

# PSYCHE IM FOKUS



Das Magazin der DGPPN

## Maßregelvollzug

Was ist nötig? → **S. 6**

## Bundesregierung

Unsere Erwartungen. → **S. 8**

## Gefährder

Prävention statt Register! → **S. 18**



# Liebe Leserinnen und Leser,



wenn Sie diese Ausgabe unseres Magazins *Psyche im Fokus* in den Händen halten, wird uns die aktuelle bundesdeutsche wie auch die weltpolitische Realität bestimmt vor neue Herausforderungen gestellt haben. Als Momentaufnahme führte ich dazu im Februar 2025 ein Gespräch mit Prof. em. Dr. Henning Saß vor dem Hintergrund der Amoktaten von Magdeburg und Aschaffenburg. In deren Folge entbrannte eine schwierige Debatte über die vermeintliche und tatsächliche Gefährlichkeit psychisch kranker Menschen. Dieses Thema „Gewalttaten durch psychisch Erkrankte“ ist jedoch über den Moment hinaus bedeutsam, und so lege ich Ihnen diesen Artikel ausdrücklich ans Herz. Mit Henning Saß äußert sich hier einer der renommiertesten forensischen Psychiater Deutschlands – und ein ehemaliger Präsident der DGPPN.

In der Gesellschaft wächst derzeit die Vorstellung, dass psychische Krankheiten zu sehr gefährlichem Verhalten führen. In Verbindung mit wiederkehrenden Forderungen nach Verschärfung von Gesetzen oder Registern muss nun einer generellen Stigmatisierung entschieden entgegengetreten werden, was die DGPPN auch wiederholt deutlich getan hat. Vor allem muss die Gesellschaft dafür sorgen, dass Betroffene die jeweils nötige psychosoziale Unterstützung und psychiatrische Versorgung erhalten; dies schließt Geflüchtete ausdrücklich mit ein. Dies war auch eine der elementaren Forderungen der DGPPN zur Bundestagswahl und ist es an die kommende Bundesregierung.

Ein weiterer Aspekt der aktuellen Debatte wurde in der DGPPN-Veranstaltung *Problemfall Maßregelvollzug in Deutschland* behandelt. Expertinnen und Experten konstatieren dem Maßregelvollzug, zu viele Patientinnen und Patienten mit zu wenig Ressourcen versorgen und unterbringen zu müssen. So kann der gesetzliche Auftrag, die Patientinnen und Patienten gut zu behandeln und die Bevölkerung vor einer Gefährdung zu schützen, nur bedingt umgesetzt werden. Die DGPPN stellt den Mitschnitt der Veranstaltung auf ihrer Website auch weiterhin zur Verfügung.

Der neue Vorstand der DGPPN sieht sich seit Übernahme der Amtsgeschäfte im Januar 2025 mit Herausforderungen konfrontiert. Mir ist daher besonders wichtig, mit einer positiven Nachricht zu enden: Unsere Kampagne *Deutschland verdient eine bessere Behandlung* wird im April 2025 deutschlandweit fortgesetzt. Der Titel ist und bleibt unsere Verpflichtung.

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

# THEMEN dieser Ausgabe

## 01 EDITORIAL



## 04 GESUNDHEITSPOLITIK

- Kinder schützen
- Suizide verhindern
- Maßregelvollzug am Limit
- Forderungen an die neue Bundesregierung
- Starke Bilder für mehr politische Aufmerksamkeit



## 12 MEDIENPREIS 2024

Erkrankte Männerseelen



## 18 UNTER VIER AUGEN

Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank und Henning Saß im Gespräch

## 24 NACHWUCHS

Symptom oder neue Spezies?



## 26 DGPPN KONGRESS 2025

Versorgung neu denken: der Mensch im Fokus

## 29 MEDIATHEK

## 30 WISSENSCHAFT

- Dynamik in der Forschung: die neue S3-Leitlinie Schizophrenie
- Preise für herausragende Forschung

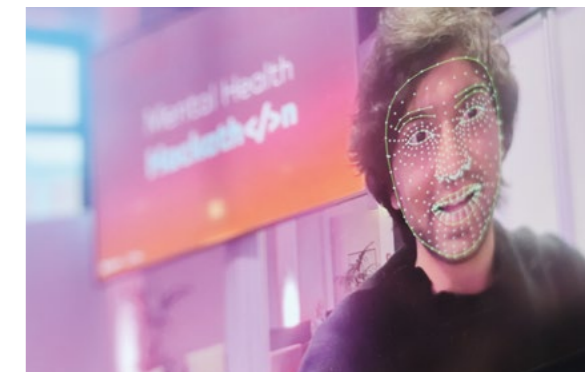


## 36 WISSENSCHAFT

Merk-würdige Studienergebnisse

## 38 INSIDE DGPPN

Die Präsidentin der DGPPN und zwei neue Vorstandsmitglieder stehen Rede und Antwort



## 42 VON HEUTE FÜR MORGEN

Innovationen für die Therapie von morgen: die Gewinnerprojekte des Mental Health Hackathons 2024

## 48 IMPRESSUM

## KALENDER

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

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

16.06.–20.06.2025  
Kompaktkurs Facharzt P&P:  
Anmeldung auf [dgppn.akademie.de](https://dgppn.akademie.de)

25.06.2025  
Hauptstadtsymposium zum Thema Teilhabe:  
Infos und Anmeldung auf [dgppn.de](https://dgppn.de)

09.10.2025  
50 Jahre Psychiatrie-Enquete:  
Save the date!

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

## Gesundheitspolitik

# Frühe Hilfen endlich festschreiben



Mit dem interfraktionellen Antrag *Prävention stärken – Kinder mit psychisch oder suchtkranken Eltern unterstützen* forderten SPD, CDU/CSU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und FDP die Bundesregierung am 2. Juli 2024 auf, einen entsprechenden Gesetzentwurf zu erarbeiten. Der Antrag wurde im Bundestag beraten, anschließend an den Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend überstellt, der dann wiederum Sachverständige, darunter auch Vertreterinnen der DGPPN anhörte, den Antrag finalisierte und mit einer Beschlussempfehlung wieder in den Bundestag gab. Dort wurde der Antrag dann am 31. Januar 2025 beschlossen.

**Vier Millionen Kinder in Deutschland wachsen mit einem Elternteil auf, das psychisch krank ist und/oder eine Suchterkrankung hat. Diese Kinder sind besonders gefährdet, selbst eine psychische Erkrankung zu entwickeln. Denn sie tragen einerseits ein erhöhtes genetisches Risiko, zudem sind ihre Eltern aufgrund ihrer Erkrankung stärkerem Stress ausgesetzt und in ihrem Erleben und Verhalten beeinträchtigt.**

Um die Situation der betroffenen Kinder zu verbessern, hat der Deutsche Bundestag die Bundesregierung schon im Juni 2017 mit der Einrichtung einer interdisziplinären und interministeriellen Arbeitsgruppe beauftragt. Die daraufhin gegründete *AG Kinder psychisch und suchtkranker Eltern* (an der die DGPPN maßgeblich beteiligt war) erarbeitete konkrete Maßnahmen und veröffentlichte sie 2019 in einem Abschlussbericht. Fünf Jahre später fanden die Forderungen der AG schließlich ihren Weg in den Bundestag:

Die Forderungen: Zusätzliche Eltern-Kind-Therapieplätze schaffen – im ambulanten, teil- und vollstationären Setting; Vernetzung und kooperierende Hilfen über die verschiedenen Sektoren- und Sozialgesetzbuch-Zuständigkeiten hinweg verbessern, damit Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Beratungseinrichtungen koordinierter zusammenarbeiten können. Dafür müssen einerseits die Vernetzungsstrukturen ausgebaut werden, andererseits muss der durch die Vernetzungsarbeit entstehende Mehraufwand für die Behandlerinnen und Behandler finanziert werden.

Die Bundesregierung – welche auch immer das sein wird – ist nun damit beauftragt, einen entsprechenden Gesetzentwurf zu formulieren. Die DGPPN wird sich nachdrücklich dafür einsetzen, dass die schon lange in Aussicht gestellte Verbesserung der Versorgungssituation für die betroffenen Familien und ihre Kinder endlich Realität wird.

## Suizidprävention: Gesetz mit Lücken

**Der vom Bundeskabinett beschlossene Gesetzentwurf zur Suizidprävention muss nun durch einen neu gewählten Bundestag verabschiedet oder aber neu beraten werden. Eine Chance für notwendige Nachbesserungen?**

In Deutschland begehen jährlich mehr als 10.000 Menschen Suizid. Laut Schätzungen des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) versuchen dies zusätzlich mehr als 10-mal so viele, das entspricht allein in Deutschland jährlich mindestens 100.000 Suizidversuchen. Über die letzten 40 Jahre

trug der Ausbau von Hilfs- und Präventionsangeboten dazu bei, dass die Zahl der Suizide in Deutschland in dieser Zeit um fast die Hälfte gesunken war; seit 2021 steigt die Anzahl jedoch wieder an. In der bestehenden Suizidprävention sind Nachbesserungen dringend notwendig, fordern nicht nur die DGPPN, sondern auch viele bundesdeutsche Fachgesellschaften, darunter die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention (DGS), die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundesärztekammer (BÄK).

Ein neues Suizidpräventionsgesetz soll Abhilfe schaffen. Mit einem im Juli 2023 nahezu einstimmig verabschiedeten Entschließungsantrag *Suizidprävention stärken* (Drs. 20/7630) hatte der Bundestag ein erstes starkes Signal gesetzt. Der Antrag forderte die Bundesregierung auf, ein Konzept vorzulegen, wie bestehende Strukturen und Angebote der Suizidprävention unterstützt werden können. Das BMG stellte daraufhin im Mai 2024 die Nationale Suizidpräventionsstrategie vor, im November 2024 folgte schließlich der Referentenentwurf des Suizidpräventionsgesetzes. Aus Sicht der DGPPN blieb dieser Entwurf jedoch hinter den Erwartungen zurück. Nach kritischen Rückmeldungen im Rahmen eines Stellungnahmeverfahrens, u. a. seitens der DGPPN, und einer sich anschließenden Anhörung, verabschiedete das Bundeskabinett am 18.12.2024 einen – leider nur leicht – überarbeiteten Gesetzentwurf. Durch die vorgezogenen Bundestagswahlen wurde dieser vom Bundestag nicht mehr verabschiedet.

### Was steht im Gesetzentwurf?

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass eine Nationale Koordinierungsstelle zur Suizidprävention (Koordinierungsstelle) bestehende Präventionsangebote weiterentwickelt, begleitet und berät. Neben der Aufklärung und Information soll ein digitales Verzeichnis bundesweiter Präventionsangebote über die aktuellen Angebote informieren; auch wird eine bundesweite Krisennotrufnummer geschaffen. Darüber hinaus sollen „Maßnahmen zur Restriktion der Verfügbarkeit von Suizidmethoden und -mitteln“ erarbeitet werden. Zur Verbesserung wissenschaftlicher Grundlagen sind suizidbezogene Daten systematisch zu erheben und zu überwachen; diese Daten dienen einer Evaluation der Hilfsangebote und sollen weitere Forschung ermöglichen. Ein Fachbeirat, dessen Mitglieder aus verschiedenen Verbänden aus der Suizidprävention kommen und ehrenamtlich auf fünf Jahre berufen werden, wird die Koordinierungsstelle unterstützen.

### Das fehlt im Gesetzentwurf!

Die DGPPN kritisiert vor allem die an vielen Stellen mangelnde Ausarbeitung. Auch müssten alle Akteure der Suizidprävention beim Ausbau und bei der Weiterentwicklung bestehender Angebote besser eingebunden werden. Gerade im Hinblick auf die regional sehr differierenden Angebote sollten regional maßgeschneiderte Maßnahmen angeboten werden. Dies betrifft auch die Ausarbeitung der geplanten bundesweiten Krisennotrufnummer. Da in einigen Regionen bereits Krisendienste etabliert sind, bedarf es einer guten Absprache, um parallele Strukturen zu vermeiden. Abschließend kritisiert die DGPPN das Fehlen eines klaren Finanzierungsplans, ohne den sämtliche Maßnahmen, allem voran die Forschungsförderung, nicht verlässlich umgesetzt werden können.

Grundsätzlich begrüßt die DGPPN den Gesetzentwurf, rückt er doch das Thema Suizidprävention stärker in den Fokus der politischen Agenda. Wann und ob der neugewählte Bundestag sich dem Thema nun wieder widmet, steht noch abzuwarten. Bis dahin bleibt Zeit, auf Nachbesserungen zu drängen.

### Weitere Informationen finden Sie unter:

#### Nationale Suizidpräventionsstrategie:

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundesgesundheitsminister-stellt-nationale-suizidpraeventionsstrategie-vor-pm-02-05-2024.html>

#### Nationale Suizidpräventionsstrategie:

##### Suizidpräventionsgesetz (SuizidPrävG-E):

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/gesetz-zur-staerkung-der-nationalen-suizidpraevention.html>

#### DGPPN-Stellungnahme:

<https://www.dgppn.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen/gesetz-zur-staerkung-der-nationalen-suizidpraevention.html>





# Problemfall Maßregelvollzug

**Zu viele Patienten, zu wenig Ressourcen – so lässt sich die Situation im Deutschen Maßregelvollzug zusammenfassen. Eine DGPPN-Umfrage belegte schon 2022 dringenden Handlungsbedarf; seitdem hat sich die Situation weiter verschärft. Besonders bedenklich ist die Lage in Berlin. Auf der DGPPN-Veranstaltung *Problemfall Maßregelvollzug – Perspektiven für Deutschland und Berlin* wurde nach Lösungen gesucht.**

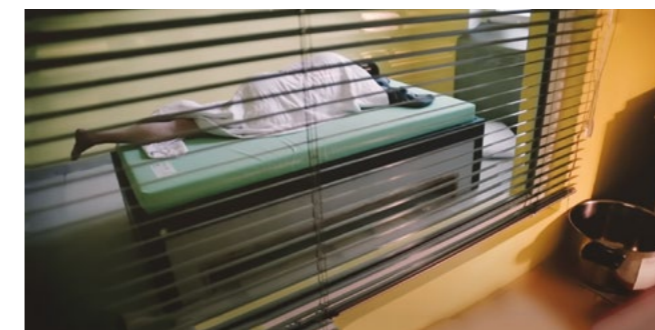
Die Resonanz war groß: Gut 80 Personen folgten am 30. Januar 2025 der Einladung des ehemaligen DGPPN-Präsidenten Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz ins Berliner Hotel Aquino; weitere 200 Personen hatten sich online zugeschaltet. In kurzen Vorträgen wurde zunächst die Situation im deutschen und Berliner Maßregelvollzug geschildert. In einer sich anschließenden Podiumsdiskussion kamen Vertreterinnen und Vertreter aus Wissenschaft, Klinikbetrieb, Recht und Politik zusammen. Denn die Situation ist dramatisch, insbesondere in Berlin. Weniger als 60 % der ärztlichen Stellen im Berliner Krankenhaus für den Maßregelvollzug sind besetzt, in der Pflege fehlen 25 % der vorgesehenen Kräfte. Zwar soll im September ein Neubau eröffnen, aber woher die zusätzlichen Ärztinnen, Psychologen und Pflegekräfte kommen sollen, ist offen. Im Rest des Landes sieht es nicht viel besser aus. Die meisten Kliniken des Maßregelvollzugs können ihren gesetzlichen Auftrag – Patienten zu behandeln und die Bevölkerung vor einer Gefährdung zu schützen – nur bedingt umsetzen.

Zu Beginn der Veranstaltung stellte Jutta Muysers, stellvertretende Leiterin des DGPPN-Referats *Forensische Psychiatrie* die Ergebnisse der DGPPN-Umfrage von 2022 vor: Der Großteil der Kliniken, die sich an der Umfrage beteiligt

hatten, beklagte eine deutliche Überbelegung, nicht zuletzt aufgrund stetig steigender Patientenzahlen und längeren Unterbringungszeiten. Personal- und Raummangel verhinderten, dass Patienten eine optimale Behandlung erhalten; fast jeder fünfte Patient war länger als zehn Jahre im Maßregelvollzug untergebracht. Ein Drittel der Kliniken berichtete eine steigende Zahl an körperlichen Übergriffen durch Patienten. Das Krankenhaus des Maßregelvollzugs Berlin tut sich besonders negativ hervor. Die neue Leiterin, Dr. Julia Krebs, die am 1. Januar 2025 ihre Position angetreten hat, begann ihren Vortrag mit der klaren Feststellung, dass eine Umsetzung des gesetzlichen Auftrags nicht gewährleistet werden könne. Statt mit der Therapie der Patientinnen und Patienten sei man häufig schlicht damit beschäftigt, ausreichend Betten für die stetig steigende Zahl der Betroffenen zur Verfügung zu stellen. Rainer Dopp, Vorsitzender der Nationalen Stelle zur Verhütung von Folter, ergänzte die Zahlen um Erfahrungsberichte. Er hat alle Kliniken des Maßregelvollzugs bereits mehrfach persönlich besucht und schilderte seine Eindrücke. Er lobte prinzipiell das große Engagement der Personen, die im Maßregelvollzug arbeiten, beschrieb aber auch die häufig desolaten Umstände und das Leid der Patientinnen und Patienten. Als großes Problem benannte er die Verschiedenartigkeit der Regelungen und ihrer Umsetzung. Der Umgang mit Sicherheitskameras auf den Toiletten beispielsweise unterscheidet sich sogar zwischen Kliniken innerhalb eines Bundeslandes. Auch Gudrun Weißenborn, Vertreterin des Berliner *Landesverbands der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen*, kritisierte die Intransparenz der Regelungen. Die Informationslage gleiche einer Blackbox. „Angehörige erwarten ein Krankenhaus und finden sich in einem Hochsicherheitstrakt wieder.“ Der Handlungsbedarf sei enorm.

In der sich anschließenden Diskussion, moderiert von Wissenschaftsjournalistin Christina Sartori, konnten die zentralen Probleme klar herausgearbeitet werden: Zu viele Neuaufnahmen, zu wenige Entlassungen aufgrund fehlender Therapien und fehlender Anschlussbehandlungen, zu wenig Personal. Die Gründe dafür sind vielfältig, Lösungsansätze aber leider rar.

Die stetige Zunahme der Zuweisungen in den Maßregelvollzug wird häufig auf Versäumnisse der Allgemeinpsychiatrie zurückgeführt. Dem widersprach Dr. Olaf Hardt, der Leiter der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Vivantes Klinikum Neukölln. Auch in der Allgemeinpsychiatrie kämpfe man mit zunehmendem Versorgungsdruck, Übergriffen auf Mitarbeitende und einer gerade in Berlin sehr schwierigen Sozialstruktur, die konsequente Behandlungen erschwere. Er forderte ein neues Gesamtkonzept für die psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung in Berlin. Matthias Koller, Vorsitzender Richter am Landgericht a.D. verwies auf die veränderte Rechtsprechung als Ursache für die gestiegenen Patientenzahlen. Die Patientenautonomie werde heute höher gewichtet, die Schwellen für Zwangsbehandlungen seien gestiegen, was auch für die Behandlung während der Unterbringung in der Forensik gelte. Ein leichter Rückgang konnte bei den Einweisungen nach § 64 StGB beobachtet werden. Hier scheint die im Oktober 2023 durchgeführte Reform der Unterbringung in einer Entziehungsanstalt erste Effekte zu zeigen.



Der Präsident der Berliner Ärztekammer, Dr. Peter Boppert, betonte ergänzend, dass andere Krankenhäuser geschlossen werden müssten, wenn sie ihren Versorgungsauftrag nicht erfüllen können, keinesfalls dürfe die Entwicklung so weitergehen. Norma Kusserow, die politisch verantwortliche Landesbeauftragte für Psychiatrie, versprach, künftig gemeinsam mit allen Beteiligten noch genauer hinzuschauen, um mögliche Ansatzpunkte für Veränderungen zu identifizieren. Sie wünschte sich zudem eine stärkere politische Priorisierung der psychiatrischen Versorgung und forderte,

dass ressortübergreifend Verantwortung für die Forensik übernommen werde. Auch Julia Krebs unterstrich, dass sich die Situation nur verändern werde, wenn der Maßregelvollzug als gesamtgesellschaftliche und gesamtstädtische Aufgabe betrachtet werde.

Konkrete Vorschläge machte unter anderem Matthias Koller. In den Bereichen Prävention und Nachsorge böte das Verfahrensrecht für die Psychisch-Kranken-Gesetze weitere Möglichkeiten, die aber nur selten umgesetzt werden: Unterbringungen könnten beispielsweise quasi zur Bewährung ausgesetzt werden.



Einig waren sich alle, dass die momentane Situation keinesfalls länger haltbar ist und dringender politischer Handlungsbedarf besteht. DGPPN-Vorstandsmitglied Jürgen Müller wiederholte die DGPPN-Forderungen nach auskömmlicher Finanzierung des Maßregelvollzugs, Vereinheitlichung der bundesweiten Rahmenbedingungen sowie nach einer Expertenkommission auf Bundesebene, die sich ganz grundsätzlich mit der Zukunft des Maßregelvollzugs beschäftigt. Zudem forderte er personelle und räumliche Sofortmaßnahmen, um die Funktionstüchtigkeit der Kliniken des Maßregelvollzugs wiederherzustellen. Andreas Heinz betonte die Wichtigkeit eines politischen Gesamtkonzepts: Langfristig reiche es nicht, nur die Bettenzahlen im Maßregelvollzug zu erhöhen; wirkliche Verbesserungen können nur erreicht werden, wenn auch Prävention und Nachsorge mitgedacht werden. Für Berlin forderte Peter Boppert eine verbindliche Eröffnungsankündigung des Klinikneubaus samt begleitender Stellenanzeigen und Personaloffensiven. Nur so könne das Vertrauen der Berlinerinnen und Berliner in ihr Krankenhaus wiederhergestellt werden.

Die Bilder sind aus der TV-Dokumentation *Psychiatrie hinter Gittern* von Dr. Norbert Siegmund. Ihm wurde für diese Reportage der DGPPN-Medienpreis für Wissenschaftsjournalismus verliehen.



Die Aufzeichnung der Veranstaltung finden Sie unter [dgppn.de](https://www.dgppn.de).

# Koalition für psychische Gesundheit?

**Nachdem die Ampel-Koalition am 6. November 2024 zerbrochen war, wurden Neuwahlen für den 23. Februar angesetzt. Die CDU/CSU ist aus den Wahlen als Siegerin hervorgegangen und mit der SPD zunächst in Sondierungs-, dann in Koalitionsverhandlungen eingetreten. Die DGPPN hat den Bundestagswahlkampf mit Forderungen begleitet. Vor dem Start der neuen Regierung wagt sie eine Prognose der künftigen Politik in zentralen Feldern der psychischen Gesundheit.**

## Prävention und Früherkennung

Unionsparteien und SPD haben in ihren Wahlprogrammen jeweils die Stärkung der Prävention bei psychischen Krankheiten festgeschrieben, CDU/CSU darüber hinaus den Ausbau psychosozialer Angebote für junge Menschen. Prävention und Früherkennung stehen auch auf der Liste der DGPPN-Forderungen ganz oben: Präventive Angebote sollen flächendeckend eingeführt und ausgebaut werden, etwa in Schulen, Ausbildungsstätten, Hochschulen und im Job. Für junge Menschen fehlen zudem Früherkennungszentren.

Mehr Prävention und eine bessere Aufklärung fordert die DGPPN auch in Bezug auf Cannabis-Konsum. Bereits im Rahmen der Diskussion um das Gesetzesverfahren zur Teillegalisierung hat die Fachgesellschaft nachdrücklich auf die Gefahren hingewiesen und sich für die Heraufsetzung der Altersgrenze ausgesprochen. Inwiefern die neue Koalition Nachbesserungen vornehmen wird, bleibt abzuwarten – insbesondere da die CDU/CSU sich für eine Rücknahme der Teillegalisierung ausgesprochen hat.

Der bereits im Kabinett verabschiedete Entwurf eines Suizidpräventionsgesetzes ist aufgrund des vorzeitigen Bruchs der Ampel-Koalition nicht mehr zur Umsetzung gekommen. Die DGPPN hatte vor allem eine Präzisierung der im Entwurf enthaltenen Angebote zur Prävention gefordert. Die Christdemokraten haben angekündigt, ein „umfassendes Suizidpräventionsgesetz“ zu verabschieden; die kommende Koalition könnte hier einen neuen Anlauf nehmen.

## Versorgung

Psychische Krankheiten gehören in Deutschland zu den Volkskrankheiten. Die wirksame und bedarfsgerechte Versorgung ist daher eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Ein zentrales Mittel, um die Versorgung zu verbessern, ist aus Sicht der DGPPN eine bundesweite, ausreichend finanzierte regionale Versorgungsverpflichtung mit populationsbezogenen Angeboten für alle Behandlungssettings. Dazu gehört auch die vollumfängliche Finanzierung der Personalkosten. Im ambulanten Bereich braucht es eine Anpassung der Bedarfsplanung. Sowohl CDU/CSU als auch SPD wollen Versorgungs- und Beratungsangebote für psychisch erkrankte Menschen verbessern, sie machen jedoch keine konkreten Angaben zur Ausgestaltung. Das bereits



in den Sondierungsverhandlungen angekündigte 500-Milliarden-Euro-Sondervermögen für Infrastruktur sieht auch Investitionen im Krankenhausbereich vor – Details sind aber noch keine bekannt. Inwiefern auch psychiatrische Kliniken profitieren könnten, ist noch nicht absehbar.

## Forschung

Gesundheitsforschung im Allgemeinen und die Psychiatrieforschung im Besonderen sind mit umfänglichen strukturellen Herausforderungen konfrontiert. Dazu gehören fragmentierte Förderstrukturen und komplexe regulatorische Bestimmungen. Die Erforschung psychischer Krankheiten ist prinzipiell unterfinanziert. Das Regierungsprogramm der CDU/CSU enthält die Forderung, einerseits Grundlagenforschung stärker zu fördern, andererseits die kleinteilige Förderbürokratie abzubauen. Die DGPPN fordert die Vereinfachung der Regulatorik vor allem, damit evidenzbasierte Neuerungen aus der Versorgungsforschung schnell ihren Weg in die Praxis finden.

Bedingt durch den Bruch der Regierungskoalition, konnte für das Jahr 2025 bisher noch kein Haushalt verabschiedet werden – auch die finanzielle Zukunft des Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit (DZPG) bleibt so weiter im Unklaren. Für die kommenden Haushaltsverhandlungen fordert die DGPPN deswegen die Einhaltung der Finanzierungszusagen. Auch das Monitoring und die Berichterstattung zur psychischen Gesundheit (Mental Health Surveillance) müssen dauerhaft und auskömmlich finanziert werden.

## Teilhabe und Inklusion

Übereinstimmend fordern die künftigen Regierungsparteien, die Rehabilitation und Teilhabe psychisch beeinträchtigter Menschen zu verbessern. Die SPD möchte psychischen Belastungen am Arbeitsplatz mehr Aufmerksamkeit widmen, CDU/CSU fordern eine bessere Verzahnung von medizinischer und beruflicher Rehabilitation und ein einheitliches Antragsverfahren. Auch die DGPPN sieht weiteren Handlungsbedarf, Betroffenen eine chancengleiche Teilhabe in der Gesellschaft zu ermöglichen. Die Fachgesellschaft setzt sich aus diesem Grund für einen inklusiven Arbeitsmarkt ein, der beispielsweise psychiatrisch-psychosomatische Sprechstunden in Unternehmen vorsieht. Zudem fordert sie, psychiatrische Praxen, die frühzeitig die Teilhabe ihrer Patientinnen und Patienten fördern, finanziell und personell zu stärken. Angebote individueller und bedarfsorientierter Förderung von Teilhabe an Arbeit, Bil-

dung und Wohnen müssen ausgebaut werden – unabhängig vom Grad der Beeinträchtigung der Betroffenen oder von Sozialgesetzbuch-Grenzen.

## Selbstbestimmung

Eine psychische Erkrankung beschränkt nicht automatisch die Selbstbestimmungsfähigkeit der Betroffenen, kann sie aber in Einzelfällen erheblich einschränken. Die DGPPN setzt sich für eine Stärkung der Autonomie von Menschen mit psychischen Erkrankungen ein und fordert den Ausbau von Selbsthilfe und Trialog. Sollten doch Zwangsmaßnahmen oder Unterbringungen nötig werden, müssen sie klar und einheitlich dokumentiert werden. Die DGPPN fordert deshalb die Einrichtung eines bundesweiten Registers zur Dokumentation. Die erfassten Daten müssen auch für die Forschung bereitgestellt werden.

Von großer Bedeutung ist das Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmungsfähigkeit und ärztlicher Fürsorgepflicht bei der gesetzlichen Regelung der Suizidassistentz. Nachdem im Sommer 2023 im Bundestag keiner von zwei fraktionsübergreifenden Gesetzesentwürfen eine Mehrheit fand, wird die Thematik auch in der neuen Wahlperiode auf der Tagesordnung stehen. Für die DGPPN gilt: Die Regelung muss unbedingt ein Schutzkonzept für diejenigen Menschen enthalten, die zu einer freiverantwortlichen Suizidentscheidung nicht in der Lage sind.

Die neue Bundesregierung steht vor großen Herausforderungen – neue politische Bedrohungen, stagnierende Wirtschaft, angespannte Haushaltslage. Wie sich die Haushaltsmittel im Bereich (Psychische) Gesundheit entwickeln, bleibt abzuwarten. Doch gerade in Krisenzeiten muss die psychische Gesundheit der Bevölkerung politische Priorität haben. Es sind deutliche Verbesserungen in den Bereichen Prävention, Versorgung, Forschung, Teilhabe und Selbstbestimmung nötig, damit Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland auch langfristig bedarfsorientierte Unterstützung, Diagnostik und Behandlung erhalten und selbstbestimmt und produktiv am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Die DGPPN wird die neue Bundesregierung dabei konstruktiv kritisch begleiten.



Die Forderungen zur Bundestagswahl finden Sie als Broschüre zum Download unter [dgppn.de](https://www.dgppn.de).

# Deutschland verdient eine bessere Behandlung

**Die DGPPN macht mit ihrer bundesweiten Kampagne *Deutschland verdient eine bessere Behandlung auf Missstände in der psychiatrischen Versorgung aufmerksam und fordert mehr politische Aufmerksamkeit sowie Reformen für eine bedarfsgerechte Behandlung psychisch erkrankter Menschen.***



Unter dem Absender „Die Psychiater“ spricht sich die DGPPN mit ihrer bundesweiten Kampagne für notwendige Reformen in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung aus. Ziel der Anstrengungen ist es, politische Entscheidungsträgerinnen und -träger auf bestehende strukturelle Defizite aufmerksam zu machen und die Versorgung psychisch erkrankter Menschen zu verbessern. Fachkräftemangel, lange Wartezeiten und Versorgungslücken prägen die aktuelle Situation. Trotz vielfältiger Hinweise aus der Fachwelt bleiben notwendige Reformschritte bisher aus.

## Politische Aufmerksamkeit für die psychiatrische Versorgung

Die Kampagne stellt sechs Krankheitsbilder in den Mittelpunkt, die den Alltag der psychiatrischen Klinik prägen: Depression, Sucht, Demenz, Posttraumatische Belastungsstörung, ADHS und Schizophrenie. Mit dem Claim *Deutschland verdient eine bessere Behandlung* bringt die Kampagne die Forderung nach einer angemessenen, bedarfsgerechten Unterstützung und Therapie auf den Punkt, um die psychiatrische Versorgung als relevanten Bestandteil der ge-

sundheitspolitischen Agenda zu positionieren und zu untermauern, dass nur Psychiaterinnen und Psychiater über die umfassende medizinische Kompetenz verfügen, diese Krankheitsbilder ganzheitlich zu behandeln. Ihnen sollte zukünftig eine zentrale, steuernde Rolle zukommen, um eine zielgerichtete und bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. Die Kampagne richtet sich in erster Linie an politische Verantwortliche, die über Rahmenbedingungen der psychiatrischen Behandlungsangebote, sowohl im klinischen als auch im ambulanten Sektor, entscheiden. Daher wurden die Motive an relevanten Orten im politischen Umfeld, unter anderem im Berliner Regierungsviertel und in der Nähe von Ministerien, platziert. Damit verfolgt die Kampagne zwei zentrale Anliegen: Erstens soll auf die bestehenden strukturellen Probleme hingewiesen werden. Zweitens sollen politische Maßnahmen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung angeregt werden.

## Ein breit abgestimmter Prozess

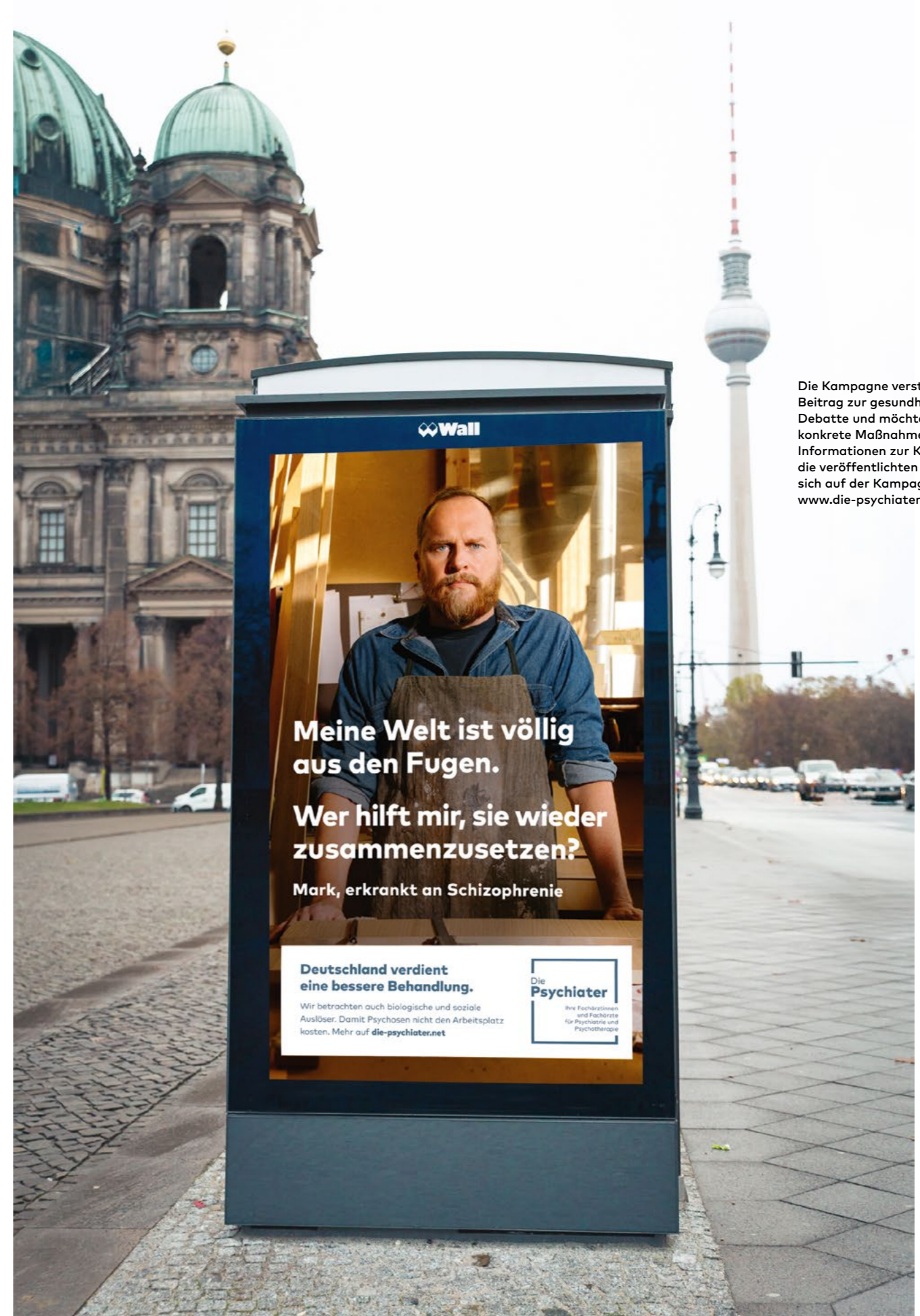
Die Entwicklung der Kampagne erfolgte in einem umfassenden internen Abstimmungsprozess innerhalb der DGPPN. Fachliche Expertise aus Psychiatrie, Psychotherapie und angrenzenden Bereichen floss ebenso ein wie Beratung durch Expertinnen und Experten für politische Kommunikation. Ziel war es, ein klares, sachliches Konzept zu entwickeln, das die Problemlagen verständlich und nachvollziehbar vermittelt und die Dringlichkeit der Herausforderungen unterstreicht.

## Relevanz im aktuellen gesundheitspolitischen Kontext

Im Hinblick auf die aktuelle Regierungsbildung nach den Neuwahlen und die anstehenden Reformen des Gesundheitswesens betont die Kampagne den Handlungsbedarf im Bereich der psychiatrischen Versorgung. Eine Verbesserung der Rahmenbedingungen ist nicht zuletzt auch erforderlich, um die Belastungen für die Gesellschaft nicht weiter in die Höhe schnellen zu lassen.



Die Kampagnenmotive und weitere Infos finden Sie auf [www.die-psychiater.net/](http://www.die-psychiater.net/)



Die Kampagne versteht sich als Beitrag zur gesundheitspolitischen Debatte und möchte Impulse für konkrete Maßnahmen geben. Weitere Informationen zur Kampagne sowie die veröffentlichten Motive befinden sich auf der Kampagnenwebsite: [www.die-psychiater.net](http://www.die-psychiater.net)

DGPPN-  
Medienpreis  
2024

# Männersache

Männer leiden heimlich. Bis nichts mehr geht: Oft vergehen Jahre, bis sie sich eine Depression eingestehen. Und dann? In einer Tagesklinik (TK) in Niedersachsen finden erkrankte Männerseelen Hilfe. Christopher Bonnen, Gewinner des DGPPN-Medienpreises, stellt das Behandlungskonzept und drei der Männer vor.

## WOCHE 1

Als Herr Voß die erste Psychotherapie seines Lebens beginnt, liegt sein Suizidversuch bereits drei Jahre zurück. Am Tag, an dem er sich töten wollte, setzte ihn seine Familie ins Auto und fuhr zur nächstgelegenen Psychiatrie. Er blieb einen Abend dort, die Ärzte gaben ein Antidepressivum, er nahm es über Monate. Die Zeit verging, aber die Depression nicht.

Nun wird Voß sechs Wochen lang morgens in die TK Männer statt ins Büro fahren. Statt Großbauprojekte ans Stromnetz zu bringen, wird sein Vollzeitjob er selbst sein.

Es ist Ende Oktober 2023, in der TK Männer riecht es nach neuen Möbeln. Im Flur lehnen Bilder und Tafeln, für die es noch keine Nägel in der Wand gibt. „Das Fachkrankenhaus für die Seele“ steht über dem Portal des Neubaus, in den vor kurzem die TK Männer gezogen ist, die Tagesklinik für psychisch erkrankte Männer. Sie gehört zum Klinikum Wahrendorff und widmet sich, im niedersächsischen Sehnde-Köthenwald, der Seele von Männern.

Im Gruppenraum B setzt sich Voß mit dem Rücken zum Fenster an den langen Tisch. Er trägt die dunklen Haare zu einem kleinen Zopf gebunden, die Schädelseiten kurz. In der Ecke hängen zwei Plakate, auf dem gelben stehen Wörter wie *stolz*, *munter* und *motiviert*, auf dem roten *einsam*, *wütend*, *nervös*. In täglichen Morgen- und Abschlussrunden sollen Voß und die anderen Männer formulieren, wie sie sich fühlen. Wenn ihnen die Worte fehlen, huschen ihre Augen zu

den Plakaten. *Schlecht* ist kein Gefühl und verboten wie einfach nur *gut*.

Neben Voß sitzt ein Patient mit gebräunter Haut und Goldkettchen und zwei Plätze weiter ein Mann, dessen Kopf meist zwischen den Schultern versinkt. In den nächsten Wochen werden die drei oft gemeinsam kniffeln.

Der Mann trägt eine schwarze Sweatjacke und eine Brille, die automatisch abdunkelt, wenn die Sonne blendet. René Süßenbach ist 33 Jahre alt und Lkw-Fahrer. Süßenbach ist schon seit einer Woche hier, auch wegen Depressionen. Für ihn ist es, wie für Voß, die erste Therapie seines Lebens. Auch er ist Vater eines kleinen Sohnes.

„Die ersten anderthalb Jahre seines Lebens hat der mich nicht interessiert“, sagt Süßenbach. „Das kann man sich nicht vorstellen, aber das war wirklich so. Die Gefühle waren komplett weg.“

Die Knie und der Rücken schmerzten, sein Körper schlug Alarm. Seine Partnerin drang darauf: Lass dich untersuchen! Er ging zum Hausarzt, dann zu einem Psychologen, er nahm Antidepressiva. Alles wenige Wochen her.

Süßenbach ist aufgewachsen mit der Ansage: „Du bist ein Kerl! Sieh zu, dass du klarkommst!“ Er weiß längst, dass solche Sätze nicht helfen. Er denkt sie dennoch. Die Eltern, sagt er, haben sie ihm eingepflegt und vorgelebt.

Ein Indianer kennt keinen Schmerz. Aber was, wenn doch?

Zu sehen, dass er nicht der einzige Mann mit psychischen Problemen ist, sagt Süßenbach, sei ein Aha-Moment gewesen.

In der TK Männer lernt er, was Therapie überhaupt bedeutet. Als er zu Anfang eine Therapeutin mit Klangschale sieht, denkt er noch: „O Gott, so ein Aloe-Vera-Chakra-Gedöns.“

Am Mittwoch sitzt Voß mit einem Kaffee in der Loggia und erzählt vom

Start seiner Therapie. Da hat die Depression schon sechs seiner 35 Lebensjahre zermürbt: „Innerhalb der letzten zwei Tage habe ich manche Dinge besser verstanden als in den letzten sechs Jahren zusammen“, sagt er, und es klingt stolz. „Ob dieses Wachstum so exponentiell anhält? Das wäre ja komisch, dann könnte es sein, dass ich in zwei Wochen geheilt bin.“

Die Ärzte und Therapeutinnen hier kennen solche Sätze. Selbst in der Klinik wollen viele Männer Leistung zeigen. Von innen sieht ihr Hamsterrad aus wie eine Leiter. Sie brauchen die ersten Wochen, um zu bremsen.

Männer gehen mit einer seelischen Krise oft anders um als Frauen, machen eher dicht, schweigen, ziehen sich zurück von Freunden und Familie, werden wütend, wollen einfach weitermachen. Sie müssen meist erst körperlich spüren, wie es ihnen seelisch geht.

Viele sprechen dann lieber von einem Burn-out, statt Depression zu sagen. Überengagiert und ausgebrannt zu sein, passt besser zum Selbstbild als ohnmächtig und fragil. Doch das verharmlost die Erkrankung.

Bis bei Männern eine Depression diagnostiziert wird, vergehen im Durchschnitt sieben Jahre. So lange schleppen sie sich durch ihren Alltag wie ein angeschossenes Tier. Männer haben mehr Hemmungen, ärztliche Hilfe zu suchen. Das dürfte auch ein Grund sein, warum Frauen in Deutschland doppelt so oft die Diagnose Depression erhalten, mutmaßt das Max-Planck-Institut für Psychiatrie. Dabei sind Männer nicht psychisch gesünder: Drei von vier Menschen, die sich in Deutschland das Leben nehmen, sind männlich.

Die Seele des Mannes ist in der Psychotherapie noch immer, was der Körper der Frau lange für die Medizin war: Nebensache. Und weil die Kliniken ausgelastet sind und die Warte-

Der harte, silbrige Igelball ist ein „Notfallskill“: Presst Voß ihn fest, reißt ihn der Schmerz aus stressigen Momenten. Etwa dann, wenn das Weinen seines Sohnes ihn nachts wachhält.



zimmer der Praxen voll, wird schnell übersehen, wer *nicht* kommt.

Nur ein Drittel aller Therapieplätze, sagt die Statistik, nutzen Männer. Und die psychologische Hilfe ist häufig auf einen „weiblichen Bewältigungsstil“ zugeschnitten: reden.

Doch wenn Hilfe nicht alle erreicht, muss sich das Angebot anpassen. Deshalb hat das Klinikum Wahrendorff 2011 die TK Männer eingerichtet. Denn sie müssten nicht nur anders versorgt, sondern auch anders angesprochen werden als Frauen, forderte ein Jahr zuvor der „Erste Deutsche Männergesundheitsbericht“.

In der Tagesklinik kämpfen fast alle Männer gegen Depressionen, meistens kommt noch eine zweite Diagnose dazu. Auch Angststörungen behandeln sie hier häufig. In zwei Gruppen mit je 14 Plätzen bleiben die Männer in der Regel zwischen sechs und acht Wochen. Nie vergeht eine, ohne dass sich Männer verabschieden und neue kommen.

Von montags bis freitags sind die Männer zusammen, von morgens um halb neun bis nachmittags um vier. Zum Schlafen fahren sie nach Hause. Auf ihrem Stundenplan stehen neben Frontalunterricht über Erkrankungen und Therapie auch Meditations- und Achtsamkeitsübungen. Sie können wählen, ob sie lieber zum Kochen, Trommeln oder therapeutischen Boxen gehen. [...]

Drogen und Alkohol sind verboten. In der TK Männer sollen die Patienten auch nicht über Bier reden. Viele Männer kommen mit Suchtproblemen, aber trocken und clean zu sein, ist Bedingung für die Therapie. Manche Männer müssen deshalb Urin abgeben.

2011 war die TK Männer, war „gendersensible Psychotherapie“ visionär. Wer fast 13 Jahre später erlebt, wie die Männer hier über ihr Leid hinauswachsen, fragt sich: Wie kann es sein, dass die TK Männer deutschlandweit noch immer einzigartig ist?

## WOCHE 2

In der ersten Novemberwoche stehen in Gruppe B schon Spekulatius und Plätzchen auf dem Tisch. Nach der Atemmeditation gibt es am Donnerstagmorgen eine kurze Pause, bevor die nächste Stunde startet. [...]

Im Psychotherapie-seminar zeichnet die Therapeutin mit rotem Edding die fünf Säulen der Identität an die Tafel: Werte, materielle Sicherheit, Arbeit und Leistung, soziales Netzwerk und ganz links die Leiblichkeit. „Hierzu gehört körperliche, aber auch psychische Gesundheit“, erklärt sie. „Sind wir emotional stabil? Oder labil aufgrund einer Erkrankung?“

Wer viel leistet, anderen eine starke Schulter bietet und dann von einer Depression erfasst wird, dessen Selbstbild kommt ins Schlingern, erklärt die Therapeutin. Wer nicht mehr sein kann, der er war, steht vor der Frage: Wer bin ich jetzt noch?



Mit dem Antidepressivum kehren bei Süßenbach die Gefühle zurück: die guten und die ungeraten. Mit ihnen umzugehen lernt er in der Therapie.

pression in manchen Momenten fast vergessen, zum ersten Mal seit Jahren.

Und nun? Baustellen, überall Baustellen: Bis auf den Job, so kommt es ihm vor, bröckeln alle seine Säulen. Allein der Bluthochdruck, die Fettleber. Erst erkrankte seine Seele, später der Körper. Früher traf sich Voß mit Freunden, ging auf Gothic-Festivals, heute, sagt er, ist er alle paar Wochen mal einen Abend unter Leuten, wenn überhaupt.

„So viel Arbeit. Ich weiß nicht, wo ich anfangen soll“, sagt Voß. Die Therapeutin schlägt vor, das Thema „im Einzel“ anzusprechen: Jeder Mann hat pro Woche eine Einzelstunde mit seiner Bezugstherapeutin. Oder ob er sofort etwas brauche? Voß sagt: „Ein Licht brauche ich.“

Am Ende malt die Therapeutin ein Fahrrad auf den Flipchart. Dass die Übung schmerzhaft war, bedeute: Sie haben den platten Reifen in ihrem Leben erkannt. So sehr sie strampeln, mit einem Platten komme man schlecht voran, erklärt sie. Therapie könne Reifen flicken. Vor dem Aufpumpen sei der erste wichtige Schritt: Akzeptieren. Ist so.

Wie Voß gilt Arbeit vielen Männern als stabilste Säule ihres Lebens. In seelischen Krisen ziehen sich Männer am Job hoch oder versuchen es zumindest. [...]

## WOCHE 3

Am Mittwoch sitzt Voß in einem kleinen Therapeutenbüro. Auf seinem Handrücken wölbt sich eine Beule, so groß wie eine Walnuss. Die Identitätsübung vergangene Woche hat ihn in eine depressive Phase gerissen, erzählt er. Am Freitag hat er den Nachmittag im Ruheraum verbracht. Das Wochenende mit Frau und Kind war stressig, Voß angespannt.

Jeder der Männer soll jetzt seine fünf Säulen konkret beschreiben: Was schwächt sie? Was stützt sie?

„Wie viel Zeit haben wir? Fünf Tage?“ 25 Minuten. Süßenbach nimmt ein Arbeitsblatt und geht, Voß folgt ihm aus dem Gruppenraum.

In der Ecke des großen Aufenthaltsraums brummt leise der Wasserspender. Süßenbach sitzt ratlos an einem kleinen schwarzen Tisch. „Ich frage mich jeden Tag, warum Menschen überhaupt mit mir zu tun haben wollen.“ Er starrt auf das Blatt vor ihm.

„Das hier macht die Arbeit der letzten Tage hinfällig“, murmelt Voß am Nebentisch.

Zurück in der Gruppe, fragt die Therapeutin: „Sind Sie so weit?“ Schweigen.

Süßenbach ist an Säule fünf zerbröselt: Werte und Ideale? Keine Ahnung, leeres Feld. Die Therapeutin will wissen, was er daraus schließt. „Dass ich mich belogen hab“, er macht eine Pause, „eigentlich immer.“ Die Therapeutin entgegnet, nun sei seine Chance gekommen, die Säulen zu füllen. Er habe ja noch einige Wochen.

Dann holt Voß tief Luft. „Für mich war das schlicht deprimierend.“ Sein Kopf läuft rot an.

Heute Morgen noch war er bester Dinge. Seine Frau bemerkte Besserung, das Lachen war zurück, die De-



In der Gruppentherapie helfen Einzelkämpfer sich gegenseitig: Werseler, Süßenbach und Voß bei einer Pause in der Loggia.

Werseler schreibt sich sein Leid von der Seele: In seinem Tagebuch\* notiert er: „Niemand soll es so ergehen, dieser schnelle und extreme Wechsel der Gefühle. Die ‚kranken‘ Bilder im Kopf, das Verlangen nach Suizid“

Heute, sagt Werseler, lebt er in einer Beziehung, die ihn stützt statt zerstört. Er ist stellvertretender Vorarbeiter auf dem Wertstoffhof, sie in der Verwaltung, sie kannten sich von der Arbeit. Er ging zufällig in ihre Nachbarschaft. Er ging mit dem Hund spazieren, sie mit dem Kind. Fortan gingen sie zusammen. Ihr muss er sich nicht erklären. Auf ihrem Rücken ist ein Schmetterling tätowiert, der Körper des Falters: ein Semikolon.

Nun, im November, ist Werseler wieder in der TK Männer. Mindestens vier Wochen wird er auch am Borderline-Syndrom arbeiten und nicht wie bisher nur gegen die Depression kämpfen.

Der Drang, sich selbst zu verletzen, sei oft kaum zu kontrollieren. „Du musst dir jetzt wehtun, damit dieser Druck nachlässt.“ Vergangene Woche musste Werseler eine Gruppe vorzeitig verlassen, weil sie ihn so aufgewühlt hat. Er spazierte in die Felder hinter der Klinik, um runterzukommen. Am Wegrand lagen Äste: „Wenn ich die unsauber durchbreche, kann ich mir die unter die Haut schieben, wahnsinnig geil, funktioniert.“

Früher, als er noch im Labor arbeitete, erzählt Werseler, zog er die schützenden Handschuhe runter, wenn er Proben in den brennenden Muffelofen schob. Er drückte glühende Magnesiumstäbchen in sein Fleisch oder rammte die Spezierschere in seinen Arm und drehte sie um. Doch inzwischen überlistet er den Drang.

Er setzt sich so auf eine Bank, dass sein ganzer Körper auf der Wade lastet und das Blut staut. Wenn er aufsteht, schießt es zurück in den Körper, und der Schmerz kommt. So klingen die Emotionen ab. Ganz ohne Wunden.

In der Klinik hat er ständig kleine Spielzeuge in den Fingern. Heute klickert es in seiner Hand. Der schwarze

Würfel ist ein „Skill“. So heißt in der TK Männer alles, was gegen Anspannung helfen kann. Das Therapieteam hat eine Liste mit 334 möglichen Skills, von Wäsche waschen (Nr. 7) und mit Bauklötzen bauen (Nr. 77) bis saure Süßigkeiten kauen (Nr. 93).

**WOCHEN 4** [...] Donnerstag, 8:26 Uhr. Die Männer sitzen mit dem ersten Kaffee im Gruppenraum. Voß hat letzte Nacht nicht geschlafen. Als er ins Bett wollte, wachte sein Sohn auf.

„Gestern kam mein Notfallskill an, endlich.“ Voß hält harte, silbrige Igelbällchen in der Hand. „Konnte ich direkt ausprobieren, funktioniert.“

„Über Schmerz?“, fragt einer der Männer. „Ja! Du hast einen Impuls, danach merkst du den Schmerz noch länger. Hat mich gut rausgeholt.“ „So soll es sein.“ „Lustiger Nebeneffekt: Die sehen aus, als würden sie ins Schlafzimmer gehören“, sagt Voß und grinst. [...]

Kurz darauf stehen die Männer im Seminar vor schwierigeren Fragen. Bin ich meine Erkrankung, oder habe ich eine Erkrankung?

Die Therapeutin möchte, dass die Männer mit Wachsmalstiften ihr Leiden zeichnen. Sie betont noch: Der künstlerische Anspruch ist unwichtig! Dann machen sie sich ans Werk. Auf die Frage, wer sein Bild vorstellen will, heben Süßenbach, Voß und fünf andere die Hand. Die Gruppe soll im Anschluss jedes Bild kommentieren.

Süßenbach schaut verlegen auf seines. „Ja, äh ... künstlerisch sehr begabt.“ Die Therapeutin unterbricht ihn: „So typisch! Erst eine Abwertung, bevor alles andere passiert.“

Sein Bild zeigt eine weiße, detaillose Person inmitten einer gelben Fläche,

dahinter ein grünes Band, umgeben von Schwärze: Er im Tunnel aller Probleme, mit einem goldenen Pfad ins Freie. Das Gelb stehe für Familie und Freunde, die ihm Kraft geben, auf die grüne Wiese am Ausgang zuzugehen.

„Ich habe kein Gesicht gemalt, weil mein Selbstwertgefühl komplett unten ist“, sagt er.

Nun ist die Runde an der Reihe. Einer bemerkt, dass Süßenbach von mehr Farbe als Dunkelheit umgeben ist. „Ich sehe einfach Hoffnung“, meldet sich ein anderer. „Du hast einen Tunnel gewählt: Kein Tunnel ist endlos. Man kommt da raus, per Definition.“ Bei so viel Farbe sei er dem Ausgang wohl nah.

Süßenbach nickt. Er sagt: „Ich habe mich schon weit vorgekämpft.“

Die Übung zeigt den Männern, was sie durch ihre Erkrankung nicht sehen. Während jeder versucht, das Schlechte in sich zu malen, erkennen die anderen in den Bildern auch das Gute. Das bringen sie sehr direkt rüber und dennoch empathisch.

Dies ist der wohl größte Wert der Gruppe: Gemeinsam bekommen sie einen anderen Blick auf die Dinge. Dabei zwingt sich keiner dem anderen auf, es sind alle mit sich selbst zugegen. So helfen Einzelkämpfer einander – ohne das Gefühl zu haben, dass ihnen jemand reinredet. [...]

**WOCHEN 6** Voß meditiert im Schneidersitz, während Werseler auf die Schlagpolster des nach hinten weichenden Trainers einprügelt. Rechts, links, rechts. Werseler presst die Lippen aufeinander, seine Augen verengen sich, mit den Halbfingerhandschuhen spürt er jeden Schlag. Das Echo seiner Hiebe erfüllt knallend den langen Kellerflur.

Im Keller sind neben Fitnessstudio und Turnhalle auch drei Räume mit Ballettspiegeln. Weil heute alle von anderen Gruppen belegt sind, findet das Therapieboxen auf dem Flur statt. [...]

Werseler atmet schwer. Im Keller unten ist der Ton noch direkter als oben in der Gruppe. Der Sporttherapeut war früher Fußballprofi, mit Kabinenhärte redet er auf Werseler ein.

„Seit wann willst du nur noch der Harte sein? Was ist passiert, dass du keine Gefühle mehr zeigst? Warum glaubst du, dass du alles wegschließen musst?“ – „Ich habe auf so viele Fragen keine Antwort“, erwidert Werseler mit gesenktem Kopf.

„Du willst dich verteidigen, du bist doch nicht umsonst so kräftig geworden. Los!“ Werseler beginnt die nächsten Schläge in die Polster zu knallen.

Dreimal in der Woche steht Fitness im Stundenplan. Die Therapie will die Männer nicht nur seelisch in Bewegung bringen, sondern auch den Körper wieder fit machen. Der Sport reguliert aber auch die Anspannung: Wer in seiner Zeit in der Klinik das Fitnessangebot nutzt, reduziert die Symptome seiner Depression doppelt so stark, haben die Sporttherapeuten gemessen. [...]

Der Effekt einer Therapie in der TK Männer ist größer als in gemischten Gruppen. Eine Studie der Klinik zeigt, dass sich die männertypischen Symptome wie Impulsivität und Aggressivität hier stärker bessern.

Es ist der letzte Dienstag im November, und René Süßenbach bringt Kuchen mit. Heute verlässt er die TK Männer. Er soll noch zwei Tage durchatmen, bevor der neue Job beginnt. Am 1. Dezember postet er dann ein Foto, der Blick aus dem Lkw-Häuschen: „Wieder in gewohnter Umgebung.“

Martin Werseler bleibt bis Januar. Seit er verstanden hat, dass Borderline heilbar ist, hat er Angst. Er fürchtet nicht nur die Erkrankung, sondern auch gute Eigenschaften wie seine Kreativität zu verlieren. „Dann bin ich nicht mehr Martin.“ Seine Bezugstherapeutin verspricht: „Sie sagen, was weg soll.“ Alles andere wird nicht behandelt. In den kommenden Wochen arbeiten sie daran.

Voß beendet die Therapie ohne eine zweite Diagnose. Sie hätte ihm nicht weitergeholfen. Er findet auch so eine Antwort: „Ich bin im Sternzeichen Depression, vielleicht mit Aszendent Borderline.“ Am Ende der ersten Therapie seines Lebens sagt er: „Es geht mir gut, das erste Mal seit ...“ Er überlegt. „Das erste Mal.“

Am Ausgang lehnt sein Sitznachbar mit dem Goldkettchen, zu Hause warten Frau und Kind. Die Männer gehen gemeinsam durch die Schiebetür.

Damit sie weiter in Kontakt bleiben können, gibt es eine WhatsApp-Gruppe: „Männersache“.

Lassen Sie sich diesen Artikel vorlesen:



**Autor**  
**Christopher Bonnen**  
arbeitete als freier Journalist in Hamburg, vor allem für Tagesschau, GEO, ZEIT, SZ und FAZ. Seit kurzem ist er fest bei DER SPIEGEL angestellt.

**Fotograf**  
**Jewgeni Roppel**  
lebt in Hamburg und ist Spezialist für Dokumentar fotografie.

Gekürzter Nachdruck aus GEO, 06.2024, mit freundlicher Genehmigung von GEO.



\* Schrift unleserlich gemacht, um die Beteiligten zu schützen

einem Mal heilen, was sich in die Seelen mancher Männer gefressen hat. In der TK Männer heißen sie „Intervallpatienten“. Martin Werseler nennt sich selbst lieber „Wiederholungstäter“.

Was in ihm tobt, lässt sich nur ahnen. Mit 48 Jahren und mit Bart und Bauch wie Santa Claus zockelt Werseler über den Klinikflur. Er trägt Sneaker mit Sesamstraßenmotiv und ein Buch mit braunem Wildledereinband unter dem Arm. Darin notierte er auf Seite 114:

„Niemandem soll es so ergehen, dieser schnelle und extreme Wechsel der Gefühle. Die ‚kranken‘ Bilder im Kopf, das Verlangen nach Suizid und Schmerz. [...] Alles ist dumpf und gefühlt wie in Nebel gehüllt.“

Martin Werseler lernte Psychotherapie schon in ambulanten Einzelstunden kennen und auch in gemischten Gruppen. Im vergangenen Sommer kam er das erste Mal in die TK Männer. [...]

Auf dem Oberarm trägt Werseler ein Semikolon-Tattoo, wie so viele, die Ähnliches hinter sich haben. Das Semikolon symbolisiert, dass sein Satz, also das Leben, hätte enden können; dass er entschied, es nicht zu tun.

## Unter vier Augen



# Gefährlich oder gefährdet?

Hanau, Magdeburg, Aschaffenburg – immer wieder sorgen Gewalttaten von Menschen mit psychischen Erkrankungen für Schlagzeilen. Dass psychisch Kranke nicht generell gefährlich sind, gerät dabei schnell aus dem Blick. Der Forensiker Henning Saß und DGPPN-Präsidentin Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank erörtern im Gespräch Möglichkeiten, das Risiko für Gewalttaten zu verringern, ohne der Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen Vorschub zu leisten.

**EGM:** Lieber Herr Saß, Sie sind einer der renommiertesten forensischen Psychiater Deutschlands. Sie haben bedeutende Gerichtsverhandlungen begleitet und sind bis heute ein gefragter Gutachter. Wie sind Sie denn zur Forensik gekommen? Was interessiert Sie daran, was fasziniert Sie?

**HS:** Was mich seit Beginn an der forensischen Psychiatrie fasziniert hat, ist die intensive Beschäftigung mit der Lebensgeschichte eines Menschen. Mich interessiert, wie ein Mensch sich entwickelt, wie er geformt wird, wie sich seine Psyche, sein Wertgefüge, die sozialen Beziehungen entwickeln, und wie dann irgendwann eine Krankheit entsteht. Ich habe mich immer bemüht, die Krankheit im Kontext der Lebensentwicklung zu sehen, eingebettet in biografische Krisen oder Belastungen bzw. Traumata. Die entscheidende Frage ist: Wann, unter welchen Umständen und aus welchen Gründen ist die Erkrankung entstanden? Das ist wichtig für das Krankheitsverständnis, aber auch für therapeutische Entscheidungen. In der forensischen Psychiatrie hat man, anders als heute in der klinischen Psychiatrie, die Möglichkeit, einen Fall ganz intensiv, von Anfang an zu studieren. Man kann viele Stunden auf die Anamnese verwenden und die Entwicklung der Lebensgeschichte und die Entwicklung hin zum Delikt ganz genau aufarbeiten.

**EGM:** Wir führen dieses Gespräch vor dem Hintergrund der Taten von Magdeburg und Aschaffenburg, in deren Folge eine schwierige Debatte über die vermeintliche oder tatsächliche Gefährlichkeit psychisch kranker Menschen entbrannt ist. Ist es denn so, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen insgesamt gefährlicher sind als psychisch gesunde Menschen? Wir wissen ja, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen häufiger Opfer von Aggression, Gewalt oder Vernachlässigung sind.

**HS:** Seit der Arbeit von Böker und Häfner 1973 gilt es als allgemeiner Wissensstand, dass psychische Krankheiten generell nicht mit einem in der Gesamtgruppe erhöhten Risiko für Delinquenz einhergehen. Die Studienlage seither ist nicht ganz eindeutig. Es hängt immer davon ab, in welchem Land und mit welcher Methodik geforscht wird. Was aber klar ist: Psychisch Kranke können ein erhöhtes Risiko haben, Opfer von Gewalt zu werden. Das hat damit zu tun, dass sie in ihrer sozialen Anpassung Probleme haben, schwierige Verhaltensweisen zeigen und spannungsvolle Beziehungen führen – und das geht einher mit einem Risiko für Spannungen, zugespitzte Situationen und auch Tötlichkeiten, bei denen sie betroffen sind.

Es gibt allerdings bestimmte psychische Störungen, die mit einem krankheitsbedingt erhöhten Risiko für Gewalttaten einhergehen. Das sind insbesondere die Substanzkonsumstörungen. Alkohol und Drogen steigern die Aggressivität, führen zu Konflikten, zu Beschaffungskriminalität und erhöhen so das Risiko für Gewalthandlungen. Auch Menschen mit bestimmten Persönlichkeitsstörungen haben ein erhöhtes Risiko für soziale Verwicklungen bis hin zu Delinquenz. Und es betrifft natürlich die psychotischen Störungen. Schon in der Arbeit von Böker und Häfner gingen Schizophrenien, insbesondere in der paranoiden Form, mit einem erhöhten Gewaltisiko einher. Einerseits liegt das am Wahnerleben, das zu einer Störung der Realitätskontrolle und zu falschen Interpretationen der Umwelt führt. Daraus können dann aggressive Handlungen entstehen: um sich zu wehren, gegen Verfolger anzugehen, sich zu schützen. Der Wahn verändert also das Persönlichkeitsgefüge. Aber auch Impulskontrolle und Affektkontrolle sind gestört. Es wird schwieriger, Gefühle wie Ärger, Ungeduld oder Wut adäquat zu regulieren und in die soziale Situation einzubetten. Aggressive Impulse werden dann schneller ausagiert als in der gesunden Zeit.



**EGM:** Das gilt ebenso für die Substanzstörungen, erst recht in Zuständen von Intoxikationen.

**HS:** Ganz genau. Unter dem Einfluss von Alkohol sind die kritische Situationsbeurteilung, aber auch die Fähigkeit zur Hemmung von Impulsen beeinträchtigt. Deutlich ist das auch bei den Stimulanzien, bei Amphetaminen oder Kokain. Der Antrieb wird gesteigert, die Impulskontrolle geht zurück und so kommt es vermehrt zum aggressiven Handeln.



**EGM:** Es gibt natürlich auch andere Risikofaktoren für aggressives Verhalten, die unabhängig sind von psychischen Erkrankungen. Und es gibt Interaktionen zwischen diesen Faktoren. Was begegnet Ihnen als Gutachter da am häufigsten?

“ Es gibt eine Gruppe von Patienten, die längerfristig mehr Schutz benötigt.“

EUPHROSYNE GOUZOU LIS-MAYFRANK

**HS:** Da gibt es vieles: soziale Faktoren, entwicklungsbedingte Faktoren, das Aufwachsen unter ungünstigen Familienbedingungen, das Fehlen einer stabilen Vater- oder Mutterfigur. Das alles kann die Entwicklung erheblich beeinträchtigen und zu Bedingungen in der Persönlichkeit führen, die mit Delinquenzrisiken einhergehen. Hinzu kommen ungünstige Lebensumstände, Armut, Obdachlosigkeit, Schulden, familiäre Spannungen, Partnerschaftskonflikte. Es gibt ein großes Bedingungsgefüge, zusammengesetzt aus individuellen, sozialen und psychopathologischen Faktoren.

**EGM:** Als Psychiaterinnen und Psychiater können wir die Erkrankung kaum unabhängig von diesem sozialen Gefüge behandeln und stabilisieren.

**HS:** Und das macht die Psychiatrie zu einem besonderen Fach innerhalb der medizinischen Disziplinen, denn sie bezieht auch die gesellschaftliche Einbettung des Individuums mit ein.

**EGM:** Und diese ist nicht nur für die Entwicklung der Erkrankung, sondern auch für die Behandlung und die langfristige Perspektive, also die Integration oder Reintegration, wichtig.

**HS:** Insofern hat die Psychiatrie immer ganz vordringlich eine soziale Aufgabe.

**EGM:** Der wir uns auch nicht entledigen können oder sollten.

**HS:** Die sozialen Faktoren sind mit der Psychiatrie-Enquete Mitte der 70er Jahre stärker in den Blick gerückt. Die daraufhin einsetzende sozialpsychiatrische Entwicklung hat zu einer erheblichen Verbesserung der Versorgung geführt. Allerdings gab es auch nachteilige Entwicklungen. Die Dehospitalisierungsbewegung – so wichtig sie auch war – hat auch dazu geführt, dass Menschen draußen gescheitert sind. Es gibt Personen mit psychischen Erkrankungen, die ohne Unterstützung nicht in der Lage sind, an der Gesellschaft teilzuhaben. Sie sind dann in prekäre Lebensentwicklungen geraten oder aber in das Gefängnisystem. Oft braucht es bei psychisch kranken Menschen wegen der Einbettung der Erkrankung in das soziale Gefüge eine gewisse Zeit, ehe sich alles wieder stabilisiert.

**EGM:** Vielleicht gibt es auch einfach eine Gruppe von Patienten, die längerfristig mehr Schutz benötigt?

**HS:** Unbedingt. Die gibt es in der Allgemeinpsychiatrie und auch in der forensischen Psychiatrie. Wenn erst einmal so gravierende Gewalttaten ausgeübt werden, dass eine Unterbringung im Maßregelvollzug erforderlich wird, ist es ungeheuer schwer, da wieder herauszukommen. Deswegen müsste die psychiatrische Versorgung für diese Gruppe im Vorfeld intensiver und nachhaltiger sein – damit es erst gar nicht so weit kommt. Bei vielen Fällen, die mir in der Prognosebegutachtung begegnen, denke ich: Wäre es gelungen, bei vorherigen Aufenthalten in der Allgemeinpsychiatrie etwas länger zu behandeln, mehr Stabilität zu erzeugen,

Kontakt zu einer ambulanten Nachsorge sicherzustellen, dann hätte sich der Weg in die Forensik möglicherweise verhindern lassen.



Die Selbstbestimmung des Kranken ist zweifelsohne enorm wichtig, aber sie ist eben nur eine Seite der Medaille. Neben den Freiheitsrechten der Patienten gibt es auch die Garantstellung der Ärzte. Was ist im wohlverstandenen Interesse des Betroffenen, gerade dann, wenn die psychische Erkrankung seine Willenstätigkeit, seine Urteilsbildung, seine Entscheidungsfähigkeit behindert? Natürlich ist das eine heikle Abwägung. Zuletzt ist das Pendel sehr stark in Richtung Autonomie ausgeschlagen. Leider kommt dann der Aspekt der Fürsorge für den in seinen psychischen Funktionen beeinträchtigten Patienten manchmal zu kurz.

**EGM:** Gerade scheint es mir, dass das Pendel wieder zurück-schwingt.

**HS:** Tatsächlich scheint eine Gegenbewegung einzusetzen. In der Gesellschaft wächst die Vorstellung, dass psychische Krankheiten zu gefährlichem Verhalten führen. Einzelne Vorfälle werden medial aufgegriffen, skandalisiert und unkritisch verallgemeinert. Es droht erneut eine generelle Ächtung psychisch Kranker. Sicherheitsinteressen werden so sehr in den Vordergrund gerückt, dass die Schutzbedürftigkeit der Patienten vernachlässigt wird.

**EGM:** Wir haben da gerade eine sehr aufgeheizte Diskussion. Wie beurteilen Sie die kursierenden Vorschläge?

**HS:** Auf der einen Seite finde ich es wichtig, die Qualität der psychiatrischen und auch der forensisch-psychiatrischen Versorgung zu verbessern. Gerade Personen, bei denen Schwierigkeiten erkannt werden, sollten nachhaltiger behandelt werden. Es müssen Vorkehrungen getroffen werden, damit Medikamenteneinnahme sowie psycho- und soziotherapeutische Betreuung fortgeführt werden. Das könnte in vielen Fällen hilfreich sein. Ein Register halte ich dagegen für hochproblematisch. Es treibt die Stigmatisierung voran und erhöht die Schwelle, Hilfe in Anspruch zu nehmen, weil psychisch Kranke sich dann scheuen, ihre Erkrankung zu thematisieren und zum Arzt zu gehen. Wenn wir anfangen, Register zu erstellen, werden Stigma und Angst vor gesellschaftlichen Sanktionen wieder steigen.

**EGM:** Gäbe es denn überhaupt eine positive Seite von Registern? Könnten Sie sich einen Nutzen vorstellen?

**HS:** Ich kann mir durchaus vorstellen, dass man auf bestimmte Risikokonstellationen achtet. Nehmen wir zum Beispiel den Fall des Attentäters von Hanau. Er hat als Student eine wahnhaftige Erkrankung entwickelt, die sich dann im weiteren Verlauf als eine chronische paranoid halluzinatorische Schizophrenie herausgestellt hat. Er war allerdings ein sogenannter besonnener Wahnkranker: Er hat sein Studium abschließen können, einen Beruf ausgeübt und sich dann auf sein Attentat vorbereitet. Als er bei der Ersterkrankung gegen seinen Willen in der Klinik vorgestellt wurde, wurde er sehr schnell wieder entlassen. Danach aber hat er einen Waffenschein bekommen und konnte Schusswaffen erwerben. Bei der Fahrerlaubnis haben wir Regelungen: Wenn jemand zwangsweise in eine Klinik kommt, erfährt die Führerscheinstelle das und kann Maßnahmen einleiten. Das muss doch auch für einen Waffenschein möglich sein. Zudem gibt es bestimmte Deliktformen, die mehr Aufmerksamkeit erfordern. Wenn jemand aus dem Wahn heraus

Aggressionshandlungen begeht und dann die Behandlung abbricht, müssen wir als Gesellschaft überlegen, welche Möglichkeiten wir haben, das zu beobachten und gegebenenfalls einzuschreiten. Welche Befugnisse gibt es für die öffentlichen Gesundheitsdienste? Kann man Auflagen machen, sich behandeln oder von Zeit zu Zeit untersuchen zu lassen? Ähnliches gilt für jene Psych-KG-Fälle, denen eine wahnhaftige Erkrankung zugrunde liegt. Diese Personen werden derzeit meist sehr schnell wieder entlassen, oft gegen ärztlichen Rat. Hier könnte überlegt werden, eine Behandlung einzuleiten, aber die Entlassung zunächst nur probeweise und mit der verbindlichen Auflage einer ambulanten Weiterbehandlung durchzuführen. Dann stünde ein etwas längerer Zeitraum zur Verfügung, um zu sehen, ob sich das Verhalten stabilisiert. Dass eine Psych-KG-Unterbringung in dem Moment endet, in dem die akuten Symptome abgeklungen sind, halte ich für ein Problem.

**EGM:** Es macht ja einen großen Unterschied, ob wir über Maßnahmen innerhalb des medizinischen Bereichs sprechen oder ob Informationen aus dem medizinischen System in andere Systeme weitergegeben werden dürfen.

**“** Dass eine Psych-KG-Unterbringung in dem Moment endet, in dem die akuten Symptome abgeklungen sind, halte ich für ein Problem.“

HENNING SASS

**HS:** Das ist in der Tat schwierig. Ein wichtiger Akteur könnte hier der sozialpsychiatrische Dienst der Gesundheitsämter sein, der eine Art Zwischenfunktion einnimmt. Es ist eine staatliche Instanz, sie denkt aber medizinisch und patientenzentriert. Vielleicht ließe sich das ausbauen.

**EGM:** Lassen Sie uns noch zu einem weiteren schwierigen Punkt kommen: dem Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und Extremismus oder Radikalisierung. Das ist ja häufig auch differenzialdiagnostisch nicht einfach.

**HS:** Typischerweise bestehen deutliche Unterschiede zwischen Wahn und Verschwörungsgedanken. Der paranoid Schizophrene fühlt sich selbst verfolgt und geschädigt, er steht in seinem subjektiven Erleben im Mittelpunkt des Geschehens und der Bedrohung. Verschwörungsgedanken dagegen fokus-

siert meist auf die Gesellschaft beziehungsweise bestimmte Gruppen: Irgendwo in Amerika werden Kinder im Keller von geheimen Mächten gefoltert und ihr Blut wird benutzt, um dies und das zu erreichen. Noch ein entscheidender Unterschied: Der Wahnkranke ist allein, er isoliert sich sogar in der Regel. Oft verheimlicht er, was er denkt und plant. Verschwörungstheorien dagegen werden von einer größeren Schar von Gleichgesinnten gebilligt und verbreitet. Verschwörungsgedanken ist nicht krankhaft, sondern es handelt sich um irri-ge Überzeugungen, die von vielen geteilt werden.

**EGM:** Ist das denn wirklich immer so klar auseinanderzuhalten?

**HS:** Nein. Natürlich gibt es Übergangsfälle und Verquickungen. Im posthumer Gutachten über den Fall von Hanau habe ich das Amalgamierung genannt. Am Beginn stand eindeutig ein schizophren-wahnhaftes Denksystem mit Inhalten ähnlich den Verschwörungstheorien: Steuerung der Welt und Beeinflussung vieler Lebensbereiche sowie des eigenen Ichs durch geheime Mächte. Er ist aber auch in einem Elternhaus mit rechtsnationalem Gedankengut aufgewachsen, mit den Reden Hitlers und Militaria im väterlichen Bücherschrank. Hinzu kamen in den Jahren, in denen die psychische Krankheit in Latenz war, die aus dem Zeitgeist stammenden Themen Migration, Fremdenfeindlichkeit, Rassismus, Überlegenheit des deutschen Volkes etc. All diese Elemente haben sich hier vermischt.

**EGM:** In der Öffentlichkeit wurde er nicht als krank betrachtet.

**HS:** Bis heute nicht. Das hat sicher auch mit der gesellschaftspolitischen Situation zu tun. Aber wenn man ihm gerecht werden will, muss man sehen: Zweifellos war es rassistisches Gedankengut, aber es ist auf dem Boden einer krankhaft deformierten Psyche gewachsen.

**EGM:** Wo verläuft denn die Grenze zwischen Auffälligkeiten oder Akzentuierungen der Persönlichkeit und einer psychischen Erkrankung?

**HS:** Hier hat sich im Laufe der vergangenen Jahrzehnte etwas verändert – unter anderem als Konsequenz daraus, dass die Vergütung für ärztliche Leistungen an die Vergabe einer Diagnose gekoppelt ist. Der Begriff „psychisch gestört“ ist enorm ausgeweitet worden, was ich für problematisch und auch schädlich halte. Früher wurden manche Zustände

psychischer Beeinträchtigung, etwa Trauer oder Verstimmungen nach belastenden Ereignissen, als normale Erscheinung im Lebensschicksal gewertet. Heute benutzt man viel schneller den Begriff Störung. Wir haben eine Tendenz zur Pathologisierung von psychischen Sachverhalten im Gefolge von Lebensereignissen entwickelt. Das führt dazu, dass der Schutz der Krankenrolle für echte psychische Erkrankungen ins Wanken gerät und nicht mehr genügend Ressourcen für die psychisch Kranken im engeren Sinne vorhanden sind.

**“** Wir brauchen Aufklärung darüber, dass bestimmte Erkrankungen ein erhöhtes Risiko für Gewalttaten in sich bergen.“

HENNING SASS

**EGM:** Ein gewisses Ausmaß an Belastungen gehört einfach zum Leben dazu und wir müssen damit fertig werden. Manche Menschen müssen allerdings ein enormes Ausmaß an Belastungen ertragen; dazu gehören auch Menschen mit Fluchterfahrung. Viele der aktuell diskutierten schweren Gewalttaten wurden von Geflüchteten verübt und auch in den Forensiken scheinen gerade zunehmend Menschen mit Fluchterfahrung und schizophrenen Störungen untergebracht zu werden. Sehen Sie das als Resultat der Kumulation von Belastungen?

**HS:** Viele dieser Menschen sprechen die Sprache nicht, sind sozial nicht integriert, leben in prekären Verhältnissen. Ihr Asylstatus ist unklar, sie sind ständig in Sorge, was mit ihnen geschieht, und sie sind von ihrer Familie getrennt. Das alles kann eine psychische Labilisierung bewirken und bei entsprechender Disposition dazu führen, dass eine psychische Erkrankung zum Ausbruch kommt. Wir müssen unbedingt dafür sorgen, dass diese Menschen die nötige psychosoziale Unterstützung und psychiatrische Versorgung bekommen.

**EGM:** Und schneller als bislang in geregelte Lebens- und Arbeitsbedingungen kommen.

**HS:** Drei bis vier Jahre in Ungewissheit sind im Grunde abschüssige Bahnen, die leicht in Dissozialität und Delinquenz führen können. Da kann es einen Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung geben, aber allein schon die unsicheren und nachteiligen sozialen Bedingungen fördern die Entwicklung von delinquentem Verhalten.

**EGM:** Damit werden Menschen in eine Hochrisikokonstellation gebracht.

**HS:** Richtig. Da muss gesellschaftlich etwas passieren. Die Rahmenbedingungen sollten verbessert werden. Schnellere Klarheit über den Status, schnellerer Spracherwerb, schnellere Klarheit über die Frage „Arbeiten ja oder nein?“ – solche Dinge würden helfen.

**EGM:** Und auch mehr Möglichkeiten der Diagnostik und Behandlung.

**HS:** Gerade diese Gruppe muss sozialpsychiatrisch gut versorgt werden, mindestens so gut wie die Allgemeinbevölkerung. Generell brauchen wir in der Gesellschaft eine gute Aufklärung darüber, inwieweit soziale Faktoren, soziale Belastungen, ungünstige Lebensbedingungen zu einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen führen. Und wir brauchen Aufklärung darüber, dass bestimmte psychische Erkrankungen ein erhöhtes Risiko für Delinquenz und Gewalttaten in sich bergen. Gerade bei diesen Erkrankungen muss dann besonderer Wert auf Prävention gelegt werden – und wir müssen überlegen, welche Instrumente wir dafür in unserer Gesellschaft haben und wie wir sie optimal nutzen können, ohne einer Stigmatisierung Vorschub zu leisten.



**Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank** ist seit Anfang dieses Jahres Präsidentin der DGPPN. Die Psychiaterin und Neurologin leitet die LVR-Klinik Köln, eine Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Einer ihrer klinischen Schwerpunkte liegt in der Behandlung von Menschen mit komplexen psychischen Störungen wie der Komorbidität von Psychose und Sucht.

**Prof. Dr. med. Henning Sass** ist emeritierter Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Uniklinik RWTH Aachen. Der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie gehört zu den bekanntesten forensisch-psychiatrischen Gutachtern in Deutschland. Von 1999 bis 2000 war er Präsident der DGPPN, bis heute ist er im Beirat der Fachgesellschaft aktiv.



## Spielerischer Zugang zu einem ernstesten Thema

Mit einem neuen Kampagnenmotiv setzt Generation PSY, die Nachwuchsinitiative der DGPPN, ihre erfolgreiche Kommunikationslinie fort. Ziel bleibt es, den Medizinnachwuchs für das Fach Psychiatrie zu begeistern.

Im Mittelpunkt des neuen Motivs steht ein typisches Symptom der Schizophrenie: Inkohärenz – die Zerfahrenheit des Denkens, bei der Gedanken ohne logischen Zusammenhang durcheinandergeraten, sich überlagern und für Außenstehende schwer fassbar sind. Verständigung mit Betroffenen wird so nur schwer möglich. Visualisiert wird dieses Symptom durch ein KI-generiertes Bild: Bunte, mikrobeartige Wesen schwirren chaotisch durch den Raum – als Sinnbild für die Strukturlosigkeit inkohärenter Gedanken. Diese Zerfahrenheit geht für Erkrankte oft mit Missverständnissen und sozialer Isolation einher. Doch mit der richtigen Unterstützung und Therapie lassen sich Struktur und Klarheit zurückgewinnen.

Die begleitende Headline schlägt die Brücke zwischen einem faszinierenden Bildmotiv und dem ernstesten Hintergrund der Erkrankung. Damit verfolgt die neue Kampagne ein klares Ziel: klinische Komplexität anschaulich machen und junge Menschen für das Universum der Psychiatrie gewinnen. Die Kampagne verdeutlicht, wie herausfordernd, aber auch lohnend die Arbeit mit psychisch schwer erkrankten Menschen sein kann, und knüpft damit an das Selbstverständnis vieler junger Menschen an,

die die Sinnhaftigkeit und Wirksamkeit ihrer beruflichen Tätigkeit in den Fokus rücken. Dies betont auch Prof. Dr. Alkomiet Hasan von der Uniklinik Augsburg, der in einem Interview Frage und Antwort zum Krankheitsbild der Schizophrenie steht und außerdem einen interessanten Einblick in seinen Werdegang gewährt. Auch die Betroffenenperspektive wird beleuchtet mit einem Buchauszug aus *ICH ist manchmal ein anderer* von Cordt Winkler, der aus eigener Erfahrung von der Zerfahrenheit, aber auch anderen Symptomen der Schizophrenie berichtet.

### Strategische Platzierung und Zielgruppenansprache

Wie bereits die vorherigen Kampagnenmotive, wird auch das neue Thema zielgruppengerecht an medizinischen Fakultäten, Fachschaften und Kliniken platziert. Darüber hinaus wird es demnächst den neuen Instagram-Kanal der Generation PSY geben, um die Botschaften und Kampagnen der Nachwuchsinitiative zeitgemäß direkt an die junge Zielgruppe heranzutragen. Auf der Website der Generation PSY steht neben dem Experteninterview von Prof. Hasan und dem Buchauszug noch weitere interessante Lektüre zum Thema zur Verfügung. Vorbeischauchen auf [generation-psy.de](http://generation-psy.de) lohnt sich also!

### SUMMER SCHOOL

Vom Termin her ist die Summer School 2025 fast eine Autumn School – das Thema ist nichtsdestotrotz spannend und lohnenswert: Psychopharmakotherapie. Unter dem Leitmotiv *Methoden, Status und Perspektiven* erfahren Teilnehmende den aktuellsten Stand zur medikamentösen Behandlung psychischer Erkrankungen. Mehr dazu auf [generation-psy.de](http://generation-psy.de).

Wir freuen uns auf zwei spannende Tage in der Hauptstadt!

**Was:** Summer School Psychopharmakotherapie

**Wann:** 29. und 30. September 2025

**Wo:** Berlin



**Der Mensch im  
Mittelpunkt:**  
regionale,  
personenorientierte  
Versorgung

**2025**

26.–29.11. | Berlin

## Versorgung denken, Menschen fokussieren

Der DGPPN Kongress 2025 stellt in diesem Jahr den Menschen ausdrücklich in den Mittelpunkt: Vom 26. bis 29. November widmet sich der Kongress dem Schwerpunkt der regionalen, personenzentrierten Versorgung – ein Thema, das an Bedeutung zukünftig noch zunehmen wird.

Berlin steht im November traditionell im Zeichen der psychischen Gesundheit, wenn der CityCube Berlin an vier Tagen zu einem Ort für exzellente Wissenschaft, anregende Diskussionen und inspirierende Begegnungen wird. Der DGPPN Kongress: ein Pflichttermin, der bereits Anfang des Jahres im Kalender vorgemerkt ist. In diesem Jahr widmet er sich dem Leitthema *Der Mensch im Mittelpunkt: regionale, personenzentrierte Versorgung*. Die größte Fachveranstaltung für den Bereich psychischer Gesundheit ist auch in diesem Jahr ganz auf den interdisziplinären Austausch ausgerichtet, was gerade für das Themenfeld der Versorgung unerlässlich ist.

Die Mitwirkung von zuletzt über 1.000 Referentinnen und Referenten, ca. 9.000 Teilnehmenden und vielen Fachorganisationen macht den Kongress in jedem Jahr zu einem spannenden, aber auch herausfordernden Erlebnis. Geballtes Wissen in vier Tagen bietet den Teilnehmenden darüber hinaus die Möglichkeit, insgesamt rund 30 CME-Punkte zu erwerben.

### **Versorgung ist ein Thema für alle**

Zu den Teilnehmenden aus Psychiatrie und Psychotherapie gehören neben Medizinerinnen und Mediziner sowie Psychologinnen und Psychologen auch Studierende, Pflegefachpersonen, weitere Gesundheitsfachkräfte sowie Betroffene und Angehörige. Diese Vielfalt spiegelt die Bedeutung wider, die das Thema der psychischen Gesundheit heute in der Gesellschaft einnimmt – nicht nur durch die aktuellen politischen Gegebenheiten oder Reformen im Gesundheitswesen, sondern ganz konkret auch im Leben jedes Einzelnen. Die persönlichen, beruflichen und ge-

sellschaftlichen Belastungen steigen; dass zeitgleich das Wissen um psychische Erkrankungen und deren Behandlungsmöglichkeiten zugenommen hat und weiter zunimmt, geht auch auf die Anstrengungen der Fachgesellschaften und solcher Veranstaltungen wie des DGPPN Kongresses zurück.

Der DGPPN Kongress 2025 rückt die regionale und personenzentrierte Versorgung in den Fokus und widmet sich unter anderem der Frage, wie eine gute Versorgungsplanung zu einer qualitativ besseren psychiatrischen Versorgung der Betroffenen beitragen kann.

### **Perspektiven der psychiatrischen Versorgung**

Die Umsetzung und Fortschreibung der Krankenhausreform und der notwendigen Verzahnung stationärer mit ambulanten und teilstationären Leistungen wird sich auch auf die psychiatrische Versorgung auswirken. Auch aus diesem Grund ist die Weiterentwicklung vor allem sektorenübergreifender Versorgungsmodelle eines von vielen relevanten Themen des Kongresses. Wie lassen sich stationäre, teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote effizienter miteinander verknüpfen? Und eröffnet die Digitalisierung weitere Möglichkeiten?

Regionale Versorgungsaufträge psychiatrischer Kliniken sehen sich nicht nur einem Fachkräftemangel gegenüber, sondern einem stetig zunehmenden Patientenaufkommen. Wie können Patientenströme auch in der Psychiatrie flexibel und bedarfsgerecht geleitet werden? Können gänzlich neue Finanzierungsmodelle hier weiterhelfen?

Prävention und Frühintervention sind wichtige Elemente guter Versorgungsplanung. Denn Früherkennungszentren und Therapiezentren, die Patientinnen und Patienten im Jugend- und jungen Erwachsenenalter frühzeitige Hilfen anbieten, könnten ggf. schwere Verläufe verhindern und somit ebenfalls dazu beitragen, die psychiatrischen Versorgungsstrukturen zu entlasten.

Auch die Eingliederungshilfe spielt eine zentrale Rolle bei der Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Doch wie effektiv ist die bisherige Umsetzung in der Praxis – und wie kann sie verbessert werden? Der Kongress 2025 wird auch dieses Thema aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten.

Das große Ziel all dieser Themen bleibt dabei auch weiterhin: der Erhalt oder die Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Menschen.

#### Programm für den Nachwuchs

Auch die Gewinnung von zukünftigem Fachpersonal ist eine wichtige Mission der DGPPN. Die Nachwuchsinitiative Generation PSY verfolgt dieses Ziel mit verschiedenen Ansätzen und bietet ein spezielles Programm für angehende Psychiaterinnen und Psychiater: von speziellen Sessions, die die Ausbildung thematisieren, über Speed-Dating zum Kennenlernen wie auch der Networking Reception gibt es vielfältige Möglichkeiten zum Austausch.

#### Vielfalt präsentieren

Als wichtiger Teil des Ausstellungsprogramms werden sich auch in diesem Jahr Selbsthilfegruppen und Betroffenenvereine vor Ort präsentieren. An etwa 65 Ständen informieren sie über ihre Arbeit und laden zu Gesprächen am Stand ein. Ergänzt durch Verlage, Kliniken und Anbieter vielfältiger Gesundheitsleistungen ist dieser Bereich der Ausstellung wie gehabt für alle Teilnehmenden frei zugänglich und bietet somit eine inhaltlich wichtige Ergänzung des Kongresses und der Industrieausstellung.

#### Zweierlei – Berlin+Online oder Online-Paket

Der DGPPN Kongress bietet auch in diesem Jahr mehrere Möglichkeiten der Teilnahme: in Präsenz vor

Ort, ausschließlich online oder in bester Verbindung beider Versionen hybrid.

Das Berlin+Online-Paket ist die Eintrittskarte in den CityCube Berlin und bietet die Flexibilität, alle streambaren Veranstaltungen auch im Livestream oder später als Video-on-Demand zu verfolgen.

Das Online-Paket ermöglicht, die meisten State-of-the-Art-Symposien, Lectures und Meet-the-Expert-Sessions sowie einige Symposien während des Kongresses live zu verfolgen. Als Video-on-Demand steht dieses Livestreaming im Anschluss wie gewohnt zur Verfügung.

#### Gemeinsam nachhaltig







Die DGPPN kommt ihrer ökologischen Verantwortung nach und hat sich gemeinsam mit ihren Dienstleistenden und Partnern der Nachhaltigkeit verschrieben. Ziel ist es, den DGPPN Kongress so ressourcenschonend wie möglich durchzuführen. Dabei gilt: vermeiden, bilanzieren, kompensieren. Dies wird auf alle Bereiche der Kongressorganisation angewendet. Auf Kongresstaschen, Give-aways und gedruckte Flyer wird daher verzichtet.

### DGPPN Kongress – alles auf einen Blick

- 26. bis 29. November 2025
- CityCube Berlin
- teilweise Livestreaming
- Video-on-Demand-Angebot ist in allen Tickets enthalten
- vielfältiges Workshop-Programm vor Ort in Berlin – zusätzlich kostenpflichtig buchbar
- CME-Punkte können vor Ort und digital gesammelt werden
- DGPPN-Mitglieder profitieren von einer vergünstigten Gebühr
- dgppnkongress.de

# Mental Entertainment

Ob humoristisch, emotional oder sachlich: Psychische Erkrankungen spielen in Filmen, Serien und Podcasts immer öfter die Hauptrolle. *Psyche im Fokus* gibt einen kleinen Überblick.

<b>Am Limit</b>		Wie kann man Kranke in einer Einrichtung behandeln, die selbst krank ist? Dr. Jamal Abdel-Kader ist der einzige Psychiater im Beaujon-Krankenhaus bei Paris. Er ist ständig zwischen Notaufnahme und Intensivstation unterwegs und behandelt Menschen mit psychischen Störungen, aber auch Patienten, die bettlägerig sind. Er unternimmt alles, um Leiden zu lindern.	→ Dokumentation   Arte
<b>Angehören-Podcast</b>		Angehörige kennen die Herausforderungen, Ängste und Sorgen, die eine psychische Erkrankung in der Familie mit sich bringt, aus allen möglichen Perspektiven. Dieser Podcast spricht die diversen Facetten an und schafft einen persönlichen Austausch. Der Podcast ist eine Gemeinschaftsproduktion der Oberbayerischen Initiative der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen und der Aktionsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen.	→ Podcast   alle Plattformen
<b>The Bear</b>		Carmy Berzatto übernimmt den heruntergekommenen Sandwich-Shop des verstorbenen Bruders, der Suizid begangen hat. Carmy muss sich mit dem neuen Umfeld und dem skeptischen Team sowie herausfordernden familiären Beziehungen auseinandersetzen. Die mehrfach Emmy-prämierte Serie greift Themen wie Alkoholismus, Erfolgsdruck und Versagensängste sowie Einsamkeit auf spannende Weise auf.	→ Serie   Disney+
<b>Kopfsalat</b>		Die Sonderfolgen <i>Einsamkeit</i> und <i>Schreiben des Freunds fürs Leben</i> -Podcast erläutern u.a. die therapeutische Wirkung des Schreibens. Die Gäste geben einfache Übungen an die Hand und sprechen mit Moderator Sven Haeusler über ihre persönlichen Erfahrungen und ihr kreatives Schaffen als Ventil. Mit Anton Weil, Silke Heimes und Katja Lewina.	→ Podcast   alle Plattformen
<b>Loudermilk</b>		Sam Loudermilk, ehemaliger Musikkritiker und alkoholabhängiger Zyniker, arbeitet als Suchtberater und Leiter einer Selbsthilfegruppe. Während er versucht, mit den Herausforderungen seiner Erkrankung umzugehen, hilft er anderen Menschen auf ihrem Weg zur Genesung, die im Laufe der Serie zu engen Vertrauten werden. Dabei entstehen nicht selten skurril-witzige bis tragikomische Situationen.	→ Serie   Netflix
<b>Go Mental! Internationales Filmfestival</b>		Das Festival gibt Filmschaffenden eine Plattform, auf der sie sich dazu ermächtigt fühlen, die vielfachen Themen der seelischen Gesundheit zu ergründen und sich mit den schwierigen und ebenso fesselnden Themen auseinanderzusetzen, um authentische Darstellungen zu ermöglichen, durch die Stigmata aufgebrochen und Empathie gefördert werden. Das Festival findet 2025 zum 5. Mal live in Berlin sowie online statt.	→ Filme   live in Berlin und online



# Neue Behandlungs- und Versorgungsempfehlungen für Schizophrenien

Im ersten Halbjahr 2025 ist es soweit: Die aktualisierte S3-Leitlinie Schizophrenie erscheint und soll die Versorgungsrealität für die Betroffenen verbessern. Als Living Guideline wird sie künftig kontinuierlich aktualisiert und kann so die beeindruckende Dynamik der Schizophrenie-Forschung abbilden.

## Medikamente mit neuen Wirkmechanismen

Goldstandard der Schizophreniebehandlung ist die kombinierte Anwendung von Antipsychotika und kognitiver Verhaltenstherapie. In den letzten Jahrzehnten gab es im Feld der Antipsychotika allerdings nur wenig Innovation. Alle Antipsychotika blockierten in irgendeiner Weise Dopamin-D2-Rezeptoren. Dies hat sich zuletzt deutlich verändert. Seit September 2024 ist mit *Cobenfy* in den USA erstmals ein Antipsychotikum mit einem neuartigen Wirkprinzip zugelassen. Cobenfy ist eine Kombination aus Xanomelin und Tropiciumchlorid [1]. Ersteres wirkt antipsychotisch, Letzteres antagonisiert cholinerge Nebenwirkungen. Die Zulassung in Europa steht allerdings noch aus. Weitere Präparate mit einem neuartigen Wirkprinzip sind in Entwicklung, scheiterten aber bisher in den Phase-III-Studien (Emraclidin, Iclepertin, Ulotaront, Ralmitaront). Auch Präparate wie die D-Aminosäureoxidase-Hemmer Natriumbenzoat und Luvadaxistat oder der inverse 5HT<sub>2</sub>-Agonist Pimavanserin gelten als mögliche Antipsychotika jenseits der Dopaminhypothese. Für die neue Leitlinie spielen sie aber noch keine Rolle. Stattdessen wird thematisiert, ob der Grundsatz der antipsychotischen Monotherapie weiterhin Bestand haben soll, oder ob zu unterschiedlichen Krankheitsphasen unterschiedlich lange Rezidivprophylaxen angeboten werden sollen. Die Bedeutung von *Clozapin* in der Behandlung soll weiter gestärkt werden.

## Psychotherapeutische Optionen

Mit der neuen Leitlinie erweitert sich das psychotherapeutische und psychosoziale Instrumentarium zur Behandlung der Schizophrenie [2]. Neben der kognitiven Verhaltenstherapie wird bereits seit 2019 die strukturierte Psychoedukation empfohlen, ebenso die Familienintervention, das Training sozialer Fertigkeiten und die kognitive Remediation. In der neuen Ausgabe der Leitlinie wird aufgrund einer neuen Meta-Analyse auch das metakognitive Training die höchste Empfehlungsstufe erhalten [3]. Psychosoziale Verfahren, wie z. B. Musik- oder Ergotherapie, Sportinterventionen oder Krisenpläne, werden ebenfalls empfohlen. Die Herausforderung liegt allerdings nicht in der Entwicklung neuer Therapieformen, sondern darin, Menschen mit einer Schizophrenie den Zugang zu diesen Therapien zu ermöglichen. Im ambulanten Bereich fehlt der Zugang oft gänzlich und auch im stationären Setting erhalten sie nicht alle Betroffenen. Ein großer Schritt in der Versorgung wäre getan, wenn dieses Defizit behoben wird. Dafür sind strukturelle Anpassungen im Versorgungssystem erforderlich.

Die neue Leitlinie bewertet auch digitale psychotherapeutische Therapieverfahren. Eine sinnvolle Ergänzung in der Versorgung scheint die computergestützte Avatar-Therapie zu sein. Mittels Computertechnik erhalten die akustischen Halluzinationen ein Gesicht und dank KI können die Be-

troffenen sich mit ihnen unterhalten. Ein großer Vorteil dieser Therapie ist, dass sie relativ einfach in der Fläche und auch in unterversorgten Gebieten angeboten werden kann.

Die Leitlinie beschäftigt sich zudem mit dem Thema Trauma und Schizophrenie: Traumazentrierte Verfahren wie EMDR oder Prolongierte Exposition sind auch bei dieser Patientengruppe sicher und wirksam. Auch für achtsamkeitsbasierte Verfahren gibt es heute gute Wirksamkeitsnachweise [4].

## Nutzung und Bekanntheit

Eine neue Leitlinie kann nur dann Berücksichtigung finden, wenn die Behandelnden sie auch kennen. Die Vorgängerversion von 2019 war leider nur einem Teil des Fachpersonals bekannt – das war ein zentrales Ergebnis des vom Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) geförderten Projekts *SISYPHOS: Strukturierte Implementierung digitaler, systematisch aktualisierter Leitlinienempfehlungen zur optimierten Therapeutenadhärenz bei Schizophrenie*. Die Autorinnen und Autoren der Studie hatten für das Projekt medizinisches Fachpersonal zum Implementierungsstatus der Leitlinie befragt. Es zeigte sich, dass weniger als die Hälfte der 439 Befragten (ca. 40 %) die Leitlinie kannten; nur etwa 7 % nutzten sie routinemäßig. Ärztliches Personal zeigte dabei eine höhere Bekanntheit und Zustimmung zur Leitlinie als psychosoziale Therapeutinnen und Therapeuten und Pflegekräfte [5]. Haupthindernis für die Nutzung der Living Guideline war mangelnde Erfahrung (80 %); förderlich für die Nutzung waren Behandlungsschecklisten, Aktualisierungsbenachrichtigungen und die Integration der Leitlinie in Ausbildungscurricula [6]. Zudem erwies sich eine strukturierte Implementierungsstrategie als zentral für die Verbesserung des Leitlinienwissens [7]. Diese Ergebnisse zeigen die Notwendigkeit spezifischer Maßnahmen, um die Implementierung einer Leitlinie zu fördern. Die DGPPN wird sich deshalb künftig noch mehr für die Verbreitung neuer Leitlinien engagieren.

## Umsetzung in der Praxis

Um die evidenzbasierten Empfehlungen der Leitlinie strukturell und organisatorisch in der klinischen Praxis umzusetzen, gewinnen neue Versorgungsmodelle an Bedeutung, die sektorenübergreifende Versorgungslücken in der Therapie schließen und so stationäre, ambulante und rehabilitative Angebote vernetzen. Ein Beispiel ist das RECOVER-Modell,

das im Sinne einer sektorenübergreifenden Koordination arbeitet und eine patientenzentrierte Therapie in einem interdisziplinären Netzwerk ermöglicht, die sich am individuellen Schweregrad der Erkrankung orientiert [8]. Das Modell senkte die Versorgungskosten signifikant und verbesserte Lebensqualität sowie Funktionsniveau der Patientinnen und Patienten [9]. Es zeigt, wie innovative Ansätze Effizienz und Behandlungsqualität nachhaltig steigern können – sofern sie gut in die Versorgung integriert sind.

Im Feld der Versorgung von Menschen mit Schizophrenien herrscht also viel Bewegung. Diese abzubilden, soll durch den Living-Guideline-Ansatz erleichtert werden. Neue Erkenntnisse werden künftig kontinuierlich in die Leitlinie eingearbeitet. Besondere Bemühungen müssen zudem für die Integration des neuen Wissens in die Curricula der Studiengänge und Ausbildungsberufe sowie die Fort- und Weiterbildung aller an der Versorgung beteiligten Fachgruppen unternommen werden. Noch zu oft herrscht bei den Behandelnden bei Schizophrenie ein therapeutischer Pessimismus vor, der wirklich ungerechtfertigt ist. Je früher sich hier das Mindset ändert, umso eher wird sich die Versorgung verbessern.

## Autoren

### Prof. Dr. med. Alkomiet Hasan

koordiniert die Überarbeitung der neuen Leitlinie Schizophrenie. Der Professor für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Augsburg leitet die dortige Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik und ist zudem Vorstand Krankenversorgung der Bezirkskliniken Schwaben.

### Dr. rer. biol. hum. Theresa Halms

ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin Psychiatrie und Psychotherapie an der Medizinischen Fakultät der Universität Augsburg. Die Erziehungswissenschaftlerin leitet dort die AG *Qualitative Forschung* und betreut das Leitliniensekretariat für die Leitlinie Schizophrenie.



Die S3-Leitlinie Schizophrenie im AWMF Leitlinien-Register



Literaturverweise finden Sie unter [dgppn.de](http://dgppn.de)

# Preiswürdige Forschung

Die DGPPN fördert neueste Entwicklungen auf dem Fachgebiet von Psychiatrie und Psychotherapie und verleiht für besonders herausragende Arbeiten einen Forschungspreis. Verliehen im Rahmen des jährlich in Berlin stattfindenden DGPPN Kongresses, ging dieser Preis zuletzt an drei Forschende.

Der Preis zur Erforschung von psychischen Erkrankungen der DGPPN wurde im November 2024 an Isabella Schneider, Juan Carlos Baldermann-Weiß und Elias Wagner verliehen. Diese Forschenden eint, die Grenzen der Psychiatrieforschung zu verschieben, um effektive Behandlungsstrategien für Patientinnen und Patienten zu entwickeln, die bislang wenig von herkömmlichen Therapien profitiert haben. Ihre prämierten Arbeiten zeigen, wie innovative Ansätze die Zukunft der Behandlung psychischer Erkrankungen prägen.

Preisträgerin PD Dr. Isabella Schneider, tätig an der Klinik für Allgemeine Psychiatrie des Universitätsklinikums Heidelberg, widmet sich der Erforschung behavioraler und (neuro-)biologischer Mechanismen von sozialer Dysfunktion bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung. Die Forschungsarbeiten sind eingebettet in ihre wissenschaftliche Aktivität, in der sie soziale Interaktionen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie ärztliche Gesprächsführung und Prävention untersucht.

Der Freiburger Arzt und Wissenschaftler PD Dr. Juan Baldermann-Weiß untersucht, wie moderne Hirnstimulationsverfahren bei psychischen Erkrankungen wirken. Hierfür entwickelt er u. a. Netzwerkmodelle des Gehirns,

deren Modulation die Wirkungen und Nebenwirkungen von Therapien bei verschiedenen Erkrankungen und im individuellen Menschen vorhersagen kann. Mit Verfahren wie der tiefen Hirnstimulation und transkranieller Magnetstimulation erforscht er gezielt Netzwerke im Gehirn, die unter anderem bei Menschen mit Depressionen, Zwangsstörungen und Tic-Störungen beteiligt sind.

Der dritte Preisträger Prof. Dr. Elias Wagner ist Professor für Evidenzbasierte Psychiatrie und Psychotherapie in Augsburg. Seine Forschung ist gekennzeichnet durch eine enge Verzahnung von evidenzbasierter Medizin und biologischer Psychiatrie mit einem Schwerpunkt auf schwierig zu behandelnden bzw. therapieresistenten psychotischen Störungen.

Welches wissenschaftliche Rätsel die drei Prämierten gerne lösen würden, und ob sie ihre komplexe Forschung Kindern erklären könnten, lesen Sie auf den folgenden Seiten.



Weitere Informationen zu den Preisträgern und ihrer wissenschaftlichen Arbeit unter [dgppn.de](https://www.dgppn.de).

## Moderne Hirnstimulationsverfahren: damit der Zug wieder in die gewünschte Richtung fährt



**PD Dr. med. Juan Carlos Baldermann-Weiß** ist Senior Researcher Fellow und Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie in Freiburg

### Was war Ihr bislang spannendstes Forschungsergebnis?

Grundsätzlich finde ich es immer noch unglaublich faszinierend, dass wir Menschen mit stark ausgeprägten psychischen Beschwerden tatsächlich helfen können, indem wir einen winzigen, oftmals nur wenige Millimeter großen Bereich des Gehirns gezielt stimulieren.

Vor kurzem konnten wir einen wichtigen Beitrag zur präziseren Behandlung des Tourette-Syndroms leisten. In mehreren Datensätzen konnten wir zeigen, dass ein ganz bestimmtes Netzwerk im Gehirn für Betroffene eine zentrale Rolle spielt: das sogenannte Action-Mode-Network. Wie der Name schon sagt, ist dieses Netzwerk dafür verantwortlich, dass

wir von Ruhe in Aktion kommen. Interessanterweise zeigt sich, dass Neurostimulation besonders dann wirksam ist, wenn genau dieses Netzwerk gezielt stimuliert wird. Gleichzeitig scheinen Störungen in diesem Netzwerk die Entstehung von Tics zu begünstigen.

### Was treibt Sie zu Ihrer Forschung an?

Klinische Forschung ist kein Selbstzweck, und das oberste Ziel unserer Forschung sollte immer sein, Menschen mit psychischen Erkrankungen zu helfen. Einerseits sehe ich den enormen Leidensdruck von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, denen mit bisherigen Therapien nicht ausreichend geholfen werden konnte. Das macht mir auf persönlicher Ebene deutlich, wie hoch der Bedarf nach besseren Therapien ist. Wenn wir dann durch neue Forschungsergebnisse unmittelbar dazu beitragen können, dass es Menschen besser geht, ist das unglaublich motivierend. Auch der Austausch mit Patientinnen und Patienten über unsere Forschung ist mir wichtig – damit wir nicht plötzlich in Sackgassen enden, die an den eigentlichen Bedürfnissen der Menschen vorbeigehen.

### Könnten Sie den Zusammenhang von Neurostimulation und Zwangsstörungen auch einem Kind erklären?

Ich kann es zumindest versuchen: Stell dir vor, dein Gehirn ist wie eine

große Eisenbahnstrecke. Deine Gedanken sind Züge, die auf den Schienen fahren. Normalerweise können sie an Weichen abbiegen und neue Wege nehmen. Bei Menschen mit Zwangsstörungen bleibt ein Zug ständig auf der gleichen Strecke stecken. Er fährt immer wieder im Kreis, zum Beispiel mit dem Gedanken: „Ich muss meine Hände waschen.“ Obwohl die Hände längst gewaschen sind, bleibt die Weiche starr und lässt den Zug nicht auf eine neue Strecke wechseln. Neurostimulation kann helfen, die gestörten Weichen im Gehirn wieder beweglich zu machen. Mit sanften Impulsen kann das Gehirn die richtige Spur wählen, und der Zug fährt wieder in die gewünschte Richtung – ohne im Kreis festzustecken.

### Wenn die Technik alles möglich machen würde: Welches wissenschaftliche Rätsel würden Sie zuerst lösen wollen?

Das ist eine sehr große Frage, bei der ich mich auf die Erforschung psychischer Erkrankungen beschränke. Wenn es eine Technologie gäbe, die es ermöglichen würde, neurobiologische Prozesse in Echtzeit während authentischer Umweltinteraktionen präzise abzubilden, wäre das ein enormer Fortschritt für die Erforschung psychischer Erkrankungen. Ich bin gespannt, welche Entwicklungen die nächsten Jahre in diesem Bereich bringen werden.

## Verhaltensbeobachtung und Erforschung neuronaler Synchronie: Rätsel, die gelöst werden wollen

### Ihre Forschung zeichnet sich durch eine große Methodenvielfalt aus. Welches ist Ihre persönliche „Lieblingsmethode“?

Ganz klar: die Verhaltensbeobachtung. Dies liegt zum einen an meiner persönlichen Vorliebe, gerne zu beobachten. Je mehr man seine Beobachtungsgabe schult, desto einfacher wird es, bestimmte Dynamiken und Vorgänge in der menschlichen Interaktion zu erkennen. Dies ist ein wenig, wie Tänzern zuzuschauen. Zum anderen ist die Verhaltensbeobachtung eine sehr direkte Methode, die auch mit wenig Technik auskommen kann. Dies macht die Daten intuitiver verstehbar.



**PD Dr. med. Isabella Schneider** ist Oberärztin der Klinik für Allgemeine Psychiatrie sowie Ärztliche und Psychotherapeutische Leitung der Station von Baeyer in Heidelberg

### Ist es möglich, die verschiedenen Methoden, Mutter-Kind-Interaktionen zu erforschen, einem Kind zu erklären?

Da ich meinen eigenen Kindern viel erkläre, kann ich sagen: Ja, das geht. Verhaltensbeobachtungen sind für Kinder gut nachvollziehbar, schließlich sind sie selbst Meister der Beobachtung. Dann gibt es im Körper Boten, bestimmte Stoffe, die Nachrichten transportieren und dem Körper damit mitteilen, ob man z. B. gestresst ist. Diese Stoffe kann man im Blut untersuchen und zählen, wie viel davon da ist. Diese nennt man auch Hormonanalysen. Das MRT ist eine große Maschine, mit der man schauen kann, wie das Gehirn arbeitet. Wenn es auf den Bildern leuchtet, bedeutet das, dass eine Region gerade besonders stark arbeitet. Wenn wir

mit anderen Menschen zusammen sind, beeinflusst das unsere Boten und unser Gehirn. Dies können wir dann genauer untersuchen und verstehen, wie es zu Schwierigkeiten im Kontakt und zu Erkrankungen kommt.

### Was war Ihr bislang überraschendstes Forschungsergebnis?

In einer Studie zu Mikroverhalten in der Mutter-Kind-Interaktion zeigten Mütter mit einer Borderlinestörung (BPS) im Vergleich zu gesunden Müttern überraschenderweise keine Unterschiede in der Menge und Art von ko-regulativen Verhaltensweisen gegenüber ihren Kindern – also sol-

chen, die die Kinder bei ihren erlebten Gefühlen unterstützen. Dies hat uns überrascht, da man in der Klinik oft einen anderen Eindruck erhält. Als wir uns die Daten in ihrer Dynamik genauer anschauen, stellte sich jedoch heraus, dass die Dyade nach ko-regulativem Verhalten von Müttern mit einer BPS seltener wieder aufeinander abgestimmtes Verhalten zeigten. Dies deutet darauf hin, dass die Impulse dieser Mütter weniger erfolgreich oder weniger an das Kind angepasst sind. Hier zeigt sich die Relevanz von Forschung: Bestimmte Annahmen aus der klinischen Beobachtung sind doch oft komplexer, als wir vorab dachten.

### Wenn die Technik alles möglich machen würde: Welches wissenschaftliche Rätsel würden Sie zuerst lösen wollen?

Dann würde ich die neuronale (inter-brain) Synchronie erforschen – also die wechselseitige Anpassung neuronaler Prozesse zwischen interagierenden Individuen. Wir kennen Synchronieprozesse bereits gut aus Verhalten und Physiologie: Menschen stimmen sich im Sprachgebrauch, in der Schrittlänge oder im Herzschlag aufeinander ab. Auch für das Gehirn konnten solche Anpassungen beobachtet werden. Wir kennen jedoch immer noch nicht deren genaue Funktion, Zweck und Entstehungsmechanismen. Dies könnte eine wichtige und vielleicht auch modifizierende Rolle in der menschlichen Interaktion spielen.

## Kombination aus translationaler und evidenzbasierter Forschung: bitte mehr davon

### Wenn die Technik alles möglich machen würde: Welches wissenschaftliche Rätsel würden Sie zuerst lösen wollen?

Ich wähle ein Rätsel jenseits der psychischen Erkrankungen, aber ich bleibe bei der Hirnfunktion: Warum treffen Menschen so oft und immer wieder unvernünftige Entscheidungen?

### Was war Ihr bislang spannendstes Forschungsergebnis?

Die hohe Prävalenz von Blut-Liquor- bzw. Blut-Hirn-Schrankenstörungen bei Menschen mit psychotischen Erkrankungen, welche sich in der Auswertung von klinischen Routinedaten bzw. im Rahmen der dynamischen kontrastmittelgestützten MRT durchgehend gezeigt hat. Diese Erkenntnisse könnten in Zukunft dazu beitragen, neue pathophysiologische Modelle der Schizophrenie und eine differenzierte individualisierte Pharmakotherapie zu entwickeln.

### Können Sie einfach erklären, wie retinale Bildgebung beim Verständnis für therapieresistente Schizophrenie hilfreich ist?

Retinale Bildgebung ist eine grundsätzlich spannende Methode, auch über die Schizophrenieforschung hinaus. Da die Retina Teil des Zentralnervensystems (ZNS) ist, können wir hier in vivo ZNS-Prozesse beobachten: strukturell und vaskulär, wenig zeitintensiv und dabei noch kostengünstig. Dies ist ebenso

hilfreich bei der Identifikation von biologischen Subtypen, wie auch im Kontext der kardiovaskulären Risikovoraussage, bei der klassische Modelle das Risiko bei psychischen Störungen normalerweise schlichtweg unterschätzen.

### Wieso ist es wichtig, dass translationale und evidenzbasierte Forschung zusammen gedacht werden?

Die translationale Forschung gibt wichtige Impulse, die dann in der evidenzbasierten Forschung aufgegriffen werden können. Ich denke, Psychiatrie und Psychotherapie können hier viel von der Onkologie lernen, z. B. im Innovationsgrad der klinischen Studien. Denn der One-



**Prof. Dr. med. Elias Wagner** ist Sektionsleiter für Evidenzbasierte Psychiatrie und Psychotherapie und Oberarzt in Augsburg

size-fits-all-Ansatz der klassischen evidenzbasierten Forschung gilt heute nicht mehr. Vor allem müsste es mehr dieser Kombinationen aus translationaler und evidenzbasierter Forschung geben.

### Wird die Medizin Betroffene mit (bislang) therapieresistenten Störungen in zehn Jahren heilen können?

Beziehe ich Ihre Frage auf Schizophrenie, dann bin ich sehr gespannt auf die Wirkung des neuen US-amerikanischen Schizophrenie-Medikaments *KarXT* in der klinischen Praxis. Gleichzeitig arbeiten wir auch daran, einen Zweitlinientherapieeinsatz von *Clozapin* eines Tages zu ermöglichen. Und gegebenenfalls müssen wir unsere Algorithmen und Definitionen von Therapieresistenz dann anpassen.

### Und wenn die Finanzierung keine Rolle spielte: Was wäre Ihr nächstes Forschungsziel?

Zuerst würde ich eine interdisziplinäre, transdiagnostische Kohortenstudie zu Clinical Deep Phenotyping aufbauen, welche den Eisberg der evidenzbasierten Medizin abdeckt und all die molekularen, neuronalen und klinischen Daten erfasst, die wir im klinischen Alltag nicht nutzen. So würde es gelingen, die Lücke zwischen Translation und evidenzbasierter Medizin zu überwinden, um letztlich biologisch fundierte personalisierte Therapieansätze anbieten zu können.

Studien

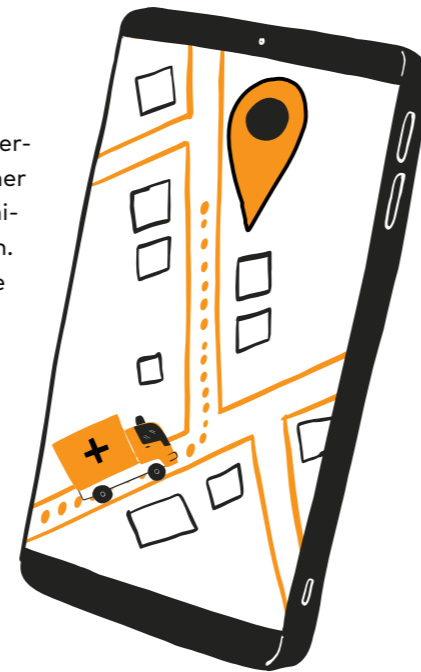
# merk-würdig

Studienergebnisse, die ganz sicher im Gedächtnis bleiben

## Hirntraining mit Straßenkarte

Eine bevölkerungsbasierte Querschnittsstudie untersuchte die Alzheimer-Sterblichkeit unter Taxi- und Rettungswagenfahrern – Berufe mit hoher räumlicher Navigationsanforderung. Mit fast 9 Millionen US-amerikanischer Sterbeurkunden von 2020 bis 2022 wurden 443 Berufe verglichen. Ergebnis: Taxi- (1,03%) und Rettungswagenfahrer (0,91%) hatten die niedrigsten Alzheimer-Todesraten, selbst nach Anpassung an Alter und andere demografische Merkmale. Andere Transportberufe im Bus, Flugzeug oder Schiff, zeigten diesen Effekt nicht. Die Autoren spekulieren, dass häufige Navigation das Gehirn stärkt und so das Alzheimer-Risiko senkt. Allerdings heben sie hervor, dass keine Kausalität abgeleitet werden kann, nennen einen Selektionsbias und die limitierte Generalisierbarkeit.

Quelle: Patel VR et al. (2024) Alzheimer's disease mortality among taxi and ambulance drivers: population based cross sectional study. BMJ. doi:10.1136/bmj-2024-082194



## Gehen statt Grübeln

Eine systematische Übersicht und Meta-Analyse untersuchte den Zusammenhang zwischen der Anzahl täglicher Schritte und depressiven Symptomen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung. Die Analyse umfasste 33 Studien mit insgesamt 96.173 Personen (18–91 Jahre) aus 13 Ländern. Die Ergebnisse zeigen, dass höhere Schrittzahlen mit einem geringeren Risiko für depressive Symptome assoziiert waren. Bereits ab 5.000 Schritten pro Tag nahmen depressive Symptome signifikant ab. Eine Erhöhung um täglich 1.000 Schritte reduzierte das Depressionsrisiko um 9%. Die Forschenden weisen darauf hin, dass Schritte zählen eine einfache Methode sein könnte, um das Depressionsrisiko zu senken. Eine Aussage zur Kausalität kann nicht getroffen werden.

Quelle: Bizzozero-Peroni B et al. (2024) Daily Step Count and Depression in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA network open. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.51208

## Lust, Leid und Lebenserwartung

Eine bevölkerungsrepräsentative Studie untersuchte den Zusammenhang zwischen Depression, Häufigkeit von Sex und Mortalität in einer US-Stichprobe mit fast 15.000 Personen (20–59 Jahre). Mithilfe von Umfragedaten wurden Faktoren wie depressive Symptome und Häufigkeit von Sex, eingeteilt in weniger bzw. öfter als einmal pro Woche, analysiert. Die Ergebnisse zeigen, dass Depressionen bei seltenem Sex das Sterberisiko erhöhen, während häufigerer Sex diesen negativen Effekt

abmildern kann – insbesondere bei Frauen. Die Autoren diskutieren, dass Nebenwirkungen von Antidepressiva wie SSRIs, etwa Libidoverlust oder Erektionsprobleme, sich wiederum negativ auf die (sexuelle) Gesundheit auswirken können. Die geschlechtsspezifischen Wechselwirkungen zwischen Depression, Sexualverhalten und Mortalität sollten bei der Therapie berücksichtigt werden. Allerdings kann aufgrund der Querschnittsstudie keine Kausalität abgeleitet werden, auch fehlen weitere Daten wie sexuelle Zufriedenheit.

Quelle: Banerjee S, Anderson P, Davis WS (2024) Connection Between Depression, Sexual Frequency, and All-cause Mortality: Findings from a Nationally Representative Study. Journal of Psychosexual Health. doi:10.1177/26318318241256455



## Achtsamkeit hinter Gittern

Eine kontrollierte Intervention in einem spanischen Gefängnis untersuchte die Wirkung eines achtwöchigen Programms mit Achtsamkeitstraining im Vergleich zu Sport auf die psychische Gesundheit von Häftlingen mit schweren psychischen Erkrankungen wie Schizophrenie, Depression oder bipolaren Störungen. Die 22 Teilnehmer wurden zufällig in zwei Gruppen aufgeteilt: Eine erhielt über acht Wochen hinweg Achtsamkeitstraining, die andere nahm an einem Sportprogramm teil. In der Achtsamkeitsgruppe reduzierten sich Stress und Depressionen signifikant, während die Sportgruppe ebenfalls positive, aber weniger ausgeprägte Effekte zeigte. Achtsamkeitsübungen könnten als ergänzende, effektive Maßnahme im Strafvollzug bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eingesetzt werden.

Quelle: Gallego J et al. (2023) Effects of a Mindfulness and Physical Activity Programme on Anxiety, Depression and Stress Levels in People with Mental Health Problems in a Prison: A Controlled Study. Healthcare. doi:10.3390/healthcare11040555

# Zielsicher

Prof. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank ist seit Jahresbeginn Präsidentin der DGPPN – mit einer so wichtigen wie herausfordernden Mission: die Versorgung in der Psychiatrie für die Zukunft rüsten. Aber wer ist die Person dahinter? *Psyche im Fokus* gibt einen Einblick.



## Warum sind Sie Psychiaterin geworden?

Ich habe mich schon früh für die Psyche des Menschen interessiert. Während meiner Schulzeit las ich Freud und Reich – nicht im Rahmen des Lehrplans, sondern aus eigenem Interesse. Von Anfang an wollte ich das menschliche Gefühlsleben verstehen. Dennoch wollte ich mir erst einmal eine solide medizinische Grundlage erarbeiten und habe mich nach dem Studium zunächst bewusst in der Neurologie beworben. Damals war es nicht einfach, eine Stelle zu bekommen, und ich musste zahlreiche Bewerbungen schreiben. Schließlich hatte ich Glück und bekam eine hervorragende Stelle an der Uniklinik Freiburg. Dort faszinierte mich die Neurologie sehr, allerdings waren zur damaligen Zeit die therapeutischen Möglichkeiten

noch stark begrenzt. Im Rahmen des Rotationsjahres ging ich in die Psychiatrie – und fand dort genau das, was mir in der Neurologie gefehlt hatte: die Möglichkeit, wirklich etwas zu bewirken. Oft gibt es das Vorurteil, dass man in der Psychiatrie wenig tun kann für die Patientinnen und Patienten – doch ich habe es völlig anders erlebt. Gerade in der Akutpsychiatrie konnte man innerhalb weniger Wochen enorme Veränderungen bewirken. Das hat mich überzeugt: Ich bleibe hier.

## Welchen Berufswunsch hatten Sie als Kind?

Ich hatte als Kind keinen einzelnen, klaren Berufswunsch. Ich war sehr neugierig und interessierte mich für viele verschiedene Dinge, hatte immer wieder neue Ideen, von Sekretärin bis Raumfahrt Pilotin. Erst als Jugendliche

kristallisierten sich klarere Interessen heraus, zunächst in Richtung Psychologie. Kurz vor dem Abitur wollte ich dann Tierärztin werden.

Mein Vater, ein Ingenieur, überzeugte mich aber, es zumindest mit Humanmedizin zu versuchen – aus seiner Sicht technischer als Psychologie oder Veterinärmedizin – ein Kompromiss quasi. Und als ich dann einmal in der Medizin war, fand ich es so spannend, dass ich aus eigener Überzeugung dabei blieb.

## Was fasziniert Sie an der menschliche Psyche?

Mich fasziniert, dass jeder Mensch einzigartig ist. Während körperliche Erkrankungen oft einheitliche Muster haben, gibt es in der Psychiatrie unendlich viele individuelle Facetten. Jeder Mensch trägt seine eigene

Prägung – gewisse Persönlichkeitsmerkmale sind stärker vorhanden als andere. Manche Menschen sind zurückhaltender, andere extrovertierter, und niemand ist genau wie der andere. Als Psychiater erkennt man schnell, in welche Richtung eine Persönlichkeit tendiert. Doch das allein macht einen Menschen nicht aus. Die Kombination aus individuellen Persönlichkeitszügen, Biografie und Erfahrungen formt jeden Menschen auf besondere Weise. Hinzu kommt die psychische Erkrankung, die als weiterer Faktor das Bild verändert – und selbst bei derselben Diagnose bleibt jeder Mensch einzigartig. Auch nach Jahrzehnten in diesem Fach finde ich das immer wieder faszinierend.

## Wie ist die typische Reaktion, wenn Sie in einer Runde sagen, Sie sind Psychiaterin?

Es gibt nicht die eine typische Reaktion – aber es gibt drei, die besonders häufig vorkommen. Die erste ist ein leicht betretenes „Oh ...“, gefolgt von einer kurzen Unsicherheit, wie das Gespräch nun weitergehen soll. Die zweite typische Reaktion ist echtes Interesse: „Oh, das ist aber spannend!“ Oft folgt dann eine Bemerkung darüber, wie aktuell und gesellschaftlich relevant psychische Erkrankungen sind. Und dann gibt es noch die dritte Reaktion: Der Gesprächspartner nutzt die Gelegenheit für eine Art Kurzberatung. Allerdings achte ich darauf, dass das Gespräch nicht allzu lange bei diesem Thema bleibt. In privaten Runden möchte man schließlich auch über andere Dinge sprechen.

## Mit welcher Zielsetzung sind Sie als Präsidentin der DGPPN aktiv?

Ich leite seit vielen Jahren eine psychiatrische Versorgungsklinik in Köln.

Mich treibt immer wieder der Gedanke an: Wie lässt sich die Versorgung in Deutschland, die regional sehr unterschiedlich ist, insgesamt stärken und verbessern? Und wie können wir mit der Forschung, vor allem auch mit der Versorgungs- und Implementationsforschung, dazu beitragen, dass neue Erkenntnisse wirklich zeitnah in Kliniken und Praxen übertragen werden? Wie können wir darüber hinaus das Profil unseres Fachs schärfen und die inzwischen sehr vielfältigen Kompetenzen der Psychiaterinnen und Psychiater sichtbar machen? Diese Fragen werden wichtige Schwerpunkte meiner Präsidentschaft sein.

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

Der steigende Bedarf an professioneller Hilfe auf der einen, sowie der Fachkräftemangel auf der anderen Seite führen zu einer erheblichen Leistungsverdichtung und bringen die Versorgung an ihre Grenzen. Außerhalb der Kliniken gibt es keine vernünftigen Anreize zur Versorgung von psychisch schwer kranken Menschen. Hinzu kommen ambulant oft lange Wartezeiten und enorme regionale Unterschiede in der Verfügbarkeit von Behandlungsangeboten, ebenso eine schlechte Vernetzung und Steuerung der einzelnen Elemente. Die Kapazitäten müssen sich populationsbezogen am Bedarf orientieren, und es sollte auf allen Ebenen eine Versorgungsverantwortung oder -verpflichtung geben, nicht nur in den Kliniken.

## Um dem angesprochenen Fachkräftemangel zu begegnen: Warum sollte sich der Medizinnachwuchs für diese Disziplin entscheiden?

Die Psychiatrie ist inhaltlich eines der spannendsten Fächer – wenn nicht sogar das spannendste. Es ist fest in der Medizin und den Neurowissenschaften verankert und verbindet gleichzeitig Aspekte aus Geistes- und Sozialwissenschaften.

Besonders bereichernd ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit: Psychiatrie ist Teamarbeit – mit Kolleginnen und Kollegen aus Psychologie, Neurologie, der Pflege sowie den Spezialtherapien und Sozialarbeit. Gleichzeitig stehen wir vor bedeutenden neuen Entwicklungen, etwa in der Erforschung neurodegenerativer Erkrankungen wie Demenz oder im Bereich innovativer, auch medikamentöser, Behandlungsmethoden.

Ein Fach mit Tiefe, Relevanz und Zukunftsperspektive – eine echte Empfehlung für den Medizinnachwuchs.

## Wenn Sie einen Wunsch an die neue Bundesregierung frei hätten, was wäre es?

Einen einzigen Wunsch zu benennen, ist schwer. Aber ein besonders wichtiger Punkt wäre, dass die neue Bundesregierung in der richtigen Balance agiert – zwischen dem Schutz psychisch erkrankter Menschen vor Stigmatisierung und dem Schutz der Allgemeinheit. Gerade in der aktuellen Debatte um psychische Erkrankungen und Gewalt ist es entscheidend, besonnen zu handeln, statt vorschnelle Maßnahmen zu ergreifen.

Ein zweiter großer Wunsch wäre, dass der politische Wille für Reformen in der medizinischen und psychiatrischen Versorgung stark bleibt. Viele wichtige Vorhaben, die in der letzten Legislaturperiode nicht mehr umgesetzt werden konnten, sollten erneut aufgegriffen und konsequent weitergeführt werden.

# Zwei für die Zukunft

Der Vorstand der DGPPN zählt seit Jahresbeginn zwei neue Mitglieder – wobei Frau Prof. Sabine Herpertz keine Unbekannte ist, denn bereits in den Jahren 2009–2020 war sie erstmalig Mitglied der Runde. Darüber hinaus lernen Sie Nina Schubotz kennen, deren Schwerpunkt vor allem in der Nachwuchsarbeit liegt.

## Welchen Berufswunsch hatten Sie als Kind?

**SH:** Ich wollte schon in der Mittelstufe Psychiaterin werden. Ausgangspunkt war ein Schulprojekt im Fach Sozialwissenschaften, für das ich in einer Brennpunktregion Gleichaltrige nach positiven und negativen Aspekten ihres Lebens befragte. Ich war damals tief beeindruckt über ihre Schilderungen eines oft so tristen Alltages mit gezeigten Eltern und Schule Schwänzen.

**NS:** Ich hatte als Neunjährige einen Autounfall. Seitdem war ich fasziniert vom Arztberuf, zunächst einmal von den Möglichkeiten der Unfallchirurgie. Als ich 15 Jahre später auf Umwegen zu meinem heißersehten Medizinstudienplatz kam, bin ich auch noch mit dem Berufswunsch Unfallchirurgin ins Studium gestartet.

## Warum sind Sie Psychiaterin geworden?

**SH:** Zunächst wählte ich die Neurologie für den Berufsbeginn. Im psychiatrischen Rotationsjahr habe ich dann ganz schnell gewusst, dass ich zu meinem Kindheitswunsch zurückkehren möchte: Die tiefgehenden Gespräche mit Pati-

entinnen und Patienten, die Überzeugung, hier besser helfen zu können, aber auch die Komplexität der Hirnanatomie und das feste Gefühl, dass in dem Fach nie langweilige Routine aufkäme.

**NS:** Während des Studiums habe ich schnell gemerkt, dass mir intensive Gespräche mit Patientinnen und Patienten, ein multiprofessionelles Arbeiten und ein bio-psycho-sozialer Ansatz wichtig sind. Diese Aspekte habe ich in der Psychiatrie gefunden. Zudem übersteigen meine kommunikativen Fähigkeiten definitiv meine handwerklichen.

## Wie ist die typische Reaktion, wenn Sie in einer Runde sagen, Sie sind Psychiaterin?

**SH:** Ein Blick mit einer Mischung aus Neugierde und Habachtstellung, als befürchteten sie, zum gläsernen Menschen zu werden.

**NS:** Leider ist man oft noch mit viel Unwissen konfrontiert, was das Berufsbild einer Psychiaterin angeht. Bei psychischen Erkrankungen denken viele zuerst an psychologische Psychotherapie und reduzieren die Tätigkeit

in der Psychiatrie auf Zwangsmaßnahmen und Psychopharmakologie. Daher folgen meist von mir ein kleiner Monolog über Unterschiede und Überschneidungen der verschiedenen Berufsbilder und viel Erstaunen beim Gegenüber.

## Was fasziniert Sie an der menschlichen Psyche?

**SH:** Faszinierend finde ich, zu verstehen und auch zu erforschen, warum sich Menschen wie entwickeln, wie die Lebensgeschichte sie formt und wie sie in schwierigsten Lebensumständen rettende Anker finden können.

**NS:** Die Komplexität und die noch vielen offenen Fragen. Auch wenn das im klinischen Alltag sehr herausfordernd sein kann.

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

**SH:** Die Verdrängung von Beziehungsräumen durch Geschäftigkeit, Administration und sich auflösende Behandlerkontinuität.

**NS:** Die knappen Ressourcen fair zu verteilen, um Personen mit psychi-

schen Erkrankungen aller Schweregrade und Formen zu helfen, sowie das bereits bestehende, komplexe Hilfesystem zu vernetzen und für die Betroffenen einfacher zugänglich zu machen.

## Mit welcher Zielsetzung sind Sie im Vorstand der DGPPN aktiv?

**SH:** Mit einem Team engagierter und ideenreicher Kolleginnen und Kollegen die Rechte schwer psychisch kranker Menschen zu stärken, das therapeutische Angebot auf die aus Patientensicht bedeutsamsten Probleme im Lebensalltag auszurichten und für eine gerechte Verteilung der Ressourcen zu sorgen.

**NS:** Mir liegen die Themen der jungen Generation, insbesondere eine Verbesserung der Weiterbildungsbedingungen und eine Verbesserung der Vereinbarkeit von Care-Arbeit und Arztberuf am Herzen. Auch das Thema Entstigmatisierung ist mir wichtig. Damit meine ich vorrangig die Entstigmatisierung der Betroffenen, aber auch

der psychiatrischen Institutionen und unseres Berufs an sich, selbst bei Kolleginnen und Kollegen anderer Fachrichtungen. Von meiner Vorstandstätigkeit erhoffe ich mir viele spannende fachliche Diskussionen, auch neue Einblicke in Themen, die ich bislang nicht hatte. Und natürlich eine Bereicherung der Diskussion durch meine Stimme der jüngeren Generation.

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

**SH:** Das menschliche Gehirn ist und bleibt das interessanteste Organ. Anders als zu meinem Berufsbeginn sind wir an dem besonders spannenden Punkt in der psychiatrischen Forschung angekommen, die Entwicklung psychischer Erkrankungen im stetigen Zusammenwirken von *nature* und *nuture* zu verstehen und hieraus ein für das einzelne Individuum passende, häufig multimodale Therapieangebot abzuleiten.

**NS:** Weil Psychiatrie in seiner Komplexität, Vielfältigkeit und Menschennähe einmalig und spannend ist.

## Wenn Sie einen Wunsch an die neue Bundesregierung frei hätten, was wäre es?

**SH:** Helfen Sie uns, das Stigma psychischer Erkrankung abzubauen, und mindern Sie nicht die Bedeutung des Arztgeheimnisses. Die Themen der Zeit bestimmen die Wahnhalte; kommt es zu einer Zunahme von aggressiven psychischen Störungen, so sehen Sie dies auch als Spiegel gesellschaftlicher Entwicklungen. Ein frühzeitiges, leicht erreichbares und verlässliches Behandlungsangebot ist der sicherste Schutz der Gesellschaft vor Gewalt.

**NS:** Eine Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung, um eine kostenneutrale, hoch qualifizierte Facharztweiterbildung flächendeckend zu ermöglichen und eine gute Versorgung der Patientinnen und Patienten langfristig sicherzustellen.

## Shortcuts



Sabine Herpertz



Nina Schubotz

Lerche oder Eule?  
Fahrrad oder Auto?  
Action oder Achtsamkeit?  
Berge oder Meer?  
Streamen oder Blättern?

Beides zusammen  
Fahrrad  
Action  
Meer  
Mal so mal so

Eule im Lerchen-Kostüm  
Fahrrad  
Action  
Je nach Jahreszeit  
Streamen und E-Book

# Mit neuen Ideen Versorgung verändern



## **Drei Gewinnerteams, drei innovative Lösungen:**

Beim Mental Health Hackathon 2024 entwickelten kreative Köpfe in interdisziplinären Teams neue digitale Ansätze für die Versorgung im Bereich der psychischen Gesundheit. Von der Idee zur Praxis – ein Blick auf die Projekte.

Was kann man tun, wenn in Deutschland immer mehr Menschen medizinische Leistungen aufgrund von psychischen Erkrankungen benötigen, aber die Versorgungskapazitäten knapp sind? Digitale Angebote können hier eine große Stütze sein. Doch wie erreicht man hiermit schnell und unkompliziert die Menschen, die die Hilfe brauchen?

Spätestens seit der Corona-Pandemie sind digitale Apps und Tools in der Praxis des Gesundheitswesens angekommen, und diese können zweifellos großen Nutzen stiften. Dennoch gibt es viel Optimierungsbedarf, denn aktuell finden sich weder Behandelnde noch Betroffene in der Menge der Online-Angebote gut zurecht. Schon bestehende, wissenschaftlich geprüfte digitale Anwendungen werden oft nicht genutzt und auf der anderen Seite fehlen für bestimmte Zielgruppen noch passende digitale Lösungen.



**MATCHAPY**

Das Gewinnerprojekt Matchapy der ersten Challenge ist eine innovative KI-Anwendung, die Zugang zu Therapie- und Beratungsangeboten im Bereich Psychische Gesundheit ermöglicht. Auf diese Weise können auch Menschen erreicht und beraten werden, die sonst keinen oder nur eingeschränkten Zugang zum Präventions- und Hilfesystem haben.



Das zufällig zusammengewürfelte reine Frauenteam, bestehend aus Antonia Gustke, Vlada Pugavko, Leonie Conteh, Julie Piesbergen, Elisabeth Kohls und Aylin Köran entwickelte auf dem Mental Health Hackathon eine intuitiv bedienbare App, die eine mehrsprachige und natürliche Konversation ermöglicht und dadurch passgenau zwischen Angebot und Nachfrage vermittelt. Das System ist ein auf Rezensionen basierendes selbstlernendes System – somit verbessert sich Matchapy kontinuierlich. Daher auch der Name „Die Therapie, die matcht!“.

Das Team betont: „Mit Matchapy helfen wir Menschen, schnell und einfach kultursensible und individuell passende therapeutische Unterstützung zu finden – einfühlsam, maßgeschneidert und basierend auf persönlichen Bedürfnissen und am Wohnort. Wir machen damit psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung zugänglich, effizient und einfach, indem wir bürokratische Hürden abbauen, Orientierung geben und den Zugang erleichtern.“ Die sechs Teammitglieder freuen sich, eine Idee entwickelt zu haben, die die Schließung einer bedeutenden Versorgungslücke

ermöglicht – und somit eine enorme Hilfe für Betroffene und deren Angehörige darstellen wird. Für den endgültigen Durchbruch braucht es nun noch vor allem die technische Unterstützung und eine umfassende Evaluierung, so das Entwicklerinnenteam. Nur so könne sichergestellt werden, dass die Lösung nachhaltig und effektiv funktioniert und die Bedürfnisse der Nutzenden optimal abdeckt.

Aktuell arbeitet das Team an einer ersten Version der Plattform, um schnell echte Nutzende an Bord holen zu können. Parallel laufen Gespräche mit möglichen Partnern über nachhaltige Finanzierungsmodelle. Dazu gehört auch die Möglichkeit, Förderprogramme in Anspruch zu nehmen. Das erklärte Ziel: innerhalb der nächsten Monate mit einer Pilotphase an den Start zu gehen. Und dafür wird selbstverständlich auch das eigene Netzwerk aus Mental Health, Design und Technologie genutzt. Gleichzeitig ist dem Team klar, dass der Zugang zu weiteren, relevanten Netzwerken notwendig ist, um das Projekt voranbringen zu können; ebenso wie mediale Aufmerksamkeit, um die relevante Zielgruppe erreichen zu können und potenzielle Partner auf ihr Anliegen aufmerksam zu machen. Vor allem der Wunsch nach einer weiteren wissenschaftlichen Begleitung, z. B. durch Mentorinnen und Mentoren aus Forschung und Praxis, richtet sich an die DGPPN.

Das Frauenpowerteam, das außerhalb des Hackathons in ganz verschiedenen Bereichen wie Marketing, Start-up, UX-Design, Data Science, Wissenschaft sowie im klinischen Sektor arbeitet, unterstreicht, dass für die weiteren Schritte Planung alles ist – und wie wichtig flexible Lösungen sind. So muss zum Beispiel gut abgesprochen werden, wer was



gut – und schnell – kann und wer gerade Kapazitäten hat. Das Team arbeitet sowohl kollaborativ als auch eigenverantwortlich, um die wichtigsten Meilensteine zu erreichen. Kein Kinderspiel neben dem Haupt-Job. Dennoch ist das Team optimistisch und Kristina Wilms, eine der Mentorinnen des Hackathons motiviert: „Bleibt dran, denn eure Arbeit kann wirklich etwas verändern!“



Neben Kristina Wilms standen den Teams auf dem Hackathon noch weitere hochkarätige Mentorinnen und Mentoren zur Seite. Die Digital Health Expertin und Unternehmerin Wilms denkt immer noch gern an die Erfahrung zurück. „Drei Monate nach dem Hackathon bleibt für mich vor allem die beeindruckende Leidenschaft der Teilnehmenden hängen, innovative Lösungen für die psychische Gesundheitsversorgung zu entwickeln. Besonders beeindruckt hat mich der interdisziplinäre Austausch – die Art und Weise, wie Fachwissen, Kreativität und echtes Engagement zusammengekommen sind, um praxisnahe und zukunftsfähige Konzepte zu schaffen. Den Gewinnerinnen und Gewinnern wünsche ich, dass sie ihre Ideen weiterverfolgen und in die Realität umsetzen können. Der Bedarf an neuen, mutigen Lösungen in diesem Bereich ist riesig!“

So entstand die Idee zum Mental Health Hackathon. Denn dieses Format eignet sich perfekt dazu, gewohnte Wege und Prozesse zu hinterfragen und zu optimieren, um unkonventionelle Ansätze oder neue digitale Lösungen zu entwickeln. Die DGPPN gab diesem Vorhaben Raum: Als Gastgeberin des Mental Health Hackathons auf dem DGPPN Kongress 2024 schuf sie eine Plattform, um Ideen auszutauschen, Expertisen miteinander zu vernetzen und Technologien nutzbar zu machen: 15 interdisziplinäre Teams nutzten unter dem Hashtag #hack4health zwei intensive Tage in Berlin, um Ideen, Prototypen und Tools zu entwickeln und anschließend einer Fachjury zu präsentieren.

Das Konzept eines Hackathons ist so einfach wie überzeugend: Man bringt Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen wie IT, Design, Wirtschaft und Mental Health für einen begrenzten Zeitraum zusammen, um kollaborativ eine konkrete Fragestellung zu lösen. Beim Mental Health Hackathon gab es gleich drei dieser sogenannten Challenges: Die erste befasste sich mit der Frage, wie bestmöglicher Zugang zu Versorgungsangeboten sichergestellt werden kann, die zweite mit dem Thema Akzeptanz digitaler Angebote und die dritte drehte sich um die Integration digitaler Lösungen in die Ausbildung.

Was dabei herausgekommen ist? Hier werden die drei Projekte der Gewinnerteams vorgestellt und aufgezeigt, wie es mit ihren innovativen Ansätzen nun weitergehen soll.







Das stellte auch das zweite Gewinnerprojekt fest:

### DiGAPoint

Fast 30 % aller Patientinnen und Patienten, die sich in allgemeinmedizinischen Praxen vorstellen, haben psychische Erkrankungen. Doch obwohl digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) vergleichbar wirksam wie klassische Psychotherapie sind, werden sie nur in 28,5 % der Fälle verschrieben. Gründe dafür: Zeitmangel, Unsicherheit der Behandelnden oder die Sorge vor geringer Adhärenz sowie eine unzureichende Schulung der Allgemeinmediziner und Allgemeinmedizinerinnen in der Behandlung psychischer Erkrankungen. Hier sah das Team rund um Merthan Erdem, Nadezhda Potapova, Dogus Kiziltas, Gabriel Bekele Haile, Swantje Borsutzky und Tah Zekri einen Ansatzpunkt und viel Potential: Das Team entwickelte auf dem Mental Health Hackathon den Prototypen für eine Plattform, die als zentrale Schnittstelle zwischen allgemeinmedizinischer Versorgung und DiGAs unterstützt – durch individualisierte Empfehlungen auf Basis der vorliegenden Patientendaten, Erfahrungsaustausch und Nutzungstracking. Damit erhalten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte eine zeitsparende, fundierte Entscheidungshilfe, ohne sich selbst durch den DiGA-Dschungel kämpfen zu müssen. DiGAPoint fungiert somit als neutraler Vermittler zwischen Versorgenden und DiGA-Anbietenden.

Team DiGAPoint macht dabei deutlich: Alle Daten bleiben anonymisiert, so dass Datenschutz und ärztliche Schweigepflicht gewahrt bleiben. Gleichzeitig verbessert die Plattform die Versorgung durch präzises DiGA-Matching und einfaches, standardisiertes Monitoring.

DiGAPoint befindet sich derzeit auf der Suche nach Kooperationspartnern und Investoren und lotet die Möglichkeiten für Förderprogramme aus. Das Team sieht verschiede-

ne Möglichkeiten, die Anwendung weiterzuentwickeln, von einer reinen Plattform-Lösung bis hin zu webseitenbasierten Plug-in-Lösungen ist vieles denkbar. Die aktuelle Version von DiGAPoint betrachtet erst einmal die Allgemeinmedizin als Zielgruppe; perspektivisch kann das Programm auch auf andere medizinische Berufsgruppen ausgeweitet werden.

Das Team kannte sich vor dem Hackathon zum Teil schon von der Uni und konnte somit schnell ins Arbeiten kommen, betont aber, dass es extrem hilfreich war, über den Hackathon die Mental Health Expertin Swantje Borsutzky ins Team gelost bekommen zu haben. Die Zusammenarbeit ist fruchtbar, und der Siegesstolz ist auch heute noch nicht verflogen.

Die dritte und letzte Challenge drehte sich um die Frage, wie digitale Lösungen bestmöglich in die Ausbildung integriert werden können. Das Gewinnerteam der dritten Challenge gab ihrem Projekt den Namen Velocirupture – was erst einmal nach Zoologie und Reptilienkunde klingt, überzeugt mit einer innovativen Lösung für die Therapeutinnen und Therapeuten von morgen.

### Velocirupture

Das Gewinnerprojekt fußt auf der Erkenntnis, dass eine gute therapeutische Beziehung von grundlegender Bedeutung für den Therapieerfolg ist. Velocirupture schafft es, Ruptures, also Brüche, in Therapiegesprächen in Echtzeit zu erkennen. Mit Hilfe von State-of-the-Art-Evidenz und Retrieval Augmented Generation (RAG) kann es gesprochenen Text analysieren und Unregelmäßigkeiten anhand von Gesichtsausdrücken identifizieren. Hiermit kann es Weiterzubildenden oder Studierenden dabei helfen, Gefahren für die Beziehung zum Patienten zu erkennen und Reparaturmechanismen zu trainieren. So können Brüche in der therapeutischen Beziehung durch entsprechende

Ausbildung von vornherein vermieden bzw. schnell erkannt und behoben werden.

Hinter dem Projekt stehen Zain Ul Haq, Bharath Kumar Adinarayan, Carolin Balzer, Bharath Santhanam und Esther Stalujanis. Das Team zeigt, wie fruchtbar es ist, verschiedene Hintergründe, wie Wirtschaftspsychologie, psychodynamische Psychotherapie oder Machine Learning zusammenzubringen.

Das Team betont, dass das System bisher als Prototyp trainiert ist, aber weiterentwickelt werden kann, um als vollwertiges Produkt in der Praxis eingesetzt zu werden, und hofft, den Prototypen als erstes an einer universitären Einrichtung für die Lehre einsetzen und damit erste Erfahrungen in der Praxis machen zu können. Hierfür soll eine Trial-Gruppe aus einer Ausbildungsinstitution für Psychotherapie gefunden werden, um eine genaue Anforderungsanalyse durchführen zu können. Nur so kann Velocirupture vollständig und mit allen notwendigen Features weiterentwickelt werden. Anhand mehrerer Feedback-Loops soll so das Produkt schnellstmöglich im Ausbildungsumfeld eingesetzt und ausprobiert werden können. Erste Feedbacks aus dem universitären Umfeld klingen durchweg positiv.

Um das Projekt – auch wirtschaftlich – zielstrebig voranzutreiben, wird derzeit ein Businessplan erarbeitet. Idealerweise ergibt sich eine enge Kooperation mit universitären

Institutionen, um weitere Praxiserfahrung zu sammeln und die Startkosten überschaubar zu halten. In weiteren Schritten würde das Team dann über Investorensuche und Gesellschaftsgründung nachdenken.

Es bleibt spannend, wie sich die Projekte des Mental Health Hackathon entwickeln. Was bleibt, ist auf jeden Fall die Erkenntnis von Carolin Balzer, die viele der Teilnehmenden teilen: „Der Mental Health Hackathon gilt immer noch als Highlight meines Jahres 2024 – niemals hätte ich gedacht, dass Teamgeist und innovative Schaffenskraft innerhalb von wenigen Stunden entstehen können.“

Prof. Knut Schnell von der Universität Göttingen und Mentor beim Hackathon blickt zurück:

*„Während des Hackathons hat mich die Energie und Kreativität der Teilnehmer sofort angesteckt. Die Gruppen hatten erstaunlich innovative Ideen zu KI-Anwendungen für das Training psychotherapeutischer Beziehungskompetenzen. Kongressbesucherinnen und -besucher haben auf Führungen diese Begeisterung unmittelbar wahrgenommen und berichten mir auch noch Monate später davon. Wirklich zum Staunen bringt mich auch jetzt noch die hohe fachliche Kompetenz der Teilnehmenden. Insgesamt hatte der Wettbewerb eine sehr hohe Qualität. Die Gewinner haben sich mit wirklich überzeugenden Ideen durchgesetzt. Ich überlege derzeit mit Kolleginnen und Kollegen, wie wir für die Gruppen ein Format finden können, in dem sie auf die Ergebnisse des Hackathons aufbauen können. Das würde sich für die Weiterentwicklung der psychischen Gesundheitsversorgung wirklich lohnen.“*



Weitere Infos und Fotos des Mental Health Hackathon 2024 unter: [www.dgppn.de/veranstaltungen/mental-health-hackathon.html](http://www.dgppn.de/veranstaltungen/mental-health-hackathon.html)

# IMPRESSUM

## Herausgeber

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

Reinhardtstraße 29 | 10117 Berlin  
T 030 2404 772-0  
E [pressestelle@dgppn.de](mailto:pressestelle@dgppn.de)

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

Registergericht:  
VR 26854 B, Amtsgericht  
Berlin-Charlottenburg

## Redaktion

*Psyche im Fokus* entsteht im Teamwork:  
Julie Holzhausen (Leitung)  
Theresa Decker | Wiebke Herger | Katja John |  
Sandra Krüger | Miriam Steinmann | Tommy Stöckel |  
Franziska Taffelt | Nancy Thilo | Emilia von Wedel |  
Robert Zeidler

## Layout und Reinzeichnung

Irene Pranter

## Auflage

13.000 Exemplare

## Erscheinungsdatum

April 2025

## Design- und Gestaltungskonzept

wenkerottke.

## Schlusskorrektur

Heide Frey

## Druck

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

## ABBILDUNGEN

S.1: DGPPN/Claudia Burger; S.4: iStock/Sanja Radin; S.5: freepick; S.6–7: Dr. Norbert Siegmund; S.10–11: DGPPN; S.12–16: Jewgeni Roppel; S.18–23: DGPPN/Claudia Burger; S.24: AI-generiert; S.25: photocase/cydonna; S.26: 360b/Shutterstock; S.33–35,38,41: DGPPN/Claudia Burger; S.42–47: DGPPN/Ken Buslay



## DGPPN

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

Geschäftsstelle  
Reinhardtstraße 29  
10117 Berlin  
T 030 2404 772-0  
F 030 2404 772-29  
E [sekretariat@dgppn.de](mailto:sekretariat@dgppn.de)

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

25. Juni 2025

# **HAUPTSTADT SYMPOSIUM**

**Teilhabe bei schweren  
psychischen Erkrankungen**

Alle Infos und Anmeldung auf  
[www.dgppn.de](http://www.dgppn.de)

ISSN 2749-1056 (Print)

ISSN 2749-2478 (Online)