass der Gender-Aspekt, mithin die Sozialstruktur Süditaliens, eigens thematisiert wird.³ *Tarantism Revisited* geht es allerdings nicht um medizinethnologische

sche Erklärungen. Vielmehr wird der Tarantismus als vielschichtige offene Form porträtiert, die es marginalisierten Frauen erlaubt, psychische Spannungen, seelische Verletzungen, Aggressionen und Frustrationen tanzend auszuleben. Der performative Raum des Tarantismus ist potenziell ein Raum weiblicher Selbstermächtigung. So zumindest lässt sich die Deutung des Phänomens durch die beiden Autorinnen verstehen.

ANJA DRESCHKE & MICHAELA SCHÄUBLE ist ein überaus beeindruckender Filmessay gelungen, dem ein breites Publikum zu wünschen ist. Wirkungsvoll in Szene gesetzt sind hier mehrfache Wieder- und Neuentdeckungen: die Wiederentdeckung einer nicht mehr existenten Lebenswelt und verblassten Religionskultur im Süden Italiens; die Wiederentdeckung des Tarantismus als ein fast vergessenes Kapitels der Religions- und Medizinethnologie; die Wiederentdeckung einer einflussreichen kinematographischen Tradition, die sowohl für die Geschichte des ethnographischen Dokumentarfilms wie für die Geschichte des italienischen Spielfilms relevant ist; die Neuentdeckung der Nachkriegsgeschichte der italienischen Ethnologie, die im Moment ihrer Selbstfindung ihrerseits das ‚andere‘ Italien neu entdeckte.

PETER J. BRÄUNLEIN, Göttingen

Literatur

- DE MARTINO, ERNESTO 1982. Zum apulischen Tarantismus. In DE MARTINO, ERNESTO (Hg) *Katholizismus, Magie, Aufklärung. Religionswissenschaftliche Studie am Beispiel Süd-Italiens*. München: Trikont-Dianus: 216–223.
- 2016. *Land der Gewissenspein*. In VAN LOYEN, ULRICH (Hg) *Der besessene Süden. Ernesto de Martino und das andere Europa*. Wien: Sonderzahl: 238–254.
- ROSSI, ANNABELLA 1970. *Lettere da una tarantata*. Bari: De Donato.
- SCHÄUBLE, MICHAELA 2016. Von der Passion und Poetik des „Wahren“. Betrachtungen zum audio-visuellen documentarismo demartiniano. In VAN LOYEN, ULRICH (Hg) *Der besessene Süden. Ernesto de Martino und das andere Europa*. Wien: Sonderzahl: 105–134.
- VAN LOYEN, ULRICH (Hg) 2016. *Der besessene Süden. Ernesto de Martino und das andere Europa*. Wien: Sonderzahl.

Anmerkungen

1 Der Aufsatz, erstmals 1962 in der Zeitschrift *Antaios* (2, 105–124) erschienen, fasst die Forschungsergebnisse zusammen, die DE MARTINO 1961 als Monografie unter dem Titel *La Terra del Rimorso. Contributo a una storia religiosa del sud* (Mailand: Alberto Mondadori) veröffentlichte.

2 ANNABELLA ROSSI war Teilnehmerin an der ersten Expedition DE MARTINOS nach Apulien und veröffentlichte 65 Briefe von Michela Margiotta, einer bildungsfern und ländlich aufgewachsenen Frau, aus denen DRESCHKE & SCHÄUBLE auswählten (ROSSI 1970). Anna ist das im Film genutzte Pseudonym.

3 Tarantelbesessenheit scheint jedoch nicht immer eine reine Frauenkrankheit gewesen zu sein. In seiner religionshistorischen Spurensuche zum apulischen Tarantismus wertet DE MARTINO eine Quelle des 17. Jahrhunderts aus, in der mehrheitlich von männlichen Erkrankten berichtet wird (DE MARTINO 1982).

Jürgen Wasim Frembgen 2025a. Bhang – Rauschtrank und Sakraldroge: Zum Gebrauch eines Hanfextrakts im Orient.

Solothurn: Nachtschatten Verlag, 90 S.

Jürgen Wasim Frembgen 2025b. Ein Ort der Zuflucht: Aufzeichnungen aus dem Ghetto einer Megacity. Tübingen: Schiller & Mücke, 202 S.

Jürgen Wasim Frembgen 2023. Bambasa Street: Aufzeichnungen aus der Zwischenwelt einer Magacity.

Berlin, Tübingen: Schiller & Mücke, 152 S.

Jürgen Wasim Frembgen 2022: Sufi Hotel. Aufzeichnungen aus den Untiefen einer Megacity

Berlin, Tübingen: Schiller & Mücke, 177 S.

„Die Erinnerungen an diese Rauschreisen (insgesamt sieben) sind naturgemäß bruchstückhaft, da mich mein Kurzzeitgedächtnis im Stich ließ“ (FREMBGEN 2025a: 78). Der Autor beschreibt eigene Erfahrungen, die er wissenschaftlich erfassen möchte. Das freilich kritisiert eine pakistanische Mystikerin (und ihre Worte erinnern an das „Die Weißen denken zuviel“ der von Parin, Morgenthaler und Parin-Matthèy zitierten Dogon):

Es ist ein Irrglaube, alles – auch Drogen und Genussmittel – in Schubladen einordnen zu wollen, eine westliche Krankheit. [...] Wenn du deine Erfahrungen protokollierst, baust du gleichzeitig Barrieren auf und läufst vor dir selbst weg (ebd.: 79).

In wenigen Worten ist hier das Dilemma ethnographischer Forschung verdichtet. Ich kann nur von meinen Erfahrungen berichten, wenn ich sie aufgeschrieben habe, aber das Aufgeschriebene ist nicht das, was ich erfahren habe.

Darüber ist der Autor FREMBGEN nicht verstimmt, benennt aber auch das Dilemma, das für ethnographische Forschung (und durchaus nicht nur mit Drogen) gilt:

Würden wir darauf verzichten, von unseren Erfahrungen zu berichten, so könnten wir unsere Bemühungen um das Verstehen fremder kultureller Phänomene auch nicht an andere vermitteln. [...] Nur dadurch vermögen wir unsere eigenen Werte zu relativieren (ebd.).

Wir müssen „teilnehmen“, um etwas kennenzulernen und zu verstehen, aber wenn die teilnehmende Beobachtung zu bloßem Mitmachen wird, behindert sie die wissenschaftlich objektive Beobachtung von außen. FREMBGEN geht den Dritten Weg der teilnehmenden Ethnographie, er nimmt teil und schreibt dabei seine Erfahrung auf, was bei seinen Gesprächspartnern zu Verwunderung führt: „Was du suchst, wirst du nicht mehr finden. [...] Du willst wohl so etwas wie eine beschränkte Mitgliedschaft in unserer Kultur?“ (FREMBGEN 2022: 71). Ein anderer Meister schildert den Ethnologen, der „solle doch endlich loslassen“, räumt später aber ein, „dass meine Mitschriften vielleicht doch wertvoll sein könnten, [...] unsere Erfahrungen in Worte zu fassen“ (FREMBGEN 2025a: 78).

Wir lesen hier nicht den Erfahrungsbericht eines Drogen-Junkies, sondern einen nüchternen, sachlichen Forschungsbericht, der die Teilnahme des Forschers beinhaltet. FREMBGEN hat seit 1981 alljährlich jeweils mehrere Wochen oder Monate in Pakistan geforscht und ist tief in den Sufi-Islam eingetaucht. Ich bespreche hier seine drei jüngsten Bücher. Zwei berufen sich in ihren Untertiteln „Aufzeichnungen aus der Zwischenwelt einer Megacity“ (2023) bzw. „Aufzeichnungen aus den Untiefen einer Megacity“ (2022) auf die Megacity Karachi, wo FREMBGEN bei seinen Forschungen vorzugsweise gewohnt hat.

Für die Ethnologie sind FREMBGENS Arbeiten in dreierlei Hinsicht wichtig – über die Ethnographie südasiatischer Großstädte hinaus. Erstens zeigen sie exemplarisch, wie ethnologische Forschung in einer „Megacity“ aussehen kann, nicht nur in Karachi, sondern auch in anderen Millionenstädten in anderen Erdteilen. Zweitens führt FREMBGEN vor, wie die teilnehmende Beobachtung in einer solchen Megacity aussehen kann. Das dritte große Thema ist die Einstellung zu Rauschgiftsüchtigen.

Was bedeutet teilnehmende Beobachtung heute? Die Ethnologie hat ihre Beobachtungsmethoden vor allem in kleinen Stammes- oder Dorfgemeinschaften entwickelt. FREMBGEN bewahrt davon das Anekdotische, die Erzählungen von Charakter und Schicksal einzelner Individuen, die insgesamt ein äußerst lebendiges, eindringliches Gesamtbild ergeben:

Was ich in diesem Buch schildere, sind keine spektakulären Feste oder rauschhafte Riten, keine Absonderlichkeiten oder ausgefallene, bizarre Eigentümlichkeiten einer Subkultur, sondern konkrete Lebenszusammenhänge – Ausschnitte aus einer Ethnographie des Alltagslebens, der gleichförmigen Art und Weise, wie Menschen ihr Leben bestreiten, der Routine, die ihnen – wie Klaus E. Müller einmal schreibt – „Trittsicherheit verleiht“ (FREMBGEN 2023: 139).

FREMBGEN stellt „die Linse dabei auf das Spezifische, auf ethnographische Details“ (ebd.). Aus Einzelgesprächen und an Einzelschicksalen verdeutlicht er allgemeine Zusammenhänge, doch bleibt er immer eng am Einzelfall. In diesem verliert er sich aber nicht. Er wird nicht Teil der fremden Umwelt, sondern bewahrt die forschende Distanz, das „Beobachten“, forscht aber gleichsam von unten, aus dem Einzelfall heraus: „Ich bin kein Globetrotter-Ethnologe, der hierhin und dorthin reist; ich bleibe weitgehend an einem Ort, arbeite stationär, knüpfe Beziehungen und komme wieder“ (FREMBGEN 2022: 165).

Das Gesamtbild zeichnet FREMBGEN durch eine Reihe von Einzelbildern, von Schicksalen einzelner Personen. Da ist zum Beispiel der rotbärtige Islamgelehrte, der ein Heuchler ist, über den man sich im Bordellviertel lustig macht: „Die Frauen lachten die angehenden Mullahs aus und

bewarfen sie mit Zwiebeln“ (FREMBGEN 2022: 38). „Die Madam, Vorsteherin des Salons“ (ebd.: 138), eine selbständige Frau, träumt vielleicht doch von einer bürgerlichen Existenz, daneben leiden unglückliche Prostituierte. In der Millionenstadt trifft der Ethnologe auch auf Geisterglauben:

Reicht unsere Vorstellungskraft nicht aus, so sollten wir uns zumindest bemühen, durchlässiger zu denken, Lücken zu erspähen, die Fransen eines Teppichs nicht beständig zu glätten und auf Form zu trimmen. Uns auf das „Irrationale“ einlassen und nicht in Rationalität und „Objektivität“ festkrallen (FREMBGEN 2023: 87).

Rauschmittel werden keineswegs romantisiert, die schrecklichen Folgen, die Ausbeutung von Süchtigen und deren Selbstausbeutung werden immer wieder gezeigt. FREMBGEN berichtet auch von eigenen Erfahrungen, bleibt dabei aber distanziert und illusionslos. Hier wird die Teilnahme des beobachtenden und aufzeichnenden Forschers zur Tortur: „Manches Mal gehorchte mir der Stift zwischen meinen Fingern nicht, wenn ich während des Rauschzustandes unter größter Anstrengung versuchte, etwas zu notieren“ (FREMBGEN 2025a: 78–79). Die intensiven Erfahrungen und Begegnungen mit vom Drogenrausch Beherrschten bleiben nicht auf der Ebene des Anekdotischen, sondern FREMBGEN ordnet sie in seinem eben zitierten Buch von 2025 in den Gesamtrahmen einer Übersicht über Geschichte und Aktualität des Bhang, „Rauschtrank und Sakraldroge“ aus Hanf.

Bhang ist nur eines von vielen Rauschmitteln. Unter diesem Namen fasst man je nach Land und Jahrhundert unterschiedliche Präparationen, in arabischen Schriftquellen des 13. bis 16. Jahrhunderts allgemein Cannabis, daneben auch Konfekte aus Cannabis mit Beimischungen etwa von Opium, Bilsenkraut oder Samen des Stechapfels. In Iran wurde es vormalig in Wein aufgelöst, heute versetzt man es mit Wasser (FREMBGEN 2025a: 10).

Wir erfahren viel über den Zusammenhang von Drogen, Kunst und Literatur. Ein grüner Papagei kann in der Dichtung ein Hinweis auf Cannabis sein, etwa in der „Konferenz der Vögel“ des persischen mystischen Dichters Farid ad-Din Attar (gestorben 1221), wo der Vogel im Paradies auf

dem Baum der Seligkeit sitzt (FREMBGEN 2025a: 9). Allerdings haben die meisten islamischen Rechtsgelehrten den Konsum von Hanfpräparaten verboten, und auch in Indien ist er heute „nur für medizinische Zwecke erlaubt“, jedoch wird in Indien für Cannabis-Blätter eine Ausnahme gemacht. Im Koran wird Cannabis nicht erwähnt, was Dichtern und Mystikern immer wieder als Rechtfertigung für seinen Gebrauch dient (FREMBGEN 2025a: 10–11). Das erinnert den Rezensenten an das Argument eines islamischen Freundes, dem das Pils der Marke „Efes“ einer 1969 gegründeten türkischen Brauerei schmeckt: Er habe den ganzen Koran sorgfältig durchgelesen und nirgendwo ein Verbot des Efes-Bieres gefunden.

Die vier hier besprochenen Bücher bilden eine Abfolge. „Sufi Hotel“ (2022) führt in den Alltag der Ausgestoßenen der Megacity Karachi ein. „Bambasa Street“ (2023) erzählt von den Irrungen und Wirrungen der Feldforschung. „Bhang – Rauschtrank und Sakraldroge“ (2025a) verbindet eigene Rausch-Erfahrungen in der Welt der Außen-seiter mit einem Überblick über Geschichte und Bedeutung des Hanfextrakts Bhang, das die in den vorherigen Büchern beschriebenen Menschen tröstet, beherrscht und verzweifeln lässt. „Ein Ort der Zuflucht“ (2025b) weitet den Blick auf Indien, dort exemplarisch auf eine „Basti“ – „ein urbanes Dorf mit Slumgebieten“ an der Peripherie einer Großstadt (ebd.: 194) –, und auch hier ohne jede Idealisierung. Der Ethnologe, schreibt FREMBGEN,

sieht allenthalben Bettler, nicht nur vom Alter gebeugte, auch jüngere, manche gebrechlich, behindert, blind, poliogeschädigt, von Aussatz befallen, von Lepra gezeichnet oder mit verkrüppelten, wundgeschauerten Gliedmaßen. [...] Ihren Lebensraum teilen sie mit Hunden und betäuben sich mit schwarz gebranntem Schnaps (FREMBGEN 2025b: 109).

Die beiden ersten Bücher zeichnen ein genügend trauriges Bild, um zu verhindern, dass das dritte Buch, das in denselben Milieus spielt, zu Idealisierungen führen könnte. Die mystisch-religiöse Aufladung der „Sakraldroge“ hilft nicht über den Schrecken der Abhängigkeit hinweg. Und doch war sie lange Zeit ein Trost angesichts der Not, und schützte diejenigen, die sich ihr verschrieben

hatten, etwas vor den schrecklichsten Folgen der Moderne. Vielleicht muss ein Ethnologe seinen Gegenstand mit einer gewissen Nostalgie betrachten, mit dem Es-ist-nicht-mehr oder Bald-wird-es-nicht-mehr-sein, das die Ethnologie grundlegend vom Triumphalismus der Hilfswissenschaften der Entwicklungskooperation unterscheidet, die Erfolgsberichte aus Projekten braucht.

Am Ende des vierten Buches bezieht FREMBGEN Stellung innerhalb ethnologischer Diskussionen, die er kurz skizziert:

„Theorieleidenschaft“ habe ich während meiner langjährigen Museumstätigkeit mit ihrem inhärenten Bezug zum Konkreten nicht unbedingt entwickelt, der Flut postmoderner Theorien mit ihren zahlreichen *turns* und oftmals modisch eingekleideten Trivialitäten bin ich eher ausgewichen (FREMBGEN 2025b: 171).

Angesichts des Leidens der von FREMBGEN besuchten und in ihrer Würde vorgestellten Menschen und ihrer verzweifelten Suche nach Heilung verbietet sich ihm die Flucht in Theorien. Dabei sieht er sehr wohl den ständigen Wandel, das Vorranschreiten einer grausamen Moderne mit Turbokapitalismus und synthetischen Drogen.

„Bhang-Trinken ist dagegen eine sterbende Tradition“ (FREMBGEN 2025a: 82). Diese wurde, so erinnert FREMBGEN an die Lehren des Koran, von Gott den Sufis und Derwischen offenbart, „doch die Schlüssel zu diesen Türen [...] werden inzwischen achtlos weggeworfen“ (ebd.). Das mag so sein, doch die Lebendigkeit der Schilderungen des Lebens mit dem heiligen Rauschmittel Bhang lässt gleichzeitig am Pessimismus des Forschers zweifeln, so wie jede gute Ethnologie an ihrer eigenen Trauer verzweifeln und doch zweifeln lässt.

MARK MÜNDEL, Kirchhain

ZUSAMMENFASSUNGEN
ABSTRACTS
RESUMÉS

Zusammenfassungen der Beiträge der *Curare* 48 (2025) 1+2

(A)symmetrische Beziehungen. Professionelle Einblicke in den psychiatrischen Krankenhausalltag

SCHWERPUNKT HG. VON ANDREA KUCKERT

TOBIAS BECKER: Medien und Medizin als Ressourcen füreinander. Polio-Schluckimpfung im BRD-Fernsehen der 1960er- und 70er-Jahre S. 139–160, verfasst auch Deutsch

Nachdem ab 1962 in der Bundesrepublik Deutschland flächendeckend die Oralimpfung gegen Poliomyelitis („Kinderlähmung“) eingeführt wurde, gab es intensive und langjährige Werbekampagnen, bei denen besonders dem Fernsehen als neuem gesellschaftlichen Leitmedium eine immer größere Bedeutung zukam. Der Artikel analysiert diese Rolle des Fernsehens für die Propagierung der Polio-Schluckimpfung sowohl hinsichtlich der Vielzahl an redaktionellen Sendungsbeiträgen als auch mit Blick auf einflussreiche staatliche Werbespots. Das Argument lautet, dass die Propagierung der Polio-Schluckimpfung in den 1960er- und 70er-Jahren eingebettet war in ein teils institutionalisiertes, vor allem aber informelles Zusammenwirken von medizinischen und medialen Akteuren, die in strategischen Allianzen voneinander zu profitieren suchten. Der Artikel beschreibt, wie Medien als Ressour-

cen der Medizin, umgekehrt aber auch Medizin als Ressource der Medien dienten. Zudem zeigt er auf, wie sich die Werbestrategien im Laufe der 1960er- und 70er-Jahre veränderten. Dieser medienhistorische Blick fördert zutage, dass die Behauptung, der Rückgang der Erkrankungsfälle in den frühen 1960er-Jahren sei maßgeblich dem berühmt gewordenen Werbeslogan „Schluckimpfung ist süß – Kinderlähmung ist grausam“ zu verdanken gewesen, ein medialretrospektiver Mythos ist, der auf einer meist unzutreffenden zeitlichen Zuschreibung beruht. Der Artikel stellt die historische Einordnung des Slogans richtig und erläutert den in den 1970er-Jahren vollzogenen Wandel der Werbelogiken für das Impfen – weg von Abschreckungs- und Schockbildern hin zu Darstellungen eines unbekümmerten Immunitätsversprechens –, wie sie bis heute eingesetzt werden.

Schlagerwörter Prävention – Kinderlähmung – Massenmedien – Medienwirkung – Emotionen

WILLIAM DAWLEY: Cryonics 2.0. Impliziter Transhumanismus, Anti-Aging und der „Aufstieg des Rationalismus“ S. 161–184, verfasst auf Englisch

Wie wurde die Kryonik durch futuristische Entwicklungen in KI und Anti-Aging-Medizin beeinflusst? Kryonik bezeichnet die Praxis, menschliche Körper mit Frostschutzlösungen (Kryoprotektiva) zu durchdringen und – der Hoffnung auf eine zukünftige Wiederbelebung – bei extrem niedrigen Temperaturen zu lagern. Kryoniker*innen (diejenigen, die Kryonik praktizieren oder sich dafür anmelden) erhoffen sich eine Wiederbelebung durch verschiedene biologische und digitale Methoden. Diese reichen von der Wiedererwärmung, Heilung und Verjüngung des Körpers über digitale und biologische Verbesserungen bis hin zur digitalen Rekonstruktion der Person oder des Bewusstseins. Bis vor Kurzem war Kryonik ein Randphänomen und erst in jüngster Zeit Gegenstand ethnografischer Manuskripte. Doch Fortschritte in der KI, die

Altersforschung und andere kulturelle Entwicklungen haben sie in den Mainstream gebracht. Mit der zunehmenden Verbreitung des Themas Kryonik und der steigenden Zahl von Kryoniker*innen haben sich auch deren Lernprozesse, ihre Selbstwahrnehmung und ihre Art der Präsentation verändert. Trotz der Rolle von KI bei der Etablierung transhumanistischer Ideen wie der Idee der Auslagerung des Bewusstseins außerhalb des biologischen Körpers „jenseits der Kohlenstoffbarriere“ zeigen ethnografische Daten und Umfragen, dass sich Kryonik auf zwei alternativen Wegen verbreitet: durch das wachsende Interesse an Anti-Aging-Forschung und -Behandlung sowie durch den Aufstieg des Rationalismus und damit verbundene Bewegungen wie den Effektiven Altruismus und den Langzeitansatz. Mitglieder des Forschungsteams „Human Futures“

bezeichnen diesen neuen Kontext der Kryonik als „Kryonik 2.0“. In diesem Kontext verzichten viele Kryoniker*innen auf die explizite Sprache des Unsterblichkeits- und

Transhumanismus und wenden sich stattdessen der Langlebigkeit und rationalistischen Diskursen zu.

Schlagwörter Transhumanismus und Rationalismus – medizinische Anthropologie – Anti-Aging –hybride Ethnographie – künstliche Intelligenz (KI)

Article Abstracts of *Curare* 48 (2025) 1+2

(A)symmetrical Relations. Professional Insights into the Everyday Life of Psychiatric Hospitals

THEMATIC FOCUS EDITED BY ANDREA KUCKERT

TOBIAS BECKER: Media and Medicine as Resources for Each Other. Polio Oral Vaccination on West German Television in the 1960s and 1970s p. 139–160, written in German

After oral vaccination against poliomyelitis ('polio') was introduced nationwide in the Federal Republic of Germany in 1962, there were intensive and long-term advertising campaigns in which television, as a new leading medium in society, became increasingly important. The article analyses this role of television in promoting oral polio vaccination, both in terms of the large number of editorial broadcasts and in terms of influential advertising spots by the state. The argument is that the promotion of oral polio vaccines in the 1960s and 1970s was embedded in a partly institutionalised, but primarily informal, collaboration between medical and media actors who sought to benefit from each other through strategic alliances. The article describes how the media served as a resource for medicine and, conversely, how medicine served as a resource

for the media. It also shows how advertising strategies changed over the course of the 1960s and 70s. This perspective from media history reveals that the claim according to which the decline in polio cases in the early 1960s was largely due to the famous advertising slogan 'Oral vaccine is sweet – Polio is cruel' (Schluckimpfung ist süß – Kinderlähmung ist grausam) is a retrospective media myth based on a mostly inaccurate chronological attribution. The article thus sets the historical context of the slogan straight as well as it explains how advertising logics for vaccination changed in the 1970s – moving away from deterrent and shocking images towards depictions of a carefree promise of immunity as they continue to be used today.

Keywords prevention – polio – mass media – media impact – emotions

WILLIAM DAWLEY: Cryonics 2.0. Implicit Transhumanism, Anti-Aging, and the “Rise of Rationalism” p. 161–184, written in English

How has cryonics been affected by futuristic developments in AI and anti-aging medicine? Cryonics is the practice of perfusing human bodies with antifreeze solutions (cryoprotectants) and storing them at ultralow temperatures in the hopes of future revival. Cryonicists (those who

practice or sign up for cryonics) hope for revival by a variety of biological and digital methods, ranging from re-warming, healing, and rejuvenating the body, to adding digital and biological enhancements, to recreating the person or consciousness in digital form. Cryonics was un-

til very recently a very fringe phenomenon only lately the topic of ethnographic manuscripts. But it has been mainstreamed not only by advances in AI, but by the study of aging, as well as other cultural developments. Along with this mainstreaming and the growth in the number of cryonicists, there have been changes in how cryonicists learn about cryonics, how they self-identify, and how they present cryonics to others. Despite AI's role in mainstreaming transhumanist ideas, such as consciousness outside the biological body, 'beyond the carbon barrier' my ethno-

graphic and survey data show that cryonics is popularizing along two alternative routes: through a surging interest in *anti-aging* research and treatment, and through 'the Rise of *Rationalism*' and Rationalist-adjacent movements like Effective Altruism and Longtermism. "Cryonics 2.0" is the name that members of the "Human Futures" research team have given to this new context for cryonics, wherein many cryonicists shed the explicit language of immortality and transhumanism in favour of longevity and Rationalist discourses.

Keywords transhumanism and rationalism – medical anthropology – anti-aging – hybrid ethnography – artificial intelligence (AI)

Résumés des articles de *Curare* 48 (2025) 1+2

Relations (a)symétriques. Perspectives professionnelles sur le quotidien des hôpitaux psychiatriques

SOUS LA DIRECTION DE ANDREA KUCKERT

TOBIAS BECKER: Les médias et la médecine, des ressources mutuelles. La vaccination orale contre la polio à la télévision ouest-allemande dans les années 1960 et 1970 p. 139–160, rédigé en allemande

Résumé : Après l'introduction nationale de la vaccination orale contre la poliomyélite (« polio ») en République fédérale d'Allemagne à partir de 1962, des campagnes publicitaires intensives et de longue durée ont été lancées, dans lesquelles la télévision, en tant que nouveau média social dominant, a joué un rôle de plus en plus important. L'article analyse ce rôle de la télévision dans la promotion des vaccins oraux contre la polio, tant en termes de grand nombre de contributions rédactionnelles dans les émissions qu'en termes des spots publicitaires influents produits par l'État. L'argument est que la promotion des vaccins oraux contre la polio dans les années 1960 et 1970 s'inscrivait dans une collaboration partiellement institutionnalisée, mais surtout informelle, entre des acteurs médicaux et des acteurs médiatiques qui cherchaient à tirer profit les uns des autres dans des alliances stratégiques. L'article décrit comment les médias

ont servi de ressources à la médecine, mais aussi, à l'inverse, comment la médecine a servi de ressource aux médias. Il démontre également comment les stratégies publicitaires ont évolué au cours des années 1960 et 1970. Cette perspective historique et médiatique révèle que l'affirmation selon laquelle le déclin des cas de polio au début des années 1960 était en grande partie dû au célèbre slogan publicitaire « Le vaccin oral est doux – la polio est cruelle » (Schluckimpfung ist süß – Kinderlähmung ist grausam) est un mythe rétrospectif médiatique fondé sur une attribution chronologique largement inexacte. Cet article corrige le contexte historique de ce slogan et explique le changement opéré dans les années 1970 dans la logique publicitaire en faveur de la vaccination, qui est passée d'images dissuasives et choquantes à des représentations promettant une immunité sans souci, telles qu'elles continuent d'être utilisées aujourd'hui.

Mots clés prévention – polio – médias de masse – impact des médias – émotions

William Dawley: Cryonics 2.0. Transhumanisme implicite, anti-vieillessement et « montée du rationalisme » p. 161–184, rédigé en anglais

Comment la cryogénisation a-t-elle été influencée par les développements futuristes de l'IA et de la médecine anti-âge? La cryogénisation consiste à perfuser des corps humains avec des solutions antigel (cryoprotecteurs) et à les conserver à des températures extrêmement basses dans l'espoir d'une réanimation future. Les cryonistes (ceux qui pratiquent la cryogénisation ou y ont recours) espèrent une réanimation par diverses méthodes biologiques et numériques, allant du réchauffement, de la guérison et du rajeunissement du corps, à l'ajout d'améliorations numériques et biologiques, jusqu'à la recréation de la personne ou de la conscience sous forme numérique. La cryogénisation était, jusqu'à très récemment, un phénomène marginal, et ce n'est que récemment qu'elle a fait l'objet de travaux ethnographiques. Mais elle a été popularisée non seulement par les progrès de l'IA, mais aussi par l'étude du vieillissement, ainsi que par d'autres

évolutions culturelles. Avec la popularisation de la cryonie et l'augmentation du nombre de cryonistes, on observe des changements dans la manière dont ces derniers s'informent sur la cryonie, se définissent et la présentent. Malgré le rôle de l'IA dans la diffusion des idées transhumanistes, telles que la conscience hors du corps biologique, « au-delà de la barrière du carbone », nos données ethnographiques et d'enquêtes montrent que la cryonie se popularise selon deux voies alternatives: d'une part, par un intérêt croissant pour la recherche et les traitements anti-âge; d'autre part, par la montée du rationalisme et des mouvements apparentés comme l'altruisme efficace et le longtermisme. L'équipe de recherche Human Futures a baptisé ce nouveau contexte de la cryonie « Cryonie 2.0 » où de nombreux cryonistes délaissent le langage explicite de l'immortalité et du transhumanisme au profit des discours sur la longévité et le rationalisme.

Mots clés transhumanisme et rationalisme – anthropologie médicale – anti-âge – ethnographie hybride – intelligence artificielle (IA)

Ziele & Bereiche

Die Zeitschrift *Curare* bietet seit 1978 ein internationales und interdisziplinäres Forum für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit medizinanthropologischen Themen, die sämtliche Aspekte von Gesundheit, Krankheit, Medizin und Heilung in Vergangenheit und Gegenwart in allen Teilen der Welt umschließt. Alle wissenschaftlichen Forschungsartikel werden nach einer ersten Durchsicht durch das Redaktionsteam einer externen Begutachtung im Doppelblindverfahren unterzogen. Alle anderen Beiträge werden von der Redaktion intern begutachtet. Neben Forschungsartikeln werden auch Tagungsberichte und Buchbesprechungen veröffentlicht. Die Rubrik Forum bietet darüber hinaus Raum für essayistische Beiträge, Interviews und ethnographische Vignetten. *Curare* publiziert Beiträge auf Englisch und als einzige Zeitschrift für Medizinanthropologie auch auf Deutsch. Sie unterstützt die Publikation von Schwerpunktheften durch Gastherausgeberschaften. Bei Interesse an der Veröffentlichung eines Beitrages oder der Übernahme einer Gastherausgeberschaft freuen wir uns über eine Email an: curare@agem.de. Nähere Informationen zu den Bedingungen von Artikeleinreichungen und Gastherausgeberschaften finden Sie unter curarejournal.org.

Aimes & Scope

Since 1978, *Curare* has provided an international and interdisciplinary forum for the scientific discussion of topics in medical anthropology, understood as encompassing all aspects of health, disease, medicine and healing, past and present, indifferent parts of the world. After a first internal review by the editorial team, all research articles are subject to a rigorous, double-blind external review procedure. All other submitted manuscripts are internally reviewed by the editorial team. In addition to research articles, the journal publishes conference reports and book reviews. Furthermore, the journal's forum section offers space for essayistic contributions, interviews and ethnographic vignettes. *Curare* is unique among medical anthropology journals in that it publishes articles in English and German. *Curare* also supports the publication of guest-edited special issues. If you are interested in submitting an article or a special issue proposal, please send an email to curare@agem.de. For further information on manuscript submission and guest editorships, please see curarejournal.org.

DIE SURREALISTISCHE REVOLUTION (DAS MAGAZIN)



(La Révolution surréaliste)
Das Zentralorgan des französischen Surrealismus
zum 100. Geburtstag

12 Hefte
im Originallayout
in deutscher
Übersetzung

60,- EURO

LEGENDÄR,
nur bei Textem

BESTELLEN!
versand@textem.de



