

PSYCHE IM FOKUS



Das Magazin der DGPPN

Kongress

Gesundheit programmieren

→ S. 13

Interview

Aggression ergründen

→ S. 14

Engagement

Forschung beforschen

→ S. 40



Liebe Leserinnen und Leser,



das Thema unseres DGPPN Kongresses – Psychische Gesundheit in Krisenzeiten – bleibt aktuell. Denn auch ohne allgegenwärtige Krisen- und Untergangsszenarien strapazieren zu wollen oder ihnen zuzustimmen, so stehen viele kritische Themen auch weiterhin auf der (politischen) Agenda. Lassen Sie uns dies als Chance zur Mitgestaltung sehen:

Die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung hat Vorschläge für die Psychiatrie und Psychotherapie gemacht, die derzeit jedoch (noch) nicht in die aktuellen Gesetzesvorhaben des Bundesgesundheitsministeriums eingeflossen sind. Die DGPPN hat konkrete Empfehlungen für die Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung durch das Krankenhaus erarbeitet. Sie könnten zeitnah implementiert werden und werden von weiteren Fachgesellschaften, Klinik-, Berufs- und Betroffenenverbänden unterstützt.

Weiterhin aktuell: das Thema des assistierten Suizids. Seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts 2020 wird eine intensive gesellschaftliche und parlamentarische Diskussion darüber geführt, ob und wenn ja welche neuen gesetzlichen Regelungen notwendig sind. Wir halten eine gesetzliche Regelung weiterhin für dringend geboten, haben deshalb unsere Eckpunkte hierzu aktualisiert und sie allen Abgeordneten des Deutschen Bundestages zugesandt, die sich bislang mit der Regelung der Suizidassistenten befasst hatten. Unsere Vorschläge haben den Fokus, dass die besondere Schwierigkeit der Beurteilung der Freiverantwortlichkeit bei psychischen Erkrankungen in allen Überlegungen für ein neues Gesetz berücksichtigt wird.

Ebenfalls auf der politischen und öffentlichen Agenda: die Teillegalisierung von Cannabis. Ob die angekündigte Säule-2 dieses Gesetzesvorhabens in dieser Legislaturperiode überhaupt noch umgesetzt wird, ist zu bezweifeln. Was hingegen nicht bezweifelt werden kann, ist, dass weitere Forschung dringend benötigt wird, um die Chancen der Cannabinoide in der klinischen Behandlungspraxis bei Personen mit psychischen Störungen sinnvoll zu belegen.

Auch weitere Themen der aktuellen Forschung können Sie in dieser Ausgabe finden. Ein neuer Sonderforschungsbereich will die Muster von Aggressionen ergründen – auch und gerade bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Mit Ute Habel, der Sprecherin dieses Sonderforschungsbereiches, habe ich über spannende Aspekte ihres Vorhabens gesprochen: Resilienz, Geschlechterstereotypen und die Verantwortung in der medialen Kommunikation – um nur einige unserer Gesprächsthemen zu nennen.

Ich lade Sie herzlich ein, diese und weitere Themen zu erkunden und dabei auch einiges Neues zu entdecken, wie z. B. unseren Kongress-Hackathon.

Ihr Andreas Meyer-Lindenberg – für den Vorstand der DGPPN
Präsident

THEMEN dieser Ausgabe

01 EDITORIAL

04 GESUNDHEITSPOLITIK
– Versorgung weiterentwickeln
– Psyche in der Notaufnahme
– Suizidassistenz gesetzlich regeln



Infos und Anmeldung auf dgppnkongress.de

2024
Psychische Gesundheit
in Krisenzeiten

08 DGPPN KONGRESS 2024
Psychische Gesundheit trotz(t) Krise(n)



Mental Health
Hackath</>n

13 MENTAL HEALTH HACKATHON
#hack4health

14 UNTER VIER AUGEN
Andreas Meyer-Lindenberg und
Ute Habel im Gespräch



20 WISSENSCHAFT
Hauptstadtsymposium 2024
Neue Methoden – Neue Forschung

24 WISSENSCHAFT
Merk-würdige Studienergebnisse



26 WISSENSCHAFT
Cannabis als Medizin?

30 GESELLSCHAFT
Radikal emotional – Buchauszug

35 MEDIATHEK
Mental Entertainment

36 INSIDE DGPPN
Die Not mit der Demenz
Weiterbildung ist versorgungsrelevant



38 NACHWUCHS
Zeit für einen Rückblick



40 VON HEUTE FÜR MORGEN
Klimaforschung beforschen

44 IMPRESSUM

KALENDER

27.–30.11.2024
DGPPN Kongress:
Infos und Anmeldung auf dgppnkongress.de

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

27.–31.01.2025
Kompaktkurs P&P:
Anmeldung ab 14.10.2024 auf dgppn Akademie.de

Verschaffen Sie sich einen schnel-
len Überblick über bevorstehende
Veranstaltungen der DGPPN.

19.02.2025
Netzwerktreffen Ethik:
Infos und Anmeldung auf dgppn.de



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

Versorgung weiterentwickeln

Immer mehr Menschen suchen wegen psychischer Beschwerden eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Der Versorgungsdruck in psychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen steigt. Die DGPPN hat Empfehlungen erarbeitet, die zum Ziel haben, Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen trotz Fachkräftemangels und demografischen Wandels die Behandlungen zu ermöglichen, die sie benötigen.

Fachkräftemangel, Unter-, Über- und Fehlversorgung, lange Wartezeiten, die unzulängliche Vernetzung und Steuerung der verschiedenen Sektoren und Leistungserbringer – der Reformbedarf in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung ist offensichtlich und in der Praxis täglich spürbar. Bisherige Veränderungen haben leider nicht zu den gewünschten Ergebnissen geführt. Weder die Erhöhung der Zahl der Kassensitze noch neue ambulante Versorgungsformen konnten die Wartezeiten im ambulanten Bereich reduzieren oder eine flächendeckende Koordinierung der Behandlungsangebote sicherstellen. Von einer kohärenten, strukturierten Vernetzung der vielfältigen medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungsoptionen sind wir nach wie vor weit entfernt.

Die vom Bundesgesundheitsminister eingesetzte Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung hat auch Vorschläge für die Psychiatrie und Psychotherapie gemacht. Leider sind sie nicht in die aktuellen Gesetzesvorhaben des Bundesgesundheitsministeriums eingeflossen. Doch die Zeit drängt: Wenn sich die Situation in absehbarer Zeit verbessern soll, müssen Änderungen noch in dieser Legislaturperiode angestoßen werden.

Die DGPPN hat deshalb konkrete Empfehlungen für die Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung durch das Krankenhaus erarbeitet. Sie könnten zeitnah implementiert werden und werden von weiteren Fachgesellschaften, Klinik-, Berufs- und Betroffenenverbänden unterstützt.

Populationsbezogene, regionale Versorgungs- verpflichtung

Grundlage der DGPPN-Empfehlungen ist die Weiterentwicklung der regionalen Versorgungs- und psychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen. Sie bildet das Fundament der medizinischen Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland. Allerdings wird sie bis heute nicht flächendeckend umgesetzt. Es gibt nicht einmal eine eindeutige, allgemein anerkannte Definition. Unbestritten ist, dass eine regionale Versorgungs- verpflichtung die Pflicht zur Aufnahme rechtlich untergebrachter erkrankter Menschen umfasst. Sie betrifft in der Regel auch Personen, die akut oder notfallmäßig behandlungsbedürftig sind und freiwillig zur Aufnahme kommen. Man kann das Konzept der regionalen Versorgungs- verpflichtung aber auch weiter fassen: Alle Menschen einer bestimmten Versorgungsregion, die einer Behandlung mit den Mitteln des Krankenhauses bedürfen, haben Anspruch darauf – auch wenn es sich nicht um einen Notfall handelt. Diese Lesart macht sich die DGPPN in ihren Empfehlungen zu eigen.

Die Einführung einer solchen regionalen Versorgungs- verpflichtung wäre nicht allzu kompliziert: Jeder Klinik im Krankenhausplan wird ein Versorgungsgebiet zugewiesen. Dieses wird so festgelegt, dass es keine „weißen Flecken“ auf der Landkarte, also keine unversorgten Gebiete gibt. Die Größe der Versorgungsgebiete kann je nach Art der Einrichtung – Krankenhaus, Klinik an einem Allgemeinkrankenhaus oder Universitätsklinik – variieren. Ob eine Klinik an der Versorgungs- verpflichtung teilnimmt, wird objektiv, unbürokratisch und datenbasiert bestimmt. Jede Klinik übernimmt für die Population ihres Versorgungsgebiets umfassend Verantwortung.

Die Aufgaben, die mit der Versorgungs- verpflichtung einhergehen, sollten bundesweit explizit und möglichst einheitlich definiert und rechtlich festgeschrieben werden. Die Krankenhausplanung der Länder sollte damit korrespondieren, so dass sich die Zahl der Behandlungsplätze an der Zahl der zu versorgenden Menschen und ihrem Bedarf orientiert. Krankenhäuser, die nicht an der regionalen Versorgungs- verpflichtung teilnehmen, dürfen nicht weiter ausgebaut werden.

Reform der Krankenhausstrukturen

Die Versorgung durch die drei Arten psychiatrisch-psychotherapeutischer Kliniken hat sich bewährt: psychiatrische Fachkrankenhäuser, psychiatrische Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern und an Universitätskliniken. Sie alle müssen sich in gleicher Weise an der regionalen Versorgungs- verpflichtung beteiligen. Ihr Angebot sollte eine Binnendifferenzierung mit spezialisierten Behandlungen und entsprechender fachlicher Expertise für verschiedene Erkrankungen beinhalten. Nicht alle Behandlungen müssen im klassischen Sinne stationär durchgeführt werden: Tagesklinische Angebote und die aufsuchende ambulante Behandlung müssen ausgebaut werden. Auch die Verzahnung mit gemeindenahen Versorgungsstrukturen muss intensiviert werden.

Alle somatischen Krankenhäuser müssen auch eine psychiatrische Versorgung gewährleisten. Dafür brauchen sie aber nicht unbedingt eine eigene psychiatrische Abteilung. Auch Kooperationen, Konsiliardienste oder eine telemedizinische Vernetzung mit psychiatrischen Kliniken und niedergelassenen Psychiaterinnen und Psychiatern können die Versorgung sicherstellen.

Globalbudgets für eine bedarfsorientierte Behandlung

Eine gute Versorgung in psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhäusern und Fachabteilungen orientiert sich nicht an Regeln und Richtlinien, sondern am Bedarf der Patientinnen und Patienten. Je nach Art, Schwere und Dauer der Erkrankung sind Maßnahmen in unterschiedlichen Behandlungs-Settings angezeigt: stationär, in der Tagesklinik, ambulant oder aufsuchend zu Hause. Die derzeitige Finanzierungsstruktur erlaubt es den Kliniken aber nicht, ausreichend flexibel auf den individuellen Bedarf von Patientinnen und Patienten zu reagieren.

Die DGPPN schlägt deshalb vor, Globalbudgets für die Kliniken einzuführen. Damit sind globale Budgets für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in einer Region gemeint, welche die stationäre, stationsäquivalente, teilstationäre und institutsambulante Behandlung der in einem Kalenderjahr behandelten Menschen umfassen. So könnten Behandlerinnen und Behandler setting-übergreifend Therapien ermöglichen und flexibel auf den jeweiligen Behandlungsbedarf eingehen.

Kostenübernahmen und Steuerungsprozesse

Selbstverständlich fordert die DGPPN auch eine vollständige Finanzierung der Personalkosten und der Weiterbildungskosten für Ärztinnen und Ärzte sowie der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Allerdings wird auch künftig nicht mit spürbar mehr Mitteln für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu rechnen sein. Weder sind deutlich mehr Gelder zu erwarten, noch wird der Fachkräftemangel in Kürze behoben sein. Es ist deshalb umso wichtiger, konsequent dafür zu sorgen, die Versorgung bedarfsgerecht und gestuft zu organisieren.

Die DGPPN schlägt deshalb einen Clearing-Prozess unter ärztlicher Letztverantwortung vor. So können individuelle Bedarfe und Ressourcen erhoben, erste diagnostische Einschätzungen vorgenommen sowie abgestimmte Interventionen festgelegt und gegebenenfalls direkt durchgeführt werden. Nur so können Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ihre Patientinnen und Patienten zeitnah und gestuft mit den jeweils erforderlichen Maßnahmen behandeln.

Prävention und Früherkennung

Um den Versorgungsdruck für psychiatrische Kliniken und Fachabteilungen zu verringern, muss zudem mehr in die Prävention psychischer Erkrankungen investiert werden. Durch den Aufbau von niedrigschwelligen Angeboten sollten insbesondere junge Menschen mit ersten psychischen Beschwerden unterstützt werden. Auch die Rehabilitation und Teilhabe sollte wohnortnäher und flexibler gestaltet werden.

Eine bessere psychiatrische Versorgung sicherstellen

Viele dieser Vorschläge – die populationsbezogene, regionale Versorgungs- verpflichtung, Globalbudgets und Maßnahmen zur Verbesserung von Zugangswegen und Steuerung – wurden bereits erfolgreich in Modellprojekten des G-BA erprobt. Ihrer Einführung steht aus Sicht der DGPPN nichts entgegen. Die Fachgesellschaft wird sich deshalb gemeinsam mit ihren Partnern und Unterstützern weiter aktiv dafür einsetzen, dass die Empfehlungen noch in dieser Legislaturperiode in Gesetze einfließen.



Die Empfehlungen finden Sie unter:
dgppn.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen.html

Psyche in der Notaufnahme

Im Notfall zählt jede Sekunde. Aber unklare Zuständigkeiten und Strukturen verzögern schnelle Hilfen. Deshalb soll die Notfallversorgung neu geregelt werden. Dabei müssen die Belange von Menschen mit psychischen Erkrankungen unbedingt berücksichtigt werden.

Mit dem neuen Notfallversorgungsgesetz (NotfallG) möchte die Bundesregierung die Notfallversorgung von Patientinnen und Patienten weiterentwickeln und bundesweit einheitliche Strukturen aufbauen. Das neue Gesetz soll am 1. Juli 2025 in Kraft treten.

Das wichtigste Ziel der neuen Gesetzgebung ist es, die drei Bereiche der Notfallversorgung besser zu vernetzen. Der vertragsärztliche Notdienst, die Notaufnahmen der Krankenhäuser und die Rettungsdienste sollen so aufeinander abgestimmt werden, dass bundesweit eine bedarfsgerechte medizinische Erstversorgung von Notfallpatienten sichergestellt ist.

Integrierte Notfallzentren

Eine wesentliche Rolle spielen dabei die sogenannten *Integrierten Notfallzentren* (INZ). Jedes INZ besteht aus einer Notaufnahme eines zugelassenen Krankenhauses, einer Notdienstpraxis der Kassenärztlichen Vereinigung und einer zentralen Ersteinschätzungsstelle. Die Ersteinschätzungsstellen werden von dem am INZ beteiligten Krankenhaus eingerichtet und betrieben. Je nach Behandlungsbedarf verweisen sie die Patientinnen und Patienten von dort in die Notaufnahme des Krankenhauses, die ambulante Notdienstpraxis des INZ oder zu anderen Behandelnden. Künftig soll die Ersteinschätzung digital möglich sein: Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist damit beauftragt, innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes ein digitales Ersteinschätzungsinstrument zu entwickeln. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) betont, dass die besonderen Bedürfnisse von psychisch Erkrankten dabei Berücksichtigung finden müssen.

Psychiatrische Notfälle

Bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen müssen zwei Arten von Notfällen unterschieden

werden: psychiatrische und somatische Notfälle. Ein psychiatrischer Notfall im engeren Sinn erfordert die akute psychiatrische Behandlung einer Person mit einer psychischen Erkrankung – beispielsweise bei einer suizidalen Krise eines depressiven Patienten oder aggressivem Verhalten infolge eines paranoiden Wahns. Ein somatischer Notfall einer psychisch kranken Person dagegen betrifft primär körperliche Probleme wie einen Herzinfarkt oder Unfall. Die psychische Erkrankung kann die Kommunikation zwischen Patient und Behandelnden beeinträchtigen, was sich wiederum auf Diagnostik und Therapie des somatischen Notfalls auswirken kann. Nicht selten werden deshalb akute Erkrankungen übersehen. Die Betroffenen werden dann entweder gar nicht behandelt oder fälschlicherweise dem psychiatrischen Behandlungssystem zugeordnet.

Psychiatrische Expertise

Die DGPPN betont deshalb, dass psychiatrische Expertise sowohl in der Notfallversorgung als auch in den INZ repräsentiert sein muss. Der Gesetzentwurf des BMG zum NotfallG vom 3. Juni 2024 (Referentenentwurf) weist zwar explizit auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Erkrankungen hin, bietet aber keine konkreten Vorschläge, wie sich die neuen Strukturen mit den bestehenden psychiatrischen Notfallstrukturen in Einklang bringen lassen.

In der Stellungnahme zum Referentenentwurf hatte die DGPPN deshalb empfohlen, potenzielle Schnittstellen mit den angekündigten flächendeckenden psychiatrischen Notfall- und Krisendiensten vor der Finalisierung des Gesetzes mitzudenken. Sie hatte angeregt, einen strukturierten Behandlungspfad für die medizinische Notfallversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erstellen. Der Kabinettsentwurf vom 17. Juli 2024, in den die Empfehlungen der Fachgesellschaften zum Referentenentwurf eingearbeitet wurden, enthält aber leider noch keine entsprechenden Ergänzungen.

Der Gesetzentwurf wird voraussichtlich nach der Sommerpause im Parlament beraten. Die DGPPN wird sich weiter für eine optimierte Notfallversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen einsetzen.

Suizidassistenz gesetzlich regeln

Suizidassistenz ist in Deutschland nach wie vor nicht per Gesetz geregelt. Assistierte Suizide finden statt, aber ohne Regulierung oder Überprüfung der Voraussetzungen oder des Vorgehens. Zudem scheint ihre Zahl zuzunehmen. Um Überlegungen zu einer gesetzlichen Regelung zu unterstützen, hat die DGPPN neue Eckpunkte für ein mögliches Vorgehen veröffentlicht.

Eine gesetzliche Regelung der Suizidassistenz muss, das hat das Bundesverfassungsgericht im Februar 2020 festgelegt, einerseits gewährleisten, dass die Autonomie von Suizidwilligen respektiert wird. Andererseits muss sie Menschen schützen, die beispielsweise durch eine psychische Erkrankung daran gehindert sind, freiverantwortlich zu entscheiden. An diesem Spagat scheiterten zuletzt im Sommer 2023 zwei Gesetzesentwürfe im Bundestag.

Jetzt hat die DGPPN-Kommission *Ethik und Recht* unter dem Vorsitz von Past President Thomas Pollmächer ihre Empfehlungen für eine gesetzliche Regelung überarbeitet. In *Eckpunkte für eine Neuregelung des assistierten Suizids – Aktualisierung 2024* schlägt die DGPPN ein mehrschrittiges Vorgehen vor: Zunächst nimmt die suizidwillige Person eine Beratung durch eine staatlich autorisierte Stelle oder eine Fachärztin bzw. einen Facharzt in Anspruch. Der Fokus der Beratung sollte auf Behandlungs-, Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen liegen. Nach der Beratung kann das todbringende Mittel dann bei einer staatlich autorisierten Stelle beantragt werden. Anschließend begutachtet eine Fachärztin oder ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie die Freiverantwortlichkeit der Entscheidung der suizidwilligen Person. Liegen keine Beeinträchtigungen der Freiverantwortlichkeit vor, händigt die staatliche Stelle das todbringende Mittel an eine qualifizierte Hilfsperson aus. Diese dokumentiert den Vorgang, assistiert beim Suizid und stellt zudem nach der Durchführung der Suizidassistenz Daten an eine staatliche Stelle zur Verfügung.

Die Eckpunkte stellen somit die wichtigste Forderung der DGPPN sicher: Die Beratung über Alternativen zum Suizid, die Begutachtung der Freiverantwortlichkeit und die Assistenz beim Suizid dürfen keinesfalls von ein und derselben

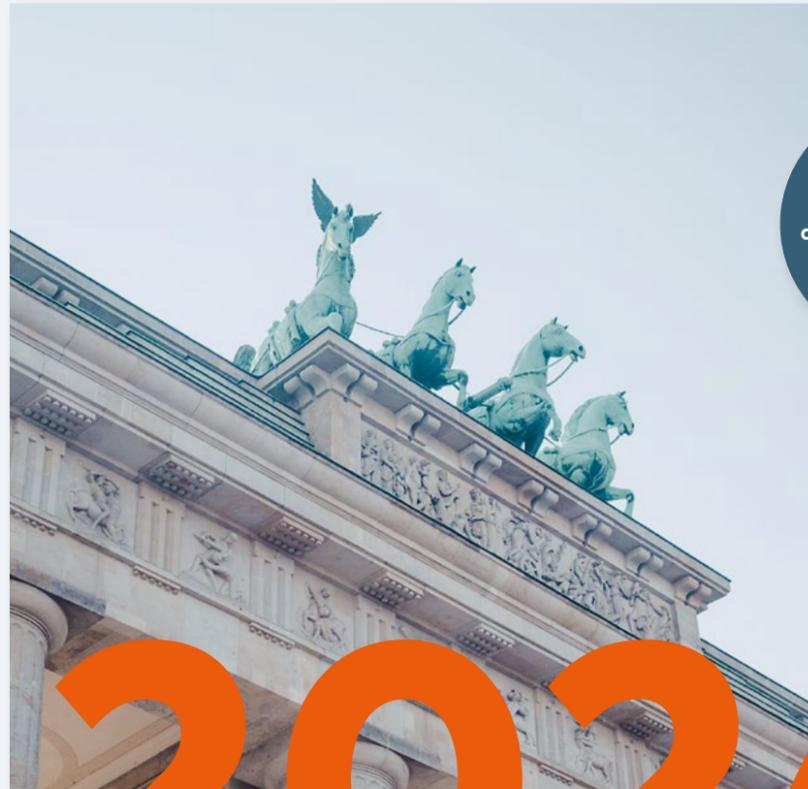
Person durchgeführt werden. Das war auch das Hauptergebnis der Umfrage zur Suizidassistenz, die die DGPPN im Sommer 2021 unter ihren Mitgliedern durchgeführt hatte. Drei Viertel der Befragten gaben damals an, zentraler Aspekt der gesetzlichen Regelung müsse die personelle und/oder institutionelle Trennung von Beratung, Begutachtung und Suizidassistenz sein.

Die Vorschläge der DGPPN sehen zudem keine ärztliche Verschreibung todbringender Mittel vor, stattdessen soll eine staatliche Stelle die Substanzen zur Verfügung stellen. So sind Suizidwillige nicht auf das Wohlwollen einzelner Ärztinnen und Ärzte angewiesen. Gleichzeitig wird Druck auf die Ärzteschaft vermieden. Das wird auch der Meinung der DGPPN-Mitglieder zum assistierten Suizid gerecht: In der Umfrage hatten 38 % der Befragten angegeben, Suizidassistenz sei keinesfalls eine ärztliche Aufgabe, 12 % hielten sie dagegen immer und 50 % unter Umständen für eine Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten.

Eine weitere zentrale Forderung der DGPPN-Eckpunkte ist die Einrichtung einer staatlichen Dokumentationseinrichtung: Eine staatliche Stelle soll standardisiert alle Anträge dokumentieren und jährliche Statistiken über Zahlen und Details von Beratungen, Begutachtungen und tatsächlich durchgeführten assistierten Suiziden veröffentlichen. Auf Antrag werden die anonymisierten Daten einschlägigen Forschungseinrichtungen zur Verfügung gestellt.

Die überarbeiteten Eckpunkte der DGPPN wurden allen Abgeordneten des Deutschen Bundestags zugesandt, die sich bislang mit der Regelung der Suizidassistenz befasst hatten. Die Vorschläge sollen sicherstellen, dass die psychiatrische Perspektive in allen Überlegungen für ein neues Gesetz berücksichtigt wird.

DGPPN Kongress 2024 | Diskussionsforum | Der assistierte Suizid – auf dem Weg zu einer gesetzlichen Regelung
28.11.2024 | 17:15–18:45 Uhr



Infos und
Anmeldung auf
dgppnkongress.de

2024

Psychische Gesundheit in Krisenzeiten

Psychische Gesundheit trotz(t) Krise(n)

Vier Tage Wissenschaft und Praxis, Networking und Weiterbildung

Jedes Jahr im November öffnet Europas größter Fachaustausch auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit seine Türen: der DGPPN Kongress. Vor dem Hintergrund andauernder Krisen und der Frage nach dem individuellen und gesamtgesellschaftlichen Umgang damit, widmet er sich dem Leitthema *Psychische Gesundheit in Krisenzeiten*.

Wie können wir psychische Gesundheit in Zeiten von Krisen schützen und fördern? Welchen Beitrag können Psychiatrie und Psychotherapie leisten, damit wir

gesund durch die Krisen unserer Zeit kommen? Unsere gegenwärtige Situation ist in außergewöhnlichem Maße durch Notlagen und Konflikte geprägt. Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie, der Anstieg der Lebenshaltungskosten, kriegerische Auseinandersetzungen und die immer deutlicher sichtbaren Folgen des Klimawandels – diese Krisen überlappen und verstärken sich und belasten Menschen mit psychischen Erkrankungen in besonderer Art und Weise. Psychiatrie und Psychotherapie sind deshalb besonders gefordert, sich dem Umgang mit Krisen zu widmen.

Auswahl spannender Lectures



Julia Asbrand
Jena



Manfred Lütz
Bonn



Euphrosyne
Gouzoulis-Mayfrank
Köln



Ute Habel
Aachen



Moritz Helmstaedter
Frankfurt am Main



Ralph Hertwig
Berlin



Benjamin Ochs
Berlin



Christian Plewnia
Tübingen



Oliver Pogarell
München



Andreas Reckwitz
Berlin



Babette Renneberg
Berlin



Manfred Spitzer
Ulm



Ulrike Schmidt
London



Maren Urner
Köln



Michèle Wessa
Mainz



Darüber hinaus werden auf dem Kongress viele weitere Themen der Psychiatrie und Psychotherapie sowie gesundheitspolitische, gesellschaftliche und kulturelle Aspekte in verschiedenen Veranstaltungsformaten behandelt und diskutiert: In 45 State-of-the-Art-Symposien präsentieren Expertinnen und Experten aus Forschung und Versorgung neueste Erkenntnisse zu unterschiedlichen Krankheitsbildern und deren Behandlungen. Praktisch wird es in den rund 100 interaktiven Workshops: Hier lernen die Teilnehmenden von renommierten Expertinnen und Experten Theorie und Praxis der Psychiatrie und Psychotherapie. Praktische Übungen, Fallstudien oder Diskussionen in kleinen Gruppen dienen dazu, eigene Fähigkeiten weiterzuentwickeln und neue Perspektiven zu gewinnen. Auch die angebotenen Symposien, Freien Vorträge, Poster, Lectures, die Diskussionsforen und natürlich die Präsidentsymposien bieten den Teilnehmenden vielfältiges und neuestes

Wissen des Fachs. Verschiedene Perspektiven ermöglichen den Rundum-Blick auf aktuelle Themen.

Renommierte Referierende

Das erste Kongress-Highlight ist Ralph Hertwigs Eröffnungsvortrag *Gewolltes Nichtwissen und seine Funktionen*. Der Kognitionswissenschaftler leitet das Max-Planck-Institut für Bildungsforschung in Berlin und zeigt auf, dass gewolltes Nichtwissen soziale Funktionen hat, strategisch eingesetzt werden kann und nicht zuletzt gerade in Krisenzeiten auch der Emotionsregulation dient.

Das Leitthema wird auch in den hochkarätig besetzten Lectures aufgegriffen, unter anderem von der Psychologin Michèle Wessa. Sie forscht am Deutschen Krebsforschungsinstitut in Heidelberg und am Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim zu Resilienz-Mechanismen in Zeiten ständiger Krisen. In ihrem Vortrag *Neues aus der Resilienzforschung* zeigt sie auf, wie Belastungen nicht nur gut zu überstehen sind, sondern wie man womöglich sogar gestärkt aus ihnen hervorgehen kann.

Die Neurowissenschaftlerin Maren Urner beschäftigt sich ebenfalls mit dem Thema Krisen. Sie fokussiert auf deren Potenzial, zu verunsichern und zu beängstigen. Diskussionen sind dadurch meist emotional aufgeladen – was einen konstruktiven Umgang erschwert. In ihrer Lecture plädiert sie deshalb für eine rationalere Herangehensweise an Krisen: *Radikal emotional – Warum wir zur Krisenbewältigung weniger Herz und mehr Hirn brauchen*.

Weitere Themen, jenseits der Krise, werden auf dem Kongress behandelt. Der Psychiater Christian Plewnia widmet sich in seiner Lecture u. a. den neuen Hirnstimulationsverfahren. Denn es wird zunehmend deutlich, dass diese eine wirkmächtige neue Therapieoption darstellen. Die Datenlage ist jedoch noch kleinteilig und oft unübersichtlich. Der Forscher am Universitätsklinikum Tübingen fasst in seinem Vortrag *Hirnstimulation – eine relevante Säule psychiatrischer Therapie?* das für die klinische Praxis relevante Wissen zusammen und zeigt auf, wie sich aktuelle Erkenntnisse so in die therapeutische Routine übertragen lassen, dass Betroffene am besten davon profitieren.

Hochaktuelle Themen

Mit seiner beeindruckenden Vielfalt an Themen und Beteiligten verspricht der DGPPN Kongress auch in diesem Jahr, eine inspirierende und herausragend informative Veranstaltung zu werden. Neben Inhalten, die zeitlos sind und nie an Aktualität verlieren, liegt ein besonderes Augenmerk auf aktuellen Themen und gegenwärtigen Fragen.

Dazu gehört die ICD-11-Implementierung mit all ihren Problemen und Facetten. Zwei Symposien bieten einen umfassenden Überblick über den Aufbau der ICD-11, die wichtigsten Änderungen, neue Störungsbilder sowie die Implikationen für Klinik und Therapie. Auch die Probleme der Implementierung werden diskutiert. Denn bis das neue Diagnose-Manual seinen Weg in alle Kliniken und Praxen findet, sind noch einige Hürden zu überwinden.

Ein weiterhin aktuelles und besonders kontroverses Thema ist der assistierte Suizid. Dieses Thema wird auf dem Kongress in verschiedenen Diskussionsforen in den Blick genommen. Einerseits wird diskutiert,



wie ein Vorgehen aussehen könnte, das den Schutz besonders vulnerabler Gruppen gewährleistet und gleichzeitig praktisch umsetzbar ist. Zudem wird über die Rolle der Ärzteschaft bei der Suizidassistenz gesprochen. Denn ob die Beihilfe zum Suizid zu den ärztlichen Aufgaben zählt, ist keineswegs unumstritten. Dieses Thema wird aus medizinischer, ethischer und auch rechtlicher Perspektive diskutiert.

Herausragende Forschung

DGPPN-Präsident Andreas Meyer-Lindenberg hat sich in seiner Präsidentschaft intensiv dafür eingesetzt, psychiatrische Forschungsthemen voranzutreiben. Folgerichtig beschäftigen sich auch zwei der Präsidentsymposien mit wissenschaftlich exzellenten Inhalten und gesellschaftspolitisch hochaktuellen Themen. Die Veranstaltung *Lebenswelten und psychische Erkrankungen* wird zeigen, wie gut die Psychiatrieforschung mittlerweile der hochkomplexen Gemengelage aus biologischen, psychologischen und Umweltfaktoren gerecht werden kann. Im Symposium *Individualisierte Prävention und Intervention in der Psychiatrie* wird demonstriert, welche unterschiedlichen Möglichkeiten sich daraus für eine präzise und personalisierte Behandlung psychischer Erkrankungen ergeben.

Einen weiteren wissenschaftlichen Höhepunkt bietet das von der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina geförderte englischsprachige Symposium *Focus on Functional Hypoxia*. Unter dem Vorsitz der beiden Leopoldina-Mitglieder Hannelore Ehrenreich und Peter Falkai widmet sich das Symposium dem Mechanismus, der unter anderem für die Wirksamkeit von Bewegungstherapien verantwortlich ist: der Hypoxie.

Ein Kongress für alle

Die größte Fachkonferenz auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit in Europa richtet sich an Psychiaterinnen und Psychiater, Medizinerinnen und Mediziner anderer Fachrichtungen, Psychologinnen und Psychologen, psychologische Psychotherapeuten, Studierende, Pflegefachkräfte, Angehörige anderer Gesundheitsfachberufe sowie viele weitere Fachleute und Interessierte. Mehr als 8.000 Personen werden erwartet.

Rund 1.500 von ihnen nutzen das Programm nicht nur zur Weiterbildung und Vernetzung, sondern beteiligen sich mit eigenen Beiträgen. So schaffen sie Raum für interdisziplinären Austausch und fördern den wissenschaftlichen und klinischen Fortschritt.

Passgenau

Die Besucherinnen und Besucher können das für sie passende Teilnehmergebiet wählen: Das Spitzentreffen der Psychiatrie lässt sich in Präsenz oder online erleben. Grundsätzlich sind zwei Pakete buchbar:

Berlin+Online-Paket

Mit der Wahl dieses Pakets haben Teilnehmende an allen vier Tagen Zugang zum gesamten wissenschaftlichen Programm im CityCube Berlin. Ausgewählte Programmbeiträge stehen zusätzlich im Livestream zur Verfügung und sind auch nach dem Kongress bis Ende April 2025 als Video-on-Demand-Angebot nutzbar. Zusätzlich ist es möglich, aus fast 100 Workshops zu wählen und diese 1-Tages- oder 2-Tage-Veranstaltungen zusätzlich zu buchen. Da die Workshops ausschließlich vor Ort stattfinden, können sie nur mit dem Berlin+Online-Paket besucht werden.

Online-Paket

Dieses reine Online-Paket bietet ausgewählte Teile des wissenschaftlichen Programms bequem als Livestream und ist ortsunabhängig nutzbar. Die ausgezeichneten Programmteile sind bis Ende April 2025 als Video-on-Demand nutzbar.

Extra-Tipp

Wer am gesamten Kongress teilnimmt, Workshops besucht und im Nachgang die Video-on-Demand-Angebote nutzt, kann zahlreiche CME-Punkte erwerben!

Dem Klima zuliebe

Die DGPPN will ihrer ökologischen Verantwortung gerecht werden und setzt sich gemeinsam mit ihren Partnern für eine nachhaltige Gestaltung der Zukunft ein. Schritt für Schritt arbeitet sie daran, den DGPPN Kongress umweltfreundlicher und klimaschonender zu gestalten sowie die CO₂-Bilanz zu optimieren. Der Weg dahin: Vermeiden, Bilanzieren, Kompensieren.

Im vergangenen Jahr wurden entstandene Emissionen in Höhe von 350.000 Kilogramm CO₂ über die Klimaschutzorganisation atmosfair kompensiert. Maßnahmen wie der Verzicht auf Give-aways, aktive Müllvermeidung, die Verpflichtung der Dienstleistenden zu Recycling, ein regionales und saisonales Catering sowie der Einsatz von Leihmöbeln beim Messebau bringen den DGPPN Kongress der Nachhaltigkeit jedes Jahr ein Stückchen näher.

Sie möchten uns dabei unterstützen? Mit atmosfair wurde quantitativ ermittelt, welche Anteile an Emissionen für eine Veranstaltung zusammenkommen: 70% entfallen auf die An- und Abreise, 15% auf die Unterkunft und immerhin noch etwa 10% auf die Verpflegung. Reisen Sie also umweltfreundlich mit dem Zug an – auf unserer Website finden Sie dafür ein exklusives Angebot der Deutschen Bahn. Wählen Sie Ihre Unterkunft bewusst aus, bringen Sie eine wiederbefüllbare Flasche mit zum Kongress und nutzen Sie unsere Wasserspender vor Ort. Zusammen machen wir den DGPPN Kongress so klimafreundlich wie möglich.

■ DGPPN Kongress 2024 – alles auf einen Blick

- 27. bis 30. November 2024
- CityCube Berlin
- Mehr als 8.000 Besucherinnen und Besucher
- Mehr als 650 Einzelveranstaltungen
- Teilweise Livestreaming
- Video-on-Demand-Angebot 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
- Programmschwerpunkte u.a. für den medizinischen Nachwuchs

#hack4health

Wie finden digitale Anwendungen im Bereich Mental Health mehr Sichtbarkeit und Bekanntheit bei Behandelnden? Wie wird mehr Akzeptanz auf Seiten der Betroffenen erreicht? Und wie nimmt man Bedenkenträgern die Sorgen vor Datenschutzlücken oder fehlender Nutzungsfreundlichkeit? Innovative Antworten auf all diese Fragen sollen beim ersten *Mental Health Hackathon* gefunden werden.

Parallel zum DGPPN Kongress findet ein in der Tech-Szene seit mehr als zwei Dekaden etabliertes Veranstaltungsformat statt: Der erste *Mental Health Hackathon* wird 15 interdisziplinären Teams eine Plattform bieten, um innovative Lösungen für drängende Herausforderungen im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung zu entwickeln.

Wer die E-Health-Landschaft betrachtet, stellt insbesondere seit der Covid-19-Pandemie ein stetiges Wachstum an Angeboten fest. Die Nutzungszahlen bleiben jedoch trotz nachweislicher Effektivität der Interventionen weiterhin hinter den Erwartungen zurück. Auf der anderen Seite gab bei einer Befragung Ende letzten Jahres die Mehrheit der DGPPN-Mitglieder an, Lücken im Angebot digitaler Hilfsmittel zu sehen. Die Herausforderungen sind demnach vielfältig und wurden mithilfe von Expertinnen und Experten im Bereich E-Mental-Health sowie des Wissenschaftlichen Beirats in drei konkrete Fragestellungen, sogenannte „Challenges“, übersetzt.

Die erste Challenge ruft die Hacker-Teams – bestehend u.a. aus Tech-, Marketing- und Mental-Health Expertinnen und Experten – auf, technologische Ansätze zu finden, um den Zugang zu digitalen Gesundheitsdiensten zu verbessern. Welches Team findet die kreativste Lösung, um die Zugänglichkeit zu E-Mental-Health-Angeboten für diejenigen zu verbessern, die aktuell verfügbare Versorgungsangebote nicht in Anspruch nehmen können oder möchten? Die zweite Herausforderung zielt darauf ab, die Akzeptanz von und Zustimmung zu bestehenden digitalen Lösungen zu fördern. Wie können Versorgende sowie Betroffene von der Wirksamkeit digitaler Gesundheitsange-

bote überzeugt werden, so dass Verschreibungs- und Nutzungsquoten sich nachhaltig steigern lassen? Der dritte Auftrag dreht sich um eine bessere Integration digitaler Anwendungen in Studium und Ausbildung. Die Hacker-Teams sind aufgefordert, Lösungen zu entwickeln, die das Thema Digitalisierung in Psychiatrie und Psychotherapie stärker im Medizin- und Psychologiestudium verankern.

Die circa 90 Teilnehmenden werden sich am ersten Tag nach dem sogenannten „Briefing“ direkt in die Bearbeitung der Challenges stürzen, denn die Zeit ist begrenzt. Schon knapp 36 Stunden später muss eine überzeugende Abschlusspräsentation, der sogenannte „Pitch“, erarbeitet sein, mit der sie die Jury, bestehend aus Fachleuten für psychische Gesundheit und digitale Innovation, bestmöglich von der Überlegenheit der eigenen Lösung überzeugen sollen. Kreativität und Innovationsgeist stehen bei der Bewertung der erarbeiteten Ideen im Vordergrund. Fest steht in jedem Fall: Es wird spannend. Es werden Preise im Gesamtwert von 10.000 Euro vergeben, für jede Challenge wird das beste Konzept gekürt. Aber auch die Teams, die leer ausgehen, werden mit einer Fülle neuer Kontakte und inspirierender Ideen nach Hause fahren.

Zum Redaktionsschluss war das Feedback zum Hackathon aus allen (Fach-)Richtungen neugierig bis enthusiastisch, so dass auf eine rege Teilnahme und begeisternde Ideen zu hoffen ist.



Weitere Details finden Sie auf der Veranstaltungs-Website

Unter vier Augen

Von der Biosignatur zur Intervention



Ein neuer Sonderforschungsbereich will die Muster der Aggressionen ergründen – auch und gerade bei Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Seine Sprecherin, die Neuropsychologin Ute Habel, erläutert im Gespräch mit DGPPN-Präsident Andreas Meyer-Lindenberg, wie sie sich auf die Suche nach den Ursachen und Zusammenhängen macht und Lösungen für verbesserte Therapien entwickeln möchte.

AML: Wir haben uns heute ein wichtiges, aber auch schwieriges Thema vorgenommen: Aggressivität. Liebe Frau Habel, Sie forschen schon lange über Impulsivität und Aggression. Lassen Sie mich zum Einstieg fragen: Was fasziniert Sie an diesem Thema?

UH: Ich habe damals angefangen, mich mit der Neurobiologie von Emotionen zu beschäftigen, weil Emotionen so zentral sind für unsere soziale Welt und für unsere sozialen Interaktionen. Sie sind bei allen psychischen Störungen betroffen und rufen massiv Leid und Beeinträchtigung hervor. Von den Emotionen ist es dann nicht weit zur Aggression – diesem alten, auch evolutionär bedeutsamen emotionalen Verhalten. Aggression hat eine hohe klinische Relevanz für psychische Störungen, weil sie massiv beeinträchtigend ist, gerade auch für soziale Integration und für die Behandlung. Bisher haben wir wenig Möglichkeiten, effektiv zu intervenieren, weil wir noch viel zu wenig verstehen, wie aggressives Verhalten entsteht. Klar ist, Aggression ist ein komplexes Konstrukt. Als Psychiater und Psychologinnen haben wir es eben mit komplexen Problemen zu tun. Und das fasziniert mich: dass wir die Möglichkeit haben, der Komplexität ein bisschen näher zu kommen.

AML: Ja, das macht unsere Fächer so spannend. Dass wir von den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen bis hinunter zu den Genen alle Ebenen mitdenken müssen und jetzt auch in der Forschung tatsächlich zunehmend adressieren können. Bei unserem Kongress im November werden Sie eine Lecture zum Thema „Aggression: neurowissenschaftliche Perspektiven auf pathologische Mechanismen und therapeutische Ansätze“ halten. Vielleicht können Sie uns den Begriff Aggression nochmals definieren? Ist es ein einheitliches Phänomen oder kann man Unterformen abgrenzen?

UH: Wie so häufig mit komplexen Konstrukten: Es gibt viele verschiedene Formen und viele Erscheinungsformen, viele verschiedene Arten, wie sich Aggression äußern kann. Entsprechend viele Definitionen gibt es auch. Eine Definition, auf die sich die meisten Forschenden einigen können und die auch von der WHO genutzt wird: Aggression ist ein Verhalten, das darauf ausgerichtet ist, Schaden gegen jemanden oder gegen etwas anzurichten. Wenn sie gegen eine andere Person gerichtet ist, ist diese bemüht, den Schaden von sich abzuwenden. Ergänzend gibt es viele weitere Definitionen: Aggression kann verbal oder physisch sein, sie kann instrumentell auf ein Ziel ausgerichtet oder reaktiv

in Hinblick auf Bedrohung, Frustration oder Provokation sein. Sie kann mit Ärger, also emotionalen Reaktionen einhergehen. Es gibt zudem soziale oder auch nicht soziale Aggression. Alle Definitionen beinhalten zudem den Aspekt der Dominanz gegenüber anderen, und meist ist es in unserem sozialen Kontext ein unangepasstes Verhalten.

„Klar ist, Aggression ist ein komplexes Konstrukt.“

Ute Habel

AML: Wie kann man Aggression denn messen? Kann man dabei die verschiedenen Formen auseinanderhalten?

UH: Es gibt eine ganze Reihe von Fragebögen, die Aggressionen und aggressives Verhalten messen. Aber wir versuchen auch, zu beobachten und natürlich auch klinisch zu beurteilen, ob aggressives Verhalten in der Vergangenheit oder gegenwärtig eine Rolle spielt. Im Experiment versuchen wir, Aggression unter bildgebenden Bedingungen mit standardisierten Paradigmen zu erfassen. Wir messen, was im Gehirn vorgeht, aber auch was im Körper passiert und welche hormonellen Begleiterscheinungen es gibt. Wir schauen auch, ob es Bezüge zur Genetik gibt. Und natürlich versuchen wir, das Verhalten mit dem Alltag zu verbinden. Wir nutzen beispielsweise Handy-Apps, um aggressive Ereignisse oder Ärger-Erleben im Alltag zu erfassen.

AML: Sie forschen also nicht nur im Labor, sondern auch draußen, bringen also die Realwelt in die Forschung. Das ist ja ein Ansatz, der für die Psychiatrie wirklich viele wesentliche neue Aspekte bietet, weil es einem hilft, Kontextfaktoren zu berücksichtigen.

UH: Genau. Wir versuchen, Umgebungen, Kontext und situative Faktoren zu erfassen. Im Experiment oder im Labor möchten wir ja in der Regel die Bedingungen konstant halten, weil die Fülle der Einflussfaktoren uns sonst überwältigt. Aber wenn man den Alltag beforscht, kann man versuchen, diese Faktoren genauer in den Fokus zu nehmen.

AML: Diese sehr vielschichtige Forschung können Sie jetzt in einem großen Projekt abbilden, dem neuen *Transregio*-Sonderforschungsbereich *Die Neuropsychobiologie von*

Aggression: Ein transdiagnostischer Ansatz für psychische Krankheiten. Welche Ansätze sollen denn dort eingesetzt werden?

UH: Wir möchten uns dem Thema explizit breit nähern. Das heißt, wir versuchen, alle Erscheinungsformen der Aggression, in all ihren eben beschriebenen Facetten als multifaktorielles Konstrukt zu erfassen. Zudem arbeiten wir transdiagnostisch. Wir möchten versuchen, Aggression über Krankheitskategorien hinweg, im Längsschnitt zu charakterisieren. Dazu möchten wir Biosignaturen erfassen, also neurobiologische Muster, die ein bestimmtes aggressives Verhalten, einen Phänotypen charakterisieren. Wir suchen nach solchen Mustern in Kombination mit Psychopathologie und werden auch ihre Stabilität über die Zeit erfassen. Wir wollen aggressives Verhalten besser und genauer charakterisieren, auch bezüglich der kognitiven oder emotionalen Prozesse. Wir hoffen, dass wir so bessere Vorhersagen machen oder auch spezifischer therapeutisch intervenieren können. Wir könnten dann sehen, welche Mechanismen von Aggression bei spezifischen Erkrankungen wirken. Gehen sie mit einer bestimmten Symptomatik einher? Welche Mechanismen wirken eher krankheitsübergreifend? Und weil wir Aggression im Entwicklungsverlauf beobachten möchten, haben wir eine Stichprobe, die wir schon vor Pubertätsbeginn untersuchen. Diese Personen wollen wir im Längsschnitt bis ins Erwachsenenalter begleiten.

„Wir wollen aggressives Verhalten besser und genauer charakterisieren, auch bezüglich der kognitiven oder emotionalen Prozesse.“

Ute Habel

AML: Das ist wichtig. Wir wissen ja, dass sich drei Viertel aller psychischen Erkrankungen vor dem Alter von 25 Jahren manifestieren. Aber kommen wir nochmals auf die Biosignaturen zu sprechen. Das klingt kompliziert. Sollen da verschiedene Datenquellen gewissermaßen zusammengerechnet und zusammengefasst werden, um dann Untergruppen zu bilden?

UH: Genau. Wir versuchen, Muster für verschiedene aggressive Erscheinungsformen zu finden, also zum Beispiel Muster neurobiologischer Merkmale oder auch von Verhaltensmerkmalen oder kognitiven Prozessen. Wir wissen beispielsweise, dass viele psychische Störungen durch eine veränderte Wahrnehmung und ein anderes Erleben von Bedrohung und Provokation sowie eine eingeschränkte Emotionsregulation charakterisiert sind – bei gleichzeitiger pathologischer Aggression. Wir wissen auch, dass diesen Defiziten veränderte Netzwerke besonders zwischen limbischen und präfrontalen Hirnarealen zugrunde liegen. Aber wir wissen noch nicht, welche Defizite krankheitsspezifisch sind, beziehungsweise wie stabil sie über die Zeit sind und wie sie mit der Krankheitssymptomatik variieren. Wenn wir das besser verstehen, könnten wir Aggressionen besser vorhersagen und vielleicht rechtzeitig intervenieren.

AML: Schauen wir uns doch einmal ein paar der Faktoren an, die in so eine Biosignatur eingehen. Die Gene wurden schon erwähnt. Viele Leute besorgt es, wenn sie hören, dass Aggression genetisch ist. Das klingt so vorherbestimmt und unausweichlich. Ist diese Sorge begründet?

UH: Nein. Der genetische Anteil, oder sagen wir genauer, die Varianz, die man dadurch aufklären kann, ist bei aggressivem Verhalten zwar recht hoch, aber es ist nicht vorherbestimmt, wie wir in einer Situation reagieren. Die Genetik hat einen Einfluss, aber unser Verhalten wird immer von vielen Faktoren bestimmt – das gilt auch für aggressives Verhalten. Da spielen sehr viele situative und Umweltfaktoren eine Rolle, Erfahrungen, die man im Verlauf seines Lebens macht und auch weitere biologische Faktoren, wie beispielsweise die Hormone. Und eben auch psychische Erkrankungen, die durch ihre Symptomatik einen Einfluss darauf haben können, wann aggressives Verhalten auftritt.

AML: Wir wissen ja, dass Gewalt viel häufiger von Männern ausgeübt wird als von Frauen. Das ist sicherlich auch ein Thema bei Ihnen, oder? Wie man Geschlechterunterschiede und Gender in die Forschung einbauen kann?

UH: Geschlecht ist einer der wichtigsten Faktoren für unser Leben überhaupt. Verhalten, Erleben, aber auch Gesundheit und viele psychische Störungen sind bei Männern und Frauen unterschiedlich ausgeprägt. Da wirken also Geschlechtseinflüsse und wir verstehen noch nicht ausreichend, warum das so ist. Im Bereich Aggression lässt

sich sagen, dass Männer vor allem physisch aggressiver sind und mehr kriminelle Gewalttaten begehen. Aber was spannend ist: Wenn man im Experiment Frauen genauso provoziert wie Männer, nähert sich, mit zunehmender Provokation, das Verhalten an. Dann sehen wir keine Geschlechtsunterschiede, obwohl Männer sich in Fragebögen aggressiver einschätzen. Man sieht also, dass hier auch Stereotype und soziale Erwartungen eine Rolle spielen. Wenn man versucht, diese so gering wie möglich zu halten, indem man zum Beispiel Situationen so gestaltet, dass keine Erwartungen an geschlechtsrollenorientiertes Verhalten geweckt werden, dann verschwinden Geschlechtsunterschiede manchmal. Allerdings muss man hier auch experimentellen Kontext und Verhalten in der Realität differenzieren.

AML: Schauen wir uns das Thema Gewalt auch im gesellschaftlichen Kontext an: Das Thema unseres Kongresses dieses Jahr lautet *Psychische Gesundheit in Krisenzeiten*. Damit sind natürlich einerseits die vielen aktuellen Krisen gemeint. Bei dem russischen Angriff auf die Ukraine spielt Gewalt ja eindeutig eine Rolle. Darüber hinaus schwingt das Thema aber auch in öffentlichen und medialen Debatten mit. Debatten über den gesellschaftlichen Zusammenhalt beispielsweise. Denn viele Berufsgruppen – Rettungskräfte, Ärztinnen und Ärzte, Menschen, die in Notaufnahmen arbeiten, Lehrkräfte und Einsatzkräfte – berichten über eine zumindest gefühlt zunehmende Aggression, bis hin zu manifester Gewalt. Das wirkt fast wie ein gesellschaftlicher Trend. Kann Ihre Forschung auch dazu Beiträge liefern?

UH: Wir versuchen, auch solche Gruppen in unsere Forschungsfragen einzubeziehen. Denn natürlich untersuchen wir Aggression nicht nur bei Menschen mit psychischen Erkrankungen, sondern haben auch gesunde Probandinnen und Probanden. Wir versuchen zu verstehen, wie Aggression in verschiedenen situativen und in verschiedenen gesellschaftlichen Kontexten auftritt. Wir wollen deshalb auch Vertreterinnen und Vertreter von Gerichten, Polizei, Politik, Schulen und auch Sozialarbeit und Pflege aktiv an unseren Forschungen und den Fragestellungen teilhaben lassen. Auch wenn das nicht die zentrale Fragestellung des Sonderforschungsbereichs ist.

AML: Etwas, was mich als Psychiater fasziniert, aber ein Stück weit auch besorgt macht, ist der Fokus auf Gewalt bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Insbesondere

in der medialen Kommunikation sehen wir häufig, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen unter Generalverdacht gestellt werden. Dass sie, ohne Betrachtung ihrer individuellen Situation, generell mit Aggression in Verbindung gebracht werden. Das führt dann wiederum zu einer ängstlichen Distanzierung und zu Stigmatisierung in der Bevölkerung. Wo steht die Forschung denn in Bezug auf diese Fragen?

UH: Das ist in der Tat eine Gefahr. Medien richten den Fokus gern auf psychisch kranke Einzeltäter. Und das trägt zur Stigmatisierung bei. Ja, wir wissen, dass aggressives Verhalten bei psychischen Störungen mit einer erhöhten Prävalenz auftritt. In unserer Forschung versuchen wir, die Mechanismen dahinter besser zu verstehen. Wir müssen unbedingt vermeiden, jeden psychisch Kranken mit dem Generalverdacht zu belegen, dass er aggressiv und gewalttätig ist. Das Gegenteil ist richtig: Ein großer Teil der Menschen mit psychischen Erkrankungen ist nicht aggressiv. Aber wir müssen uns dem Problem nichtsdestotrotz widmen, vor allem auch, weil es klinisch relevant ist – für eine erfolgreiche Behandlung, für eine gute soziale Integration und damit für die Gesellschaft als Ganzes.

„Seit der Gründung unseres Fachs beschäftigen wir uns damit, wie wir Zwang möglichst minimieren können.“

Andreas Meyer-Lindenberg

AML: Ja, absolut. Und damit nähern wir uns einem Kernthema der Psychiatrie: Manchmal muss man, um Aggression, die zu Selbst- und Fremdgefährdung führt, auszuräumen, Zwang ausüben. Seit der Gründung unseres Fachs beschäftigen wir uns damit, wie wir Zwang dennoch möglichst minimieren können. Dafür gibt es mittlerweile viele präventive Maßnahmen. Wir haben unter Federführung der DGPPN auch eine S3-Leitlinie mit dem Titel *Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen* herausgegeben und überarbeiten sie gerade wieder. Wenn ich so auf die Jahrzehnte zurückblicke – da haben wir viel erreicht. Die Maßnahmen zur Vermeidung von Zwang sind besser geworden: Deeska-

lation, Präventionsmaßnahmen, Maßnahmen gerade auch im stationären Kontext. Wird man Ihre Ergebnisse auch hierfür anwenden können? Beispielsweise für die Früherkennung von aggressivem Verhalten, eine Modellierung oder dann auch Intervention und Prävention?

UH: Ja, das ist genau das, worauf unser Verbund abzielt. Leider gibt es bislang, wie schon gesagt, zu wenig Forschung zur Aggression bei psychischen Störungen, um die Mechanismen wirklich gut zu verstehen. Und wir haben ja gelernt, dass wir die Mechanismen genau verstehen müssen, um bessere Präventions- und Interventionsmaßnahmen zu etablieren. Bei aggressivem Verhalten sind die therapeutischen Möglichkeiten letztlich immer noch unzureichend, sowohl medikamentös als auch psychotherapeutisch.

AML: Es gibt bestimmte Erkrankungen, da wirkt der Zusammenhang erst einmal recht geradlinig. Nehmen wir als Beispiel einen wahnhaft schizophrenen Patienten mit Halluzinationen. Da sieht es schon so aus, als würde er aufgrund der Erkrankung aggressiv oder gewalttätig werden. Und man sieht, durch jahrzehntelange Forschung bestätigt, dass die Gabe von Antipsychotika die Symptome bessert und die Gewalttätigkeit der Betroffenen vermindert. Hier wirkt es also wie ein einfacher Zusammenhang: Ich gebe ein Antipsychotikum, dadurch verschwindet der Wahn, verschwindet die Halluzination und dadurch nimmt die Gewalt ab. Aber häufig ist es ja nicht so eindimensional.

UH: Nein, überhaupt nicht, auch nicht bei schizophrenen Patientinnen und Patienten. Auch hier gibt es insgesamt zu wenig Forschung, aber es gibt doch ein paar Befunde, die zeigen, dass einige Betroffene schon früh durch antisoziales Verhalten auffallen. Das Verhalten ist also gar nicht so sehr durch die schizophrene Symptomatik bedingt. Aber es gibt natürlich auch genau die, die Sie eben genannt haben: Die im Verlauf der akuten Exazerbation der Symptomatik aggressives Verhalten zeigen. Andere Personen wiederum werden erst im Verlauf der Erkrankung aggressiver, vielleicht, wenn Hirnstrukturen betroffen sind, die etwas mit der Selbstregulation zu tun haben. Es gibt also mehrere Gruppen, die man differenzieren muss. Bislang gibt es dazu nur einzelne Forschungsergebnisse.

AML: Da ist dann ja Ihr Ansatz günstig, Aggression über eine Reihe von Diagnosen hinweg zu betrachten. Ob ein bestimmter Mechanismus spezifisch für eine einzelne Er-

krankung ist oder viele Patienten über die Erkrankungsgrenzen hinweg in unterschiedlichem Maße betrifft, ist ja noch unklar.

UH: Genau, das wissen wir noch nicht. Es gibt zum Beispiel Hinweise, dass die Wahrnehmung oder Verarbeitung von Reizen bei einigen Patientengruppen verändert ist in Richtung eines *hostility bias*. Diese Patientinnen und Patienten tendieren also dazu, das Verhalten oder die Mimik anderer als provokativer oder aggressiver zu interpretieren als sie es eigentlich sind. Und das genau ist unser Weg: Wir schauen uns an, welche kognitiv-emotionalen Prozesse und welche neurobiologischen Korrelate maßgeblich für aggressives Verhalten sind und gucken dann, ob sie gleichermaßen bei verschiedenen Störungen vorliegen oder spezifisch nur bei einer Störung vorkommen.

AML: Vielleicht gibt es ja auch Unterschiede in Bezug auf den Krankheitsstatus. Oder es hat etwas damit zu tun, dass bestimmte Risikofaktoren und Risikokonstellationen sowohl zur Entstehung einer psychischen Störung als auch zum Entstehungsgefüge einer Gewalttat beitragen. Vielleicht ein Beispiel: In der Klinik ist es völlig offensichtlich, dass es einen engen Zusammenhang zwischen Drogenkonsum, insbesondere Alkoholkonsum, und Gewalttaten gibt. Das ist ein sehr bekannter Zusammenhang, aber nicht einmal hierzu wissen wir genug. Den akuten Effekt von Alkohol können wir beschreiben, aber in Bezug auf Abhängigkeitserkrankungen oder andere Drogen wissen wir zu wenig.

UH: Richtig, die genauen Mechanismen sind auch hier noch unzureichend erforscht.

AML: Schauen wir uns abschließend noch einen Risikofaktor sowohl für psychische Störungen als auch für gewaltbereites Verhalten an, den ich besonders spannend, aber auch bedrückend finde: der Effekt früher Gewalterfahrungen. Wenn ich als Kind selbst Gewalt erfahren habe, erhöht das mein Risiko für gewaltbereites Verhalten. Das wissen wir aus vielen längsschnittartigen Untersuchungen. Aber die zugrundeliegenden Prozesse und Mechanismen kommen erst jetzt so langsam in den Fokus, oder?

UH: Das ist in der Tat der Fall. Wir haben da spannende Ergebnisse aus Patientenbefragungen vorliegen, Daten von insgesamt mehr als 5.000 Patientinnen und Patienten aus verschiedenen Kliniken. Und tatsächlich: Eigene Opferer-

fahrung ist der beste Prädiktor für späteres aggressives Verhalten. Das war zwar keine Befragung der Allgemeinbevölkerung, aber es wurde ein wirklich breites Spektrum an Patientinnen und Patienten aus sehr verschiedenen Kliniken befragt, von der Gynäkologie bis zur Psychiatrie. Es gibt auch Ergebnisse, die zeigen, dass aversive Umwelterfahrungen zu strukturellen Veränderungen im Gehirn führen, die über die Zeit stabil bleiben und die aversiven Erlebnisse sichtbar reflektieren. Wir sehen das auch für die hormonelle Stressreaktion. Eigene Gewalterfahrung wirkt dysfunktional auf verschiedene Systeme, die dann später möglicherweise mit aggressivem Verhalten verknüpft sind.

AML: Ja, das ist eine Seite der Medaille. Andererseits wissen wir beispielsweise aus der Forschung zur posttraumatischen Störung, dass zwar viele Menschen nach einem Trauma mit den Folgen zu kämpfen haben, die Mehrzahl aber nicht. Das lässt einen dann natürlich über Resilienzfaktoren nachdenken.

UH: Absolut. Nicht jeder, der aversive Kindheitserfahrungen hat, wird später aggressiv oder psychisch krank. Der Blick auf Resilienzmechanismen ist für uns sehr wesentlich – auch für das Verständnis der Mechanismen hinter aggressivem Verhalten.

AML: Welche weiteren mutmachenden Ergebnisse gibt es denn schon?

UH: Wir haben erste Befunde dahingehend, dass man mit psychotherapeutischen Verfahren und auch mit nicht-invasiven Hirnstimulationsverfahren vielversprechende Effekte erreichen kann. Unsere Heidelberger Kollegen untersuchen aktuell multizentrisch eine modularisierte Psychotherapie für Borderline-Patientinnen und -Patienten, bei der man versucht, spezifisch mechanismenbasiert Aggression zu reduzieren. Diese Intervention hat sehr erfolversprechende erste Ergebnisse gezeigt, sowohl in Bezug auf das Verhalten als auch bezüglich der neuronalen Korrelate. In anderen Ansätzen untersuchen wir transkranielle Gleichstromstimulation. Wir versuchen da, bestimmte Areale, die für die Emotionsregulation wichtig sind, in ihrer Aktivität zu stärken. Und tatsächlich: Wir können impulsives, insbesondere aber auch aggressives Verhalten damit reduzieren. Allerdings sind die Effekte klein und unterliegen zahlreichen Einflussfaktoren, denen wir uns gerade widmen. Das ist sicher keine Methode, die als alleinige Therapie angewendet werden wird. Aber es ist

vielversprechend zu sehen, dass wir hier etwas bewirken können. Weitere vielversprechende Möglichkeiten bietet das Neurofeedback, das größere Selbstkontrolle über die eigene Hirnaktivität ermöglicht, oder eben auch verbesserte psychotherapeutische Verfahren.

AML: Mit ihrem Verbund sind Sie dafür jedenfalls gut aufgestellt. Sie haben ja viele erfahrene Klinikerinnen und Kliniker zusammengebracht, ein wirklich schönes interdisziplinäres Team. So werden dann hoffentlich nicht nur Mechanismen aggressiven Verhaltens aufgeklärt, sondern Sie können auch die nächste Generation von Forschenden und Klinikerinnen und Klinikern für dieses schwierige, aber wichtige Thema begeistern. Dazu wünschen wir Ihnen von Seiten der DGPPN von Herzen viel Erfolg!



Prof. Dr. rer. soc. Ute Habel lehrt und forscht als Professorin für neuropsychologische Geschlechterforschung an der RWTH Aachen und arbeitet als leitende Psychologin an der dortigen Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Seit dem Sommer ist sie Sprecherin des neuen *Transregio*-Sonderforschungsbereichs *Die Neuro-psychobiologie von Aggression: Ein transdiagnostischer Ansatz für psychische Krankheiten*.



Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg leitet seit 2007 das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim und die dortige Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Seit 2023 ist er Präsident der DGPPN. Als Gründungssprecher steht er aktuell zudem dem Deutschen Zentrum für Psychische Gesundheit vor.

DGPPN Kongress 2024 | Lecture Ute Habel | Aggression: neurowissenschaftliche Perspektiven auf pathologische Mechanismen und therapeutische Ansätze
29.11.2024 | 13:45–14:45 Uhr

DGPPN Kongress 2024 | Symposium | Aggression bei psychischen Erkrankungen: Phänotypen und neurobiologische Grundlagen
30.11.2024 | 10:15–11:45 Uhr

Wissenschaft



Neue Methoden – neue Forschung

Auf dem Hauptstadtsymposium 2024 wurden wegweisende Projekte der Psychiatrieforschung vorgestellt und Möglichkeiten diskutiert, die Ergebnisse schneller zum Patienten zu bringen.

Die Psychiatrieforschung hat einen besonders komplexen Untersuchungsgegenstand: die menschliche Psyche. Um psychische Gesundheit zu untersuchen, muss eine Fülle von Einflussfaktoren berücksichtigt werden: biologische, psychologische und soziale Aspekte. Methodisch ist das ein enorm anspruchsvolles Unterfangen. Dank neuer Verfahren ist die Psychiatrieforschung heute in der Lage, dieser Komplexität besser gerecht zu werden: Wissenschaftlerinnen und Wis-

senschaftler könnten also zielgerichtet therapie- und präventionsorientiert forschen. Präzise und personalisierte Therapieansätze sind greifbar nah. Leider machen es die Rahmenbedingungen in Deutschland den Forschenden jedoch mitunter schwer. Innovationen werden ausgebremst, unter anderem durch fragmentierte Förderstrukturen und komplexe regulatorische Prozesse. Diesem Spannungsfeld hat die DGPPN ihr Hauptstadtsymposium 2024 *Neue Wege in der Erforschung*

psychischer Gesundheit gewidmet. Es fand am 3. Juli in Kooperation mit dem Deutschen Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG) statt.

Im ersten Teil der Veranstaltung wurden die Vielfalt, Originalität und Exzellenz der aktuellen Psychiatrieforschung vorgestellt. Etwa 200 Interessierte nahmen vor Ort und per Livestream am Symposium teil. Sie erfuhren, wie neue Medikamente, Hirnstimulationsverfahren oder digitale

Gesundheitsanwendungen die Versorgung verbessern, oder wie Künstliche Intelligenz helfen kann, Datenmengen zu beherrschen und aus ihnen abzuleiten, welche Behandlung für wen die besten Ergebnisse bringen könnte. Gleichzeitig wurde aber auch deutlich, dass Rahmenbedingungen optimiert werden müssten, um den Transfer von Forschung in die Versorgung zu erleichtern – damit zum Beispiel neue Interventionen schneller bei den Patientinnen und Patienten ankommen.

Der zweite Teil des Hauptstadtsymposiums widmete sich deshalb der Frage, wie sich die Chancen der neuen Forschungsmethoden am besten nutzen lassen: Welche Rahmenbedingungen braucht es, um neue therapieorientierte Forschung anzuregen und die Translation der Ergebnisse in die Versorgung zu erleichtern?



Gerhard Gründer vom Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim berichtete über die vielversprechende Forschung zur Behandlung mit Psychedelika. Zwar wird die Wirkung der Substanz bereits seit den 1960er Jahren untersucht, die Forschung kam jedoch nach weltweiten Verboten in den 1970er Jahren zum Erliegen. Seit Mitte der 2010er Jahre wird vor allem in Großbritannien und den USA wieder klinische Forschung betrieben. Die erste große deutsche Studie untersuchte zwischen 2021 und 2024, gefördert

vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), die Wirksamkeit und Sicherheit von Psilocybin bei therapieresistenter Depression. Erste Ergebnisse zeigen, dass eine Gabe von 25 mg Psilocybin mit einer signifikanten Verbesserung depressiver Symptome einhergeht. Bei einer wiederholten Gabe war auch ein Jahr nach der ersten Sitzung eine fortlaufende Verbesserung zu beobachten. Die endgültigen Ergebnisse und deren Folgen für die Psychopharmakologie dürfen mit Spannung erwartet werden.



Ein weiteres wichtiges und neues Forschungsgebiet für die psychische Gesundheit entstand infolge der COVID-19-Pandemie: die Forschung zu Long COVID. **Klaus Lieb**, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Mainz und Gründungsdirektor des dortigen Leibniz-Instituts für Resilienzforschung (LIR) stellte das Thema vor: Zwar ist Long COVID keine psychiatrische Erkrankung, dennoch ist ein Großteil der Symptome, an denen die Betroffenen leiden, neuropsychiatrischer Art. Da viele Menschen betroffen sind, müssen dringend Therapien entwickelt werden, die die Ursachen des Problems bekämpfen – und das schnell. Dafür braucht es einerseits valide Modelle der Krankheitsentstehung, andererseits müssen geeignete Patientenpopulationen identifiziert und in Studien aufgenommen werden.

Auch die Beschleunigung bestimmter regulatorischer Prozesse, wie der Genehmigung von Tierversuchen, könnte die Translationszeit verkürzen.



Andreas J. Fallgatter, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Tübingen, stellte mit Neurostimulationsverfahren eine neue Behandlungsmethode für psychische Erkrankungen vor. Aktuell werden diese Verfahren – ebenso wie Pharmakotherapie, Neurofeedback oder Virtual Reality – insbesondere als Ergänzung und Verstärkung der Psychotherapie untersucht: *Enhanced Psychotherapy*. Ein multizentrisches Leuchtturmprojekt des DZPG erforscht beispielsweise, inwieweit eine spezielle Art der transkraniellen Magnetstimulation, die bilaterale *Theta-Burst-Stimulation* (TBS), die Hirnaktivität so beeinflussen kann, dass es zu einer Verbesserung depressiver Symptomatik kommt, und ob das mit dieser Technik besser zu erreichen ist als mit anderen Stimulationsverfahren. Da Neurostimulationsverfahren sehr zeit- und kostenintensiv sind, muss ihr Nutzen gegenüber anderen Behandlungsmöglichkeiten herausgearbeitet werden. Deshalb wird intensiv daran geforscht, Vorhersagen zu ermöglichen, welche Kombination aus psychotherapeutischer, biologischer und sozialpsychiatrischer Behandlung für einen individuellen Behandlungsfall optimal ist.



Digitalisierung und künstliche Intelligenz haben die Forschung zu Behandlungsmöglichkeiten enorm erweitert. **Georgia Koppe**, Professorin für Scientific Computing am Interdisziplinären Zentrum für wissenschaftliches Rechnen (IWR) der Universität Heidelberg, berichtete aus dem Projekt AI4U. Das Projekt hat das Ziel, Smartphone-Anwendungen zur psychischen Gesundheit (sogenannte digitale mentale Echtzeit-Interventionen, EMI) zu personalisieren und an die konkreten Bedürfnisse der einzelnen Nutzerinnen und Nutzer anzupassen.

Die Ergebnisse der Studie deuten darauf hin, dass Studienteilnehmende nach der Nutzung der für sie personalisierten App langfristig ein höheres Wohlbefinden, höhere Resilienz und bessere Emotionsregulationsfähigkeiten entwickelten. Allerdings können sie die App nicht über die Studienteilnahme hinaus verwenden – auch wenn sie das gerne möchten. Denn Gesundheits-Apps gelten als Medizinprodukte und unterliegen den strengen Vorschriften der Medizinprodukteverordnung (MDR). Die Kosten für eine MDR-Zertifizierung werden aber weder von Forschungsgeldgebern noch von Unternehmen getragen. Daher können viele evidenzbasierte und ordnungsgemäß getestete Apps der Öffentlichkeit nicht zugänglich gemacht werden.

Dagegen sehen sich Nutzerinnen und Nutzer einem unregulierten Markt von „Lifestyle“-Produkten ausgesetzt, die die strengen MDR-Vorschriften nicht erfüllen müssen.



Weitere Hindernisse, die bei der Einführung einer App auf dem Weg zum Nutzer zu überwinden sind, zeigte **Steffi Riedel-Heller** aus Leipzig auf. Ihr Vortrag machte deutlich, dass die vielfach gelobten digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) bei weitem nicht so stark genutzt werden, wie es möglich wäre. Gründe dafür: Die Versorgenden wissen in nur unzureichendem Maße über die Angebote Bescheid; auch gibt es für die Patientinnen und Patienten wenig verfügbare Informationen.

Aufbruchstimmung

Neue Krankheitsbilder, neue Wirkstoffe, neue Anwendungsformen und neue Forschungsmethoden – fast könnte man von einem neuen Zeitalter der Psychiatrieforschung sprechen. Diese Aufbruchstimmung war bei den Referierenden spürbar und übertrug sich auch auf das Publikum. Dennoch wurde in jedem Vortrag deutlich, dass Rahmenbedingungen für die Forschung und ihre Translation optimiert werden müssten.

Im Hauptstadtsymposium blickte man deshalb auch genauer auf die Struktu-

ren der Forschungslandschaft und auf Möglichkeiten, sie so anzupassen, dass der Weg von *Bench to Bedside* schneller zurückgelegt werden kann.



Darüber diskutierte DGPPN-Präsident und DZPG-Gründungssprecher **Andreas Meyer-Lindenberg**, gemeinsam mit Christoph von der Goltz vom Pharmaunternehmen Boehringer Ingelheim, Marion Haberkamp vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), David Herr, Leiter des Forschungsreferats des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), Veronika von Messling, Leiterin der Abteilung Lebenswissenschaften des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF), sowie Waltraud Rinke von der Deutschen Depressionsliga.

Gemeinsam überlegten sie, welche Strukturen und Schnittstellen wichtig und sinnvoll sind, und diskutierten angeregt, welche Anreize es geben müsse, um auch zukünftig gute therapieorientierte Forschung in Deutschland durchführen zu können. Alle waren sich einig, dass ein schnellerer Transfer von der Forschung in die Versorgung nur durch intensiveren Austausch aller Akteure möglich ist: Vertreterinnen und Vertreter aus akademischer wie industrieller Forschung, Regulatorik, Politik und Selbsthilfe.



Es diskutierten (v.l.): Prof. Dr. Veronika von Messling (BMBF), Dr. Christoph von der Goltz (Boehringer Ingelheim), Dr. Marion Haberkamp (BfArM), Dr. David Herr (BMG), Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg (DGPPN und DZPG), Waltraud Rinke (Deutsche Depressionsliga), Dr. Jan-Martin Wiarda (Moderation)

Die Einigkeit überraschte – auch hier zeigt sich die neue Seite der Psychiatrieforschung. Die Rollen der Akteure ändern sich: Industrie und akademische Forschung sind keine Gegenspieler mehr, sondern aufeinander angewiesen. Der Regulierer BfArM versteht sich zunehmend als Enabler statt als Gatekeeper: Um Erfolgchancen von Verfahren zu verbessern, bietet das Institut heute Beratungen an, die Forschende schon vor der Anmeldung neuer Prüfungen in Anspruch nehmen können. Bislang werden diese Angebote allerdings selten genutzt. Auch BMG und BMBF haben den Anspruch, eng

mit der und für die Wissenschaft zu arbeiten, und versuchen, ihre Förderinstrumente möglichst passgenau auf die aktuellen Bedarfe aus Gesellschaft und Forschung zuzuschneiden.

Die Teilnehmenden der Diskussion waren sich auch einig, dass die Psychiatrieforschung davon profitiert, die Perspektiven von Personen mit Erfahrungsexpertise im Bereich psychischer Erkrankungen einzubeziehen. Das *Patient Involvement* sollte weiter ausgebaut werden, um psychiatrische Forschung für die Lebenswelt der Erkrankten relevanter zu gestalten.

Dass sich alle anwesenden Akteure offen für eine bessere Kooperation zeigten, ist aus Sicht der DGPPN eine hocheffiziente Entwicklung. Für die Weiterentwicklung der Psychiatrieforschung ist die Lage damit günstiger wie nie: Wenn Translation schneller gelingt und die neuen medikamentösen, apparativen und digitalen Therapiemethoden zeitnah Patientinnen und Patienten erreichen, wird dies die Lage für Menschen mit psychischen Erkrankungen deutlich verbessern.



Mehr Information unter: dgppn.de/veranstaltungen/hauptstadtsymposien.html

DGPPN Kongress 2024 | Präidentensymposium |

Individualisierte Prävention und Intervention in der Psychiatrie
29.11.2024 | 10:15–11:45 Uhr

Studien

merk-würdig

Studienergebnisse, die ganz sicher
im Gedächtnis bleiben



Feinfühlig KI

Kann eine KI Menschen das Gefühl vermitteln, gehört zu werden? Und macht es einen Unterschied, wenn Menschen wissen, dass Antworten von einer KI stammen? Diesen Fragen gingen Forschende in einem Experiment mit 540 Teilnehmenden nach. Das Experiment zeigte, dass KI-generierte Antworten das Gefühl, gehört zu werden, stärker fördern als menschliche Antworten. Sobald die Teilnehmenden die Antwort jedoch als KI-generiert erkannten, verringerte sich der Effekt. In einer Folgestudie bewerteten dann unabhängige Prüferinnen und Prüfer die Antworten. Das Ergebnis: Die KI erkannte Emotionen besser und bot effektivere emotionale Unterstützung als menschliche Antworten. Diese boten dagegen mehr praktische Unterstützung. Die Forschenden betonten das Potenzial von KI für die emotionale Kommunikation, Menschen könnten diesbezüglich sogar von der KI lernen. Limitiert werde das Potenzial jedoch durch die Abwertung von als KI-generiert erkannten Inhalten.

Quelle: Yin Y et al. (2024) AI can help people feel heard, but an AI label diminishes this impact. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. doi:10.1073/pnas.2319112121

Gesellige Tänzer

Tänzer und Nicht-Tänzerinnen wurden in einer aktuellen Studie hinsichtlich ihrer „Big Five“-Persönlichkeitsprofile verglichen. Die repräsentative Stichprobe aus Schweden (n=5.435) und Deutschland (n=574) zeigt, dass Tänzerinnen und Tänzer offener, extrovertierter, umgänglicher und weniger neurotisch sind als Menschen, die nicht tanzen. Auch zwischen verschiedenen Tanzstilen zeigten sich Unterschiede: Ballett- und Tango-Tanzenden wurden höhere Offenheitswerte attestiert als Tanzenden von Standard, Lateinamerikanisch, Swing und Streetdance. Die Autoren vermuten, dass neben dem körperlichen Ausdruck auch das Musikgenre oder soziale Gemeinschaften zu den Einflussfaktoren auf die Persönlichkeit gehören. Unklar bleibt, ob bestimmte Persönlichkeitsmerkmale Menschen zum Tanzen bringen oder ob das Tanzen diese Merkmale prägt.

Quelle: Christensen J F et al. (2024) The dancer personality: Comparing dancers and non-dancers in Germany and Sweden. Personality and Individual Differences. doi:10.1016/j.paid.2024.112603

Genetische Asymmetrien

Eine Studie aus Deutschland und den Niederlanden hat Daten von 38.043 Links- und 313.271 Rechtshänderinnen und Rechtshändern aus der UK Biobank analysiert. Die Forschenden fanden heraus, dass seltene, proteinverändernde Varianten im TUBB4B-Gen bei Linkshändern häufiger vorkommen. Auch die Gene DSCAM und FOXP1, die mit Autismus und Schizophrenie in Verbindung stehen, waren mit Linkshändigkeit assoziiert. Dieselben seltenen genetischen Varianten, die bei neuroentwicklungsbedingten Störungen wie Autismus und Schizophrenie eine Rolle spielen, können also auch die Wahrscheinlichkeit für Linkshändigkeit erhöhen. Diese Erkenntnisse legen nahe, dass es gemeinsame genetische Mechanismen gibt, die sowohl die Entwicklung der Händigkeit als auch das Risiko für bestimmte psychische Störungen beeinflussen.

Quelle: Schijven D et al. (2024) Exome-wide analysis implicates rare protein-altering variants in human handedness. Nature communications. doi:10.1038/s41467-024-46277-w

Früh[kindlich]e Umweltbelastungen

Steht eine Luft- und Lärmbelastung während Schwangerschaft, Kindheit und Jugend im Zusammenhang mit der Entwicklung von psychotischen Erfahrungen, Depressionen und Angstzuständen bei 13- bis 24-jährigen? Eine Kohortenstudie mit 9.065 britischen Teilnehmenden, die zwischen 1991 und 1992 geboren wurden, fand folgende Zusammenhänge: Eine pränatale Exposition mit Feinstaub ist mit höheren Depressionsraten im späteren Leben verbunden. Feinstaubbelastung in der Schwangerschaft oder während der Kindheit steht mit psychotischen Erfahrungen in Zusammenhang. Eine höhere Lärmbelastung in Kindheit und Jugend ist mit mehr Ängstlichkeit assoziiert. Die Forschenden unterstreichen, dass frühe Umweltbelastungen spezifische Auswirkungen auf die psychische Gesundheit im späteren Leben haben können.

Quelle: Newbury J B et al. (2024) Air and Noise Pollution Exposure in Early Life and Mental Health from Adolescence to Young Adulthood. Jama Network Open. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.12169



Cannabis als Medizin?



Cannabis hat eine lange Tradition als Heilpflanze. Unter bestimmten Bedingungen kann es auch bei psychischen Erkrankungen helfen. Was wissen wir über seine Einsatzmöglichkeiten, über Wirksamkeit und Nebenwirkungen? Und welchen gesetzlichen Regelungen unterliegt der Wirkstoff nach der Teillegalisierung?

Die Debatte über einen legalen Zugang zu Cannabis für den Freizeitgebrauch hat auch die Diskussionen zum Einsatz von Medizinalcannabis berührt. In der Psychiatrie stehen wir vor der Herausforderung, einerseits die Risiken des habituellen Konsums, aber auch die therapeutischen Möglichkeiten von Cannabis in unserem Fachgebiet zur Kenntnis zu nehmen.

Gesetzlicher Hintergrund

Im Kontext der Teillegalisierung von Cannabis traten mit April dieses Jahres eine Reihe neuer gesetzlicher Regelungen in Kraft, die auch den medizinischen Einsatz von Cannabis betrafen. Das am 27. März 2024 im Bundesgesetzblatt verkündete Cannabisgesetz beinhaltet neben den Regelungen zum Freizeitkonsum von Cannabis (Artikel 1: KCanG, Konsumcannabisgesetz) auch ein *Gesetz zur Versorgung mit Cannabis zu medizinischen und medizinisch-wissenschaftlichen Zwecken* (Artikel 2: MedCanG, Medizinalcannabisgesetz), in dem der medizinische Einsatz von Cannabis geregelt wird.

Der Einsatz von pflanzlichen Cannabisprodukten zu medizinischen Zwecken war zwar bereits seit einer Gesetzesänderung im Jahr 2017 grundsätzlich auch zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung möglich, unterlag jedoch den Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) und der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV). Mit dem neuen Gesetz bleibt medizinisches Cannabis zwar verschreibungs- und apothekenpflichtig (s. Kasten: § 3 MedCanG), eine Verordnung mittels Betäubungsmittelrezept ist jedoch (mit Ausnahme von Nabilon)

nicht mehr erforderlich – es genügt das reguläre (rosa) Rezeptformular, bzw. eRezept.

§ 3 MedCanG: Abgabe und Verschreibung von Cannabis zu medizinischen Zwecken

(1) Cannabis zu medizinischen Zwecken darf nur von Ärztinnen und Ärzten verschrieben oder im Rahmen einer ärztlichen Behandlung verabreicht oder einem anderen zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden. Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Tierärztinnen und Tierärzte sind nicht zur Verschreibung, zur Verabreichung oder zum Überlassen zum unmittelbaren Verbrauch berechtigt. Die §§ 2 und 4 der Arzneimittelverschreibungsverordnung gelten entsprechend.

(2) Das nach Absatz 1 verschriebene Cannabis zu medizinischen Zwecken darf an Endverbraucherinnen und Endverbraucher nur im Rahmen des Betriebs einer Apotheke gegen Vorlage der Verschreibung abgegeben werden. § 14 Absatz 7 des Apothekengesetzes bleibt unberührt.

(3) Cannabis zu medizinisch wissenschaftlichen Zwecken darf nur im Rahmen von klinischen Prüfungen im Sinne des § 4 Absatz 23 des Arzneimittelgesetzes durch eine Ärztin oder einen Arzt verabreicht oder einem anderen zum unmittelbaren Verbrauch überlassen werden. Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Tierärztinnen und Tierärzte sind nicht zur Verabreichung oder zum Überlassen zum unmittelbaren Verbrauch berechtigt.

Im Betäubungsmittelgesetz wurden die Positionen *Cannabis* (Marihuana, Pflanzen und Pflanzenteile der zur Gattung *Cannabis* gehörenden Pflanzen) sowie *Dronabinol* (Tetrahydrocannabinol) von der Liste der verkehrsfähigen und verschreibungsfähigen Betäubungsmittel (Anlage III) entfernt, nicht jedoch das synthetische Cannabinoid *Nabilon* (z. B. enthalten in Canemes®), weshalb letzteres weiterhin nur auf BtM-Rezept verordnet werden kann.

Die sozialrechtlichen Bestimmungen des § 31 Absatz 6, SGBV (s. Kasten) gelten unverändert fort. Hier wird festgelegt, dass Versicherte grundsätzlich einen Anspruch auf Versorgung mit Cannabisprodukten haben, wenn allgemein anerkannte Leistungen nicht zur Verfügung stehen oder nicht zur Anwendung kommen können und eine „nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome“ besteht. Bei der Erstverordnung ist eine Genehmigung der Krankenkasse erforderlich. Inwieweit dieser Genehmigungsvorbehalt weiterhin bestehen bleibt oder für einzelne Facharztgruppen entfallen kann, wird derzeit vom G-BA geprüft.

§ 31 (6) SGBV

Versicherte mit einer schwerwiegenden Erkrankung haben Anspruch auf Versorgung mit Cannabis in Form von getrockneten Blüten oder Extrakten in standardisierter Qualität und auf Versorgung mit Arzneimitteln mit den Wirkstoffen Dronabinol oder Nabilon, wenn

1. eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung
 - a. nicht zur Verfügung steht oder
 - b. im Einzelfall nach der begründeten Einschätzung des behandelnden Vertragsarztes unter Abwägung der zu erwartenden Nebenwirkungen und unter Berücksichtigung des Krankheitszustandes des Versicherten nicht zur Anwendung kommen kann,
2. eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder auf schwerwiegende Symptome besteht.

Die Leistung bedarf bei der ersten Verordnung für einen Versicherten der nur in begründeten Ausnahmefällen abzulehnenden Genehmigung der Krankenkasse, die vor Beginn der Leistung zu erteilen ist. [...]

Einsatz von Cannabis in der Medizin

Der Einsatz von Cannabis zu medizinischen Zwecken wurde auch in Fachkreisen stets kontrovers diskutiert. Die medizinischen Argumente und wissenschaftlichen Beiträge waren oft durch die Fragen der geplanten Legalisierung überlagert.

Pflanzliches Cannabis spielte gleichwohl in vielen Kulturen eine Rolle als traditionelle Heilpflanze und hatte seinen Platz in der Volksheilkunde – lange Zeit auch in verschiedenen Bevölkerungsschichten westlicher Gesellschaften. Mit der weltweiten Prohibition wurden seit Mitte des 20. Jahrhunderts Cannabisblüten oder -harze weitgehend aus der medizinischen Anwendung verdrängt und in der Folge auch kaum noch wissenschaftlich untersucht.

Dennoch war auch vor dem ersten Cannabisgesetz 2017 der Einsatz von Cannabinoiden grundsätzlich möglich, wenngleich nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Mit Ausnahmeregelungen konnten, z. B. bei chronischen Schmerzen oder in palliativen Situationen, auch Cannabisblüten verordnet werden – allerdings zu hohen Preisen, die von den Betroffenen selbst zu tragen waren.

In der Psychiatrie wurde Cannabis in Form von Dronabinol-Tropfen gelegentlich eingesetzt, z. B. als Heilversuch bei Depressionen, Schlafstörungen oder Tics. Ab 2011 stand mit Nabiximols (Sativex®) ein Fertigarzneimittel zur Therapie der Spastik bei multipler Sklerose zur Verfügung. Nabilon (Canemes®) wurde Anfang 2017 zur Behandlung von chemotherapiebedingter Übelkeit und Erbrechen eingeführt.

Im März 2017 wurden die Verordnungsmöglichkeiten erweitert und auf eine neue gesetzliche Grundlage gestellt. Es wurde der Anspruch der Betroffenen auf eine Versorgung mit (auch pflanzlichen) Cannabisprodukten in § 31 Absatz 6 SGBV sozialrechtlich verankert. Diese Regelungen bestehen im Kern auch nach dem im Frühjahr 2024 beschlossenen Cannabisgesetz fort. Ebenso halten die Diskussionen um Nutzen und Risiken des medizinischen Einsatzes von Cannabinoiden an. Als moderat belegt gilt die Wirksamkeit bei chronischen neuropathischen Schmerzen, Inappetenz bei schweren konsumierenden Krankheiten sowie Übelkeit und Erbrechen im Rahmen einer Chemotherapie. Die Evidenzlage zur Wirksamkeit bei psychischen Störungen ist unverändert heterogen, so dass klare Indikationen nicht gegeben sind.

Einsatz bei psychiatrischen Erkrankungen

Dennoch lohnt es sich, auch in der Psychiatrie, medizinisches Cannabis nicht ganz außer Acht zu lassen. Zwar weisen die derzeit verfügbaren systematischen Reviews und Metaanalysen bei keiner psychischen Störung auf *Game-changer*-Optionen hin; in Fallserien und Einzelfallstudien werden aber immer wieder positive Erfahrungen berichtet, die den Einsatz von Cannabinoiden zumindest als *Ultima-ratio*-Therapie rechtfertigen lassen und auch gegenüber den Krankenkassen mit der Feststellung einer „nicht ganz entfernt liegenden Aussicht auf spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf“ begründbar sind.

Unerwünschte Wirkungen und Risiken sind dabei, wie bei jeder Therapie, kritisch abzuwägen. Dabei ist aufgrund der Tragweite insbesondere das Psychoserisiko durch den Gebrauch von Cannabinoiden, v. a. bei jungen Menschen und Risikopersonen zu berücksichtigen.

In einer nicht-interventionellen Begleiterhebung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), die zwischen April 2017 und März 2022 von allen Cannabis verordnenden Ärztinnen und Ärzten verpflichtend durchzuführen war, wurde auf Grundlage von über 16.000 Datensätzen ermittelt, dass Cannabinoide in der überwiegenden Mehrzahl bei Menschen mit chronischen Schmerzen (> 70 %) rezeptiert wurden. Cannabismedizin kam aber auch zum Einsatz bei Depressionen, ADHS, Tic-Störungen oder Insomnien; bei diesen Indikationen war der relative Anteil der mit Cannabisblüten Behandelten im Vergleich zu Dronabinol oder Fertigarzneien höher. Insgesamt entstammten knapp 2 % der Datensätze der Fachrichtung Psychiatrie und Psychotherapie.

Unerwünschte Wirkungen waren insgesamt häufig: sehr häufig (> 10 %) fand sich unter der Cannabismedikation Müdigkeit, zu den häufigen (> 1 %) Nebenwirkungen gehörten Schwindel, Übelkeit, Mundtrockenheit, Konzentrationsstörungen, Gedächtnisstörungen, Sehstörungen, Desorientierung, Depression, Appetitsteigerung und Gewichtszunahme. Bedrohliche Nebenwirkungen wie psychotische Symptome oder Suizidalität wurden gelegentlich (< 1 %) berichtet.

Etwa ein Viertel der Therapieabbrüche stand in Zusammenhang mit Nebenwirkungen, insgesamt war die Abbruchrate aber gering, was gegen ein Überwiegen schwerer Nebenwirkungen spricht.

70 % der gemeldeten Personen gaben eine gebesserte oder deutlich gebesserte Lebensqualität an, Symptomverbesserungen wurde von ca. 75 % der Behandelten berichtet.

Es bleibt festzuhalten, dass es sich bei diesen Daten nicht um Ergebnisse einer klinischen Studie nach wissenschaftlichen Qualitätskriterien handelt. Andererseits bildet die große Anzahl der Datensätze eine relevante Grundlage für eine zumindest qualitative Bewertung der Cannabistherapie unter naturalistischen Bedingungen.

Für den Einsatz von Cannabis bei psychischen Störungen lässt sich zusammenfassen: Es liegen Untersuchungen zur Wirksamkeit vor, jedoch fehlen für viele Indikationen ausreichend große kontrollierte Studien mit Replikation. Weitere Forschung wird dringend benötigt, um die Chancen der Cannabinoide in der klinischen Behandlungspraxis bei Personen mit psychischen Störungen sinnvoll zu belegen. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist die Behandlung primär psychischer Störungen mit Cannabispräparaten nicht leitliniengerecht. Bei insofern immer nötigen Einzelfallentscheidungen sind Risiken und unerwünschte Wirkungen dem möglichen Nutzen gegenüberzustellen.

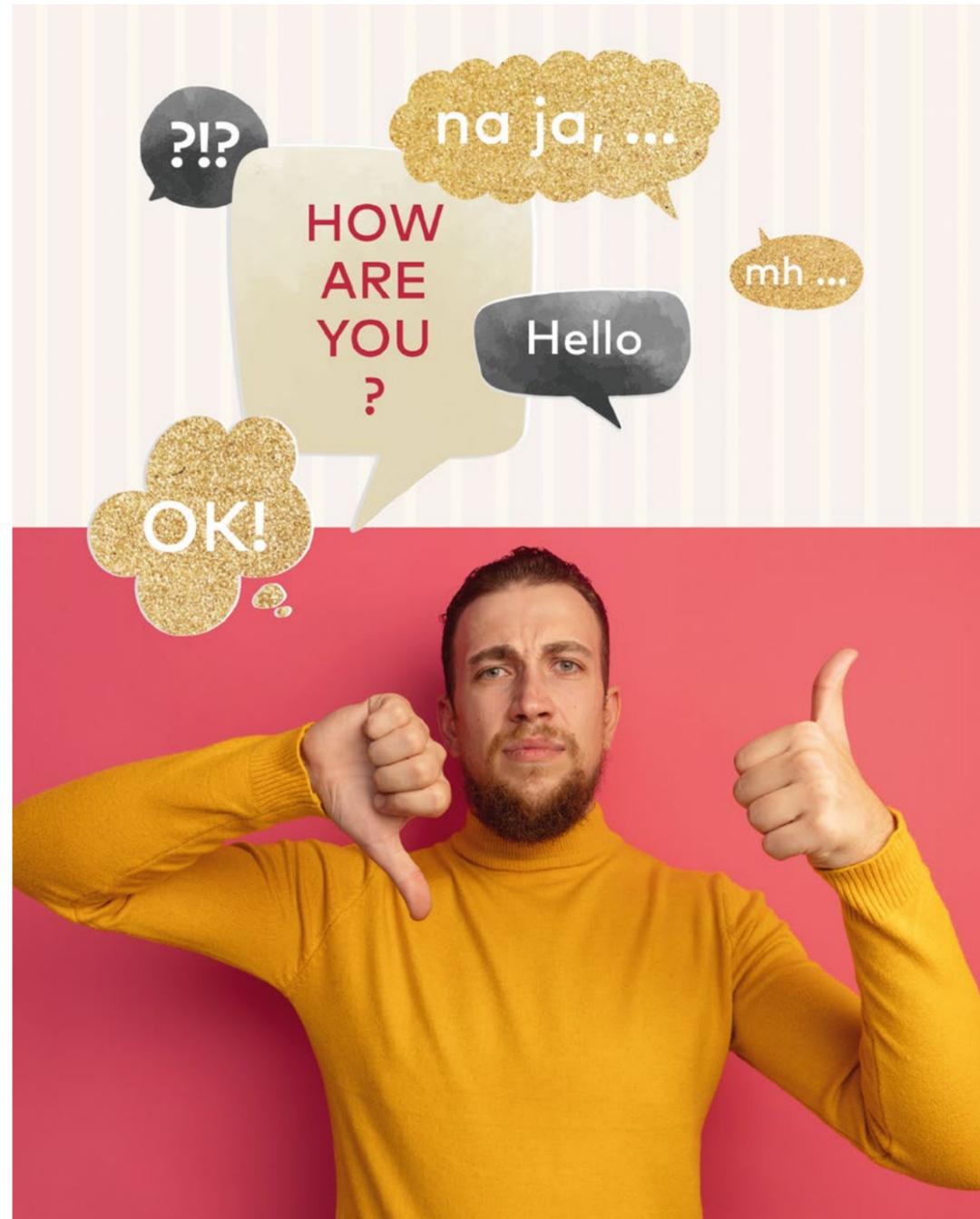


Autor

Prof. Dr. med. Oliver Pogarell ist stellvertretender Leiter der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München. Er leitet die Sucht- und Substitutionsambulanz des LMU-Klinikums und ist Experte für den medizinischen Einsatz von Cannabis – auch in der Psychiatrie.

DGPPN Kongress 2024 | Lecture Oliver Pogarell |
Medizinisches Cannabis hat keinen guten Ruf – zu Recht?
27.11.2024 | 12:00–13:00 Uhr

„Wie geht es dir?“



Um die Krisen unserer Zeit zu meistern, müssen wir unser Denken und die darunterliegenden Denkmuster ändern und vor allem unseren bisherigen Umgang mit Emotionen in der Politik überdenken, so die Neurowissenschaftlerin Maren Urner in ihrem aktuellen Buch. Wie Gefühle Politik machen und warum wir alle emotionale *Blobs* sind, ist nachlesbar in *Radikal emotional. Psyche im Fokus* veröffentlicht den Buchbeginn in einem Auszug.*

Es ist vielleicht die persönlichste und unpersönlichste Frage zugleich. Vielleicht ist es auch gleichermaßen die einfachste und schwierigste Frage. Vielleicht ist es sogar die am häufigsten gestellte Frage der Welt. Die Frage, die wir in der ersten Lektion einer jeden Fremdsprache lernen. Eine Frage, die uns schnell über die Lippen – oder die Tasten – geht. Obwohl sie so vermeintlich einfach daherkommt, kann sie vielleicht niemand wirklich vollumfänglich beantworten. Selbst wenn wir wollten und alle Kraft in die Beantwortung investieren würden. Wenn wir keine Kosten und Mühen scheuen würden, um der richtigen Antwort auf die Schliche zu kommen. Es ist die Frage, die ich schon ungezählte Male meinen Gegenübern gestellt habe und mindestens genauso häufig selbst gefragt wurde. Und nun weiß ich nicht mehr, ob ich sie mag oder sie mir gewaltig auf die Nerven geht. Weil diese Frage so unscheinbar daherkommt, aber eigentlich eine Tiefe der Auseinandersetzung verlangt, für die wir doch längst alle keine Zeit mehr haben. Mal abgesehen davon, dass es mir schwerfällt, einzuschätzen, ob meine Antwort eigentlich irgendjemanden ernsthaft interessiert. Selbst wenn das der Fall sein sollte, frage ich mich, ob die Fragenden die Antwort aushalten würden. Ob sie es aushalten würden, wenn ich ihnen so richtig ehrlich antworten würde. Un-

geschönt und ungebremst, mal laut, dann ganz leise. Lachen, Tränen und Schluchzen. Alles wäre dabei. Aus vollem Hirn und mit voller Wucht. Wörter, Gesten und Mimik. Und bei all diesen Äußerungen wüsste ich trotzdem nicht, ob ich der Frage aller Fragen gerecht werden würde. Selbst wenn ich mich in diesen Zeiten der großen Verunsicherungen aufrichtig mit ihr auseinandersetzen könnte. Und ob es überhaupt möglich ist, eine wirklich ehrliche Antwort auf sie zu geben. Denn es ist schwierig bis unmöglich, eine Frage zu beantworten, wenn ich selbst gefühlt nur begrenzten Zugriff auf die Antwort habe.

Es geht um eine radikal ehrliche Antwort auf die Frage: „Wie geht es dir?“

Vielleicht hat sich die Frage beim Lesen schon ertappen lassen. Vielleicht hast du ein wenig genickt, als du sie erkannt hattest, und alle nachfolgenden Sätze bereits auf sie angewendet. Vielleicht hat sie auch einen kleinen Widerstand ausgelöst, weil du es unverschämt oder unangemessen findest, dass ich in diesem Buch einfach so duze. Schließlich kennen wir uns sehr wahrscheinlich gar nicht. Bevor du deine Lektüre jetzt also möglicherweise vorschnell beendest, bitte ich

dich, mir einen kleinen Vertrauensvorschuss zu geben und dich mit mir auf ein paar Gedanken einzulassen und mitzudenken. Wenn du dann genug hast, darfst du das Buch guten Gewissens beiseitelegen und da weitermachen, wo ich dich abgeholt oder gar unterbrochen habe. Vielleicht hat deine Hand eben schon Richtung Smartphone gezuckt, vielleicht hast du dich auf deinen Feierabend mit dem Videostreaming-Angebot deines Vertrauens gefreut. Vielleicht fühlst du dich auch so erschöpft, dass du lieber direkt schlafen gehen könntest.

Aber vielleicht – und das hoffe ich natürlich – hast du dieses Buch auch zur Hand genommen, weil du Lust hast, dich näher damit zu beschäftigen, wie Gefühle und Politik zusammenhängen. Vielleicht hat dich der Untertitel dieses Buches neugierig gemacht: „Wie Gefühle Politik machen“. Immerhin widerspricht das der weitverbreiteten Vorstellung, Gefühle hätten in der Politik nichts zu suchen. Wie also komme ich darauf?

Meine These lautet: „Wie geht es dir?“ ist nicht nur die persönlichste Frage, die ich einem anderen Menschen stellen kann, sondern auch die politischste. Diesen einfachen und gleichzeitig sehr komplexen Zusammenhang wollte ich selbst lange nicht wahrhaben und habe mich regelrecht

dagegen gesträubt. Schließlich hat doch mein privates Befinden nichts mit Politik zu tun, geschweige denn etwas darin zu suchen. In der Politik geht es um Dinge wie Gesetzesentwürfe, internationale Zusammenhänge und Haushaltsbudgets, aber nicht um meinen oder irgendeinen emotionalen Zustand! Und wenn doch, dann ist es schlechte Politik, irgendwo kurz vor oder hinter Populismus. Nickst du gerade? Dann halt kurz inne und folge mir gedanklich weiter.

„Fast jede Informationsweitergabe, die wir als Menschen tätigen, ist politisch.“

Als Neurowissenschaftlerin hätte ich nie gedacht, dass ich mal ein politisches Buch schreiben würde – schließlich ist das gar nicht mein Feld. Dachte ich. Bis ich verstanden habe, dass meine Bücher schon immer in gewisser Weise politisch waren und sein werden. Warum? Weil fast jede Informationsweitergabe, die wir als Menschen tätigen, politisch ist. Weil fast jede noch so kleine Form der Kommunikation etwas über meine Überzeugungen und Werte aussagt. Etwas darüber aussagt, was ich als Senderin für „richtig“ und was für „falsch“ halte. Was ich für „angemessen“ und was für „unangemessen“ halte. Was ich „zeitgemäß“ und was „veraltet“ finde. Was ich „glaube“, wem ich vertraue und wem ich misstrauere. Das alles ist immer politisch. Aus dem einfachen Grund, weil all das unser Zusammenleben betrifft. Nichts anderes ist Politik in ihrem ursprünglichen Sinne.

So definiert die Bundeszentrale für politische Bildung Politik als „jegliche Art der Einflussnahme und Gestaltung

sowie die Durchsetzung von Forderungen und Zielen, sei es in privaten oder öffentlichen Bereichen“. Im Wörterbuch der Oxford University Press wird zwischen zwei Definitionen unterschieden, die den von mir gemachten Aspekt der eigenen Überzeugungen betonen: Demnach meint Politik „1. alle Maßnahmen, die sich auf die Führung einer Gemeinschaft, eines Staates beziehen“ und „2. [die] Methode, Art und Weise, bestimmte eigene Vorstellungen gegen andere Interessen durchzusetzen“.

Eigene Vorstellungen! Diese beiden Wörter sorgen in meinem Gehirn dafür, dass einige Alarmglocken läuten und die Neurowissenschaftlerin in mir besonders aufhorcht. Wenn ich in den vielen Jahren, in denen ich mich mit dem menschlichen Gehirn und seinen Funktionsweisen bis heute beschäftigen durfte, eines gelernt habe, ist es Folgendes: Meine Welt ist nicht deine Welt. Aus dem einfachen Grund, weil unser Gehirn auf Basis unserer individuellen Biologie, unserer bisherigen Erfahrungen bis zum aktuellen Moment und der Interaktion aus beidem die Welt stets auf seine ganz individuelle Art und Weise interpretiert. Unsere „Vorstellungen“ sind also stets verschieden. Das führt zwangsläufig auch dazu, dass wir unterschiedliche „Dinge“ für „richtig“ und „falsch“ halten. Und es führt dazu, dass wir infolgedessen sehr wahrscheinlich unterschiedliche Politik unterstützen. [...]

Hand aufs Hirn: Alles soll irgendwie politisch sein? Das klingt ganz schön anstrengend. Vielleicht zu theoretisch, vielleicht zu komplex. Erschwerend kommt hinzu: Unser Gehirn reagiert auf jeden neuen Reiz von außen – oder alltagstauglicher formuliert: Jede Ablenkung von anstrengenden Gedan-

kengängen und Konzentration nimmt es „dankend“ an. Die Folge: Vielleicht zuckt deine Hand bei der Lektüre dieser Einleitung nun schon zum zweiten oder dritten Mal Richtung Smartphone. Lieber eine Folge der aktuellen Lieblingsserie schauen oder ein wenig durch Bilder und Videoclips scrollen, um mal runterzukommen. Angesichts von Dauer-, Poli- oder Multikrise, in der wir uns spätestens seit Corona irgendwie befinden, ist jede Form von unterhaltendem Zeitvertreib willkommen. Aber was, wenn dieser Ablenkungsreflex uns gar nicht hilft, wenn es am Ende gar nicht möglich ist, diesen elementaren Fragen zu entgehen? Denn genau wie ich erkennen musste, dass meine eigenen Bücher schon immer politisch waren, ist auch unser Eskapismus in die Popkultur nie unpolitisch.

Die amerikanische Journalistin Judy Berman hat diese Ironie im Juli 2023 in einem Artikel für *TIME* treffend auf den Punkt gebracht, wenn sie schreibt: „Egal, wie sehr wir Unterhaltung als etwas betrachten, um den endlosen Problemen in der Welt zu entkommen, keine Form des popkulturellen Geschichtenerzählens kann jemals wirklich unpolitisch sein.“ In ihrem Artikel beschreibt und bedauert Judy Berman die Entwicklung in aktuellen TV-Serien, sich klaren politischen Positionierungen zunehmend zu entziehen. Sicherlich (auch), um den gerade beschriebenen Wunsch nach Ablenkung zu bedienen. Doch egal wie sehr die Drehbuchautor:innen versuchen, Politik außen vor zu lassen, kann es ihnen nicht gelingen. Denn im Kern einer jeden Handlung steckt auch dort der urmenschliche Wunsch, zu wissen, was „richtig“ und was „falsch“ ist. Er steckt in jeder sprachlichen Formulierung. Oder hast du nicht gerade

auch entweder Zustimmung oder Irritation bis hin zu Abwehr verspürt, als ich zum ersten Mal gegendert habe?

„Nicht nur die großen Zusammenhänge, sondern auch vermeintlich ‚rein private‘ Alltagsentscheidungen sind immer politisch.“

Unser Bedürfnis nach Zuordnung und Identifikation steckt in jeder Geschichte, die wir uns erzählen, und ist zugleich Grundlage der Philosophie und jeder Religion. Und es beeinflusst unsere Vorstellungen von Verantwortung und Macht – im Kleinen und im Großen: Wer hat zu Hause „das

bestrebungen bestimmter Staaten gerechtfertigt? Und ist Krieg ein notwendiges Übel, um darauf zu reagieren? Essen wir fast täglich Fleisch, oder ernähren wir uns vegetarisch oder vegan? Setzen wir uns für die Erledigung eines kleinen Einkaufs ins Auto oder aufs Fahrrad? Ist es cool oder verpönt, seinen Müll vom Picknick im Wald von der Decke zu schütteln? (Letzteres ist eine Szene der in den 1960ern spielenden Serie *Mad Men*, die mir vor Augen geführt hat, wie sich die „öffentliche Müllmentalität“ in den letzten Jahrzehnten verändert hat.)

Was der kleine Fragenkatalog verdeutlicht: Nicht nur die großen Zusammenhänge, sondern auch vermeintlich „rein private“ Alltagsentscheidungen sind immer politisch. Was wir essen,



Sagen“, und wer hat politische Ämter? Männer oder Frauen – und sollten Kinder auch ein Wörtchen mitreden dürfen? Finden wir es „normal“, wenn sich Menschen unterschiedlicher Hautfarbe küssen? Und wie sieht es mit Menschen gleichen Geschlechts aus? Sind Unabhängigkeits- oder Expansions-

wie wir uns fortbewegen, wie wir wohnen, wen wir lieben und wie wir Erfolg definieren – all das hat immer eine politische Dimension. [...] Doch was hat das alles nun mit Gefühlen zu tun? Wie schon erwähnt, wird gute Politik von vielen Menschen vor allem als rationale Angelegenheit verstanden, bei

der Gefühle idealerweise keine Rolle spielen. Schließlich geht es um grundlegende Entscheidungen für unser Zusammenleben, bei denen wir klug, überlegt und ohne Gefühlsduselei abwägen sollten. Bei mir löst dieses Narrativ seit Jahren ein ungutes Gefühl aus, weil es so verdammt weit von der Realität entfernt ist. Irgendwann, als es in einer Debatte mal wieder darum ging, dass wir „Gefühle“ und „Verstand“ bitte voneinander trennen sollten, konnte ich nicht länger an mich halten. Die Ignoranz gegenüber eines gewaltigen Korpus an Forschungsliteratur aus den Neurowissenschaften, der Psychologie und verwandten Disziplinen der letzten Jahrzehnte(!), die dieser Erzählung direkt widersprechen, ließen mich aufgebracht das Wort ergreifen: „Wir können doch nur rationale, also zielgerichtete, Entscheidungen treffen, weil wir bestimmte Vorlieben und Werte haben. Und die sind immer durch Gefühle bestimmt. Nur weil wir basierend auf unseren Gefühlslagen unterscheiden, können wir uns für oder gegen etwas entscheiden.“ Ich hielt kurz inne und schloss dann meinen Minivortrag fast fordernd ab: „Genau genommen sind wir nichts anderes als emotionale Blobs auf zwei Beinen!“ Im ersten Moment ärgerte ich mich ein wenig, dass mir im Affekt kein besserer Begriff als „Blobs“ eingefallen war. Mittlerweile mag ich ihn. Denn schon der Klang des Wortes Blob vermittelt ganz viel über unser Innenleben: wabernd, wuselig und zusammengeballt zugleich. Eines meiner Hauptanliegen in diesem Buch ist es, dass wir mit diesem Durcheinander besser umzugehen lernen. Der allererste Schritt dazu besteht entsprechend darin, anzuerkennen, dass wir als Menschen immer emotional sind und unsere Emotionen immer politisch sind.

Wenn wir unsere Zukunft gut und lebenswert gestalten wollen, müssen wir einen grundlegenden Perspektivwechsel vollziehen: Unsere allseits beliebte Geschichte, dass wir uns bei gesellschaftspolitischen Debatten auf unsere Emotionen nicht verlassen können und sollten, ist gelinde gesagt Quatsch. Gefühle sind nichts „Privates“, das wir von der professionellen und politischen Ebene trennen können. Alles, was unser Zusammenleben ausmacht und damit den politischen Raum bestimmt, der – wie eben hergeleitet – immer und überall präsent ist, ist von Emotionen geprägt. Um noch eine Schippe draufzulegen: Die Ansicht, Emotionen hätten in der Politik nichts zu suchen, ist sogar – Achtung! – irrational. Denn Politik ist nichts anderes als ein Aushandlungsprozess über unterschiedliche Gefühle und damit verbundene Werte und Ideen innerhalb einer Gruppe von Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt. In diesen Aushandlungsprozess sind wir alle involviert. Sei es als Landwirt:innen in Traktorenkolonnen, als Lokführer:innen, die streiken, als Reisende, die versuchen, ans Ziel zu kommen, oder als Demonstrierende, die für die Demokratie und gegen rechte Gesinnungen mit Millionen anderer Menschen auf die Straße gehen. Politik ist eine der persönlichsten Angelegenheiten überhaupt, denn es geht darum, wie du, ich und wir leben können und möchten.

Denken wir nur an das Gebäudeenergiegesetz (GEG), das schnell zum Heizungsgesetz wurde und bei dessen Diskussion vor allem eine Frage sehr viel Raum einnahm: Wie ist es um meinen Heizungskeller oder den meines Unternehmens bestimmt? Vielleicht verbunden mit einer diffusen Vorstellung davon, welche Politiker:innen zeitnah

persönlich im heimischen Keller vorbeischaun würden, um uns dazu zu verdonnern, ein mittleres Vermögen für eine Aufrüstung der Heizanlage auszugeben.

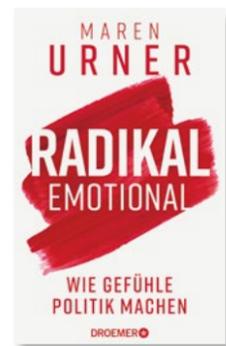
„Wir sind als Menschen immer emotional und unsere Emotionen sind immer politisch.“

Allgemein gilt als „psychologische Faustregel“: Je lauter die Forderung nach Rationalität, desto emotional aufgeladener werden die Debatten. Denn unser Gehirn schaltet in solchen Momenten und Phasen in den Angstmodus, der noch stärker im „Hier“ und „Jetzt“ verankert ist, als es ohnehin der Fall ist. Im überwiegenden Teil der Diskussionen und Debatten werden die zugrunde liegenden finanziellen und möglicherweise existenziellen Ängste inklusive drohendem Statusverlust jedoch nicht adressiert. Denn, hey, hier geht es nicht um Gefühlsduselei, sondern um Politik, die sich selbstverständlich an harten Zahlen und Fakten orientiert. Oder?

Nein! Politik betrifft Menschen und wird von Menschen gemacht – und darum geht es bei ihr vor allem anderen um Gefühle und Emotionen. Es geht um Ängste und Sorgen. Das zeigt sich nicht nur bei Debatten zur Heizreform, sondern auch bei der Frage, wie viele Menschen aus anderen Ländern im „eigenen“ Land leben können, dürfen oder sollen. Und auch bei der Frage, ob unterschiedliche Religionen und damit verbundene Vorstellungen von „richtig“ und „falsch“ gegeneinander in den Krieg ziehen und andere Länder sich entsprechend positionieren (müssen).

Auch wenn diese Fragen sehr unterschiedlich klingen, ist eine Sache immer klar: Egal ob die daran Beteiligten Individuen, Parteien, Organisationen oder Staaten sind – alle müssen sich positionieren, müssen sich zuordnen. [...] Das alles sorgt dafür, dass die Debatten nicht nur aufgeheizter und potenziell verletzender werden, sondern im Mittel auch dazu führen, dass wir irrationale Entscheidungen treffen. Irrational in dem Sinne, dass die Ergebnisse und Entscheidungen unser (Zusammen-)Leben nicht nur nicht verbessern, sondern sogar verschlechtern. Wie kann das sein? Wer oder was hat „Schuld“ daran?

*gekürzter Auszug aus *Radikal emotional: Wie Gefühle Politik machen*, Seite 9–17, Droemer-Verlag, 2024



Autorin

Prof. Dr. Maren Urner ist Neurowissenschaftlerin und Professorin für Medienpsychologie. Um die fortschreitenden uns umgebenden Krisen bewältigen und Politik konstruktiv gestalten zu können, plädiert sie vehement für ein Zusammendenken von Verstand und Emotionen. Ihre Tipps für einen lösungsorientierten Umgang mit Krisen stellt sie auf dem DGPPN Kongress vor.

DGPPN Kongress 2024 | Lecture

Maren Urner | Radikal emotional: Warum wir zur Krisenbewältigung weniger Herz und mehr Hirn brauchen
28.11.2024 | 10:15–11:30 Uhr

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.

Everyone is f*cking crazy		Nach dem Tod ihrer Therapeutin versuchen vier Jugendliche, sich mit einer selbstorganisierten Gruppentherapie weiterzuhelfen – mit unerwarteten Folgen. Die Serie lädt dazu ein, das Schweigen über psychische Erkrankungen zu brechen und Vorurteile zu widerlegen. Viele Wege führen raus aus der Krise, auch wenn das manchmal schwer zu glauben ist.	→ Serie ARD-Mediathek
The Mind, Explained		Mit wunderbaren Animationen, prägnanten Erklärungen und informativen Interviews erklärt die Serie in kompakten Episoden Themen rund um unser Gehirn und das Bewusstsein: Die Folgen widmen sich beispielsweise Angststörungen, Träumen, Kreativität oder Psychedelika.	→ Doku-Reihe Netflix
Druck im Profifußball		Tore, Jubel, das Bad in der Menge – wenn es gut läuft, sind Fußballprofis die Größten. Innen sieht es oft anders aus: zu hoher Erfolgs- und Leistungsdruck. Die Konsequenz: Viele Spieler sind mental am Boden, werden depressiv, mitunter gar suizidal.	→ Dokumentation ZDF-Mediathek
Psychiatrie hinter Gittern		Die Bedingungen im deutschen Maßregelvollzug sind schwierig, ein Großteil der Kliniken ist überbelegt. Besonders kritisch ist die Lage im Berliner Maßregelvollzug. Das hat Konsequenzen für die Therapie hinter Gittern, ebenso für die Sicherheit des Personals und der Menschen draußen.	→ Dokumentation ARD-Mediathek
Max schreibt		Was passiert eigentlich in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie? Welche Erkrankungen werden dort behandelt und mit welchen Therapien? Und was ist der Unterschied zwischen einer Psychiatrie und einer psychosomatischen Reha? Der Podcast „Max schreibt“ eines Klinikverbunds gibt Familien in zehn Folgen auf all diese Fragen kindgerechte Antworten.	→ Podcast Spotify, Apple Music etc.
Ehrenamt – Telefonseelsorge		Seit über zehn Jahren arbeitet Christine Nickel jede Woche bei der Telefonseelsorge. Für Menschen in schweren Stunden da zu sein, ist für sie sinnstiftend. Dass sie als Kind selbst schmerzvolle Erfahrungen gemacht hat, hilft ihr dabei, sich einzufühlen.	→ Podcast ARD Audiothek
Entstörungsmeldungen		In diesem Podcast des Katholischen Kinderkrankenhauses Wilhelmstift werden junge Menschen vorgestellt, die vor längerer Zeit in stationärer psychotherapeutischer Behandlung waren. Sie sprechen mit einer Ärztin über hilfreiche und weniger hilfreiche Schritte in der Behandlung und ihren Weg zurück in ein selbstbestimmtes Leben.	→ Podcast-Reihe Spotify, Apple Music etc.

Die Not mit der Demenz

Eine Demenz macht nicht nur vergesslich, sondern auch unvorsichtig. Menschen mit Demenz verletzen sich etwa doppelt so häufig wie Gleichaltrige ohne kognitive Einschränkungen. Wenn die Hausärztin nicht erreichbar oder überlastet ist, wird die Notaufnahme zur wichtigsten Anlaufstelle für die Betroffenen. Aber Notaufnahmen sind meist hektisch, laut und unübersichtlich. Auf Menschen mit Demenz wirken sie oft beängstigend, was ihren Zustand sogar noch verschlechtern kann: Manche werden dann laut oder wollen weglaufen. Auch für das Personal ist die Situation nicht leicht. Wenn die Zeit knapp ist, die verbalen Fähigkeiten der Betroffenen eingeschränkt sind und eine Krankengeschichte fehlt, ist es oft schwierig, den Behandlungsbedarf richtig einzuschätzen.

Dabei lässt sich die Situation in den Notaufnahmen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen mit wenigen Anpassungen deutlich verbessern. Eine gemeinsame Arbeitsgruppe des DGPPN-Referats Gerontopsychiatrie und der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP) hat deshalb im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie Empfehlungen erarbeitet, wie Notaufnahmen den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz gerecht werden können und wie Notfällen generell vorgebeugt werden kann. Insbesondere widmet die Arbeitsgruppe sich den Themen Ersteinschätzung, Behandlung in der Notaufnahme, bauliche Maßnahmen, Vermeidung von notfallmäßigen Behandlungen und Forschung. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Deutsche Alzheimer Gesellschaft waren an der Erarbeitung der Empfehlungen beteiligt.

Um das Stresserleben in der Notaufnahme für Menschen mit Demenz zu reduzieren, empfiehlt die Arbeitsgruppe zunächst strukturelle Änderungen des Vorgehens bei der Ersteinschätzung und Maßnahmen zur Verkürzung der Warte-

zeit. Um sicherzugehen, dass alle relevanten Informationen erfasst werden, kann das Personal die für eine Demenz typischen Beschwerden mit Kurzfragebögen erfassen. Eine Notfallmappe, die alle relevanten Behandlungsdaten enthält und von den Betroffenen stets mitgeführt wird, stellt sicher, dass keine Informationen fehlen.

Um das Gefühl von Sicherheit in der Notaufnahme zu verbessern, binden die Behandelnden Begleitpersonen in alle Prozesse mit ein und erklären Untersuchungsergebnisse. Spezifisch geschulte Pflegekräfte, sogenannte Patientenlotsen, unterstützen bei der Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten, Angehörigen und Behandelnden und schauen regelmäßig nach den Wartenden.

Auch bauliche Veränderungen haben eine große Wirkung: Ein geschützter Wartebereich für Menschen mit Demenz reduziert den Stress, den die unbekannte Umgebung auslösen kann. Nah gelegene Toiletten, gut lesbare Schilder, eine Uhr und ein Kalender an der Wand, rutschfeste Böden, schallgeschützte Wände sowie altersgerechte und bequeme Sitzmöbel erhöhen das Wohlbefinden und erleichtern das Warten.

Idealerweise sollte es natürlich erst gar nicht zum Besuch der Notaufnahme kommen. Um Notfälle zu vermeiden, empfiehlt die Arbeitsgruppe, insbesondere Angehörige sowie Hausärztinnen und Hausärzte besser zu schulen. So lernen sie, uneindeutige Beschwerden oder Reaktionen auf äußere Stressfaktoren wie Hitze besser einzuordnen und auch außerhalb einer Klinik zu versorgen. Bei Menschen mit Demenz ist Früherkennung besonders wichtig. Daher ist ein dezentrales und gemeindenahes Versorgungssystem notwendig, das Hausärztinnen und Hausärzte ebenso wie aufsuchende Pflgeteams, örtliche Rettungskräfte und telemedizinische Angebote einbindet und vernetzt.

Weiterbildung ist versorgungsrelevant

Das 2019 eingeführte Direktstudium für Psychotherapie wird die Stellenstruktur psychiatrischer Kliniken gravierend verändern. Das ist klar. Unklar bleibt jedoch, wie die Weiterbildung für angehende psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in den Kliniken umgesetzt werden soll.

Seit der Reform der Psychotherapieausbildung schließen Psychotherapiestudierende ihr Studium, wie ihre medizinischen Kolleginnen und Kollegen, mit einer Approbation ab. Darauf folgt eine fünfjährige Weiterbildung, die auch eine 24-monatige Tätigkeit in einer psychiatrischen Einrichtung umfasst. Weil aber Stellen fehlen und die Finanzierung nicht geregelt ist, bleibt ungewiss, ob die angehenden Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre Weiterbildung in der vorgesehenen Zeit abschließen können. Die Mittel, die bislang für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Ausbildung (PiA) aufgewendet werden, reichen nicht annähernd für die Finanzierung der neuen PiW-Stellen.

Zudem bringt die veränderte Organisation der Weiterbildungsbefugnis in der Klinik eine große Herausforderung für die vor Ort meist gute interprofessionelle Zusammenarbeit mit sich. Künftig gibt es eine separate Weiterbildungsbefugnis für die Psychologischen Psychotherapeutinnen. Dadurch steht die bisher übliche und auch inhaltlich sinnvolle gegenseitige Anerkennung der Ausbildungs- und Weiterbildungsinhalte zwischen angehenden psychologischen Psychotherapeuten und ÄiW auf der Kippe. Das gefährdet auch die Qualität der ärztlichen psychotherapeutischen Weiterbildung.

Aus Sicht der *Arbeitsgruppe Weiterbildung* wurden die Ziele der Reform der Psychotherapeutenausbildung insge-

samt verfehlt: Die unklare Finanzierung und die generell problematischen Bedingungen für die angehenden psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bleiben bestehen. Die Arbeitsgruppe befürchtet sogar, dass sich die Unklarheiten der Regelungen negativ auf die Attraktivität des Berufsfeldes Psychotherapie insgesamt auswirken werden. Denn sie sorgen für Verunsicherung – bei allen, die sich für eine ärztliche Laufbahn oder das Direktstudium Psychotherapie entschieden haben oder sich dafür interessieren.

Im Ergebnis stellt dies die Zukunft der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in erheblichem Maße in Frage. Eine gesicherte Finanzierung der psychotherapeutischen Weiterbildungsstellen würde den Kliniken Planungssicherheit bieten und es den Fachgruppen ermöglichen, weiterhin kollegial zusammenzuarbeiten, anstatt unnötig zu konkurrieren. Die *Arbeitsgruppe Weiterbildung* wird sich gegenüber der Politik weiter dafür einsetzen. Denn die Weiterbildung der psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten berührt auch die Weiterbildung der kommenden Generationen von Psychiaterinnen und Psychiatern und damit die zukünftige Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Nachwuchs

Acht Jahre GenPSY – Zeit für einen Rückblick

Die DGPPN als größte Fachgesellschaft auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit hat sich zum Ziel gesetzt, Forschung und Versorgung in diesem Feld voranzutreiben. Doch Letztere sieht sich einem zunehmenden Problem gegenüber: Der Fachkräftemangel hat auch den Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie erfasst. Insbesondere auf dem Land drohen angesichts stetig steigender Fallzahlen auf der einen und ausscheidenden Fachleuten auf der anderen Seite handfeste Versorgungsengpässe. Grund genug, junge Ärztinnen und Ärzte auf eine der spannendsten Fachrichtungen in der Medizin aufmerksam zu machen.

Genau dies tut die DGPPN seit Juni 2016 mit ihrer Nachwuchsinitiative. Plakativ und laut wirbt die Fachgesellschaft mit der Generation PSY Kampagne. Die Mission: mehr junge Menschen für das Fach Psychiatrie und Psy-

chotherapie begeistern, Klischees und Vorurteile abbauen. Doch was hat die Kampagne in den letzten acht Jahren bewirkt? Sind es nur Tropfen auf den heißen Stein? Oder konnte die Initiative etwas bewegen? Zeit für einen Schulterblick!

Die wechselnden Themenschwerpunkte – ausgewählte Krankheitsbilder oder zur Abwechslung auch mal Hirnstrukturen – werden aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet und zeigen, dass das Fach alles andere als dröge und einseitig ist. Laute, bunte Plakate sorgen für Aufmerksamkeit und locken die Zielgruppe auf die GenPSY-Website, auf der weiterführende Inhalte auf die faszinierende Fachrichtung neugierig machen. Bipolar hat nichts mit Klimawandel zu tun!? Spielerische und auch mal provokante Headlines sprechen für sich. Aber es bleibt nicht bei gut aussehenden Motiven und kna-

ckig klingenden Werbeslogans. Ausgewiesene Expertinnen und Experten der jeweiligen Gebiete beantworten auf der Kampagnenplattform die wichtigsten Fragen zu Krankheitsbildern und Therapien, sie räumen mit Vorurteilen und Klischees auf, aber auch Betroffene kommen zu Wort und schildern die eigenen Erfahrungen. Beste Einblicke also für den potenziellen Nachwuchs. Der Gewinn des German Design Awards in der Kategorie Recruiting adelt die Initiative.

Aber was sagt die Zielgruppe zur Kampagne? „So tolle Poster! Die hätten wir gern für unser Ärztezimmer! Kann man die bei Ihnen kaufen?“ Diese und ähnlich lautende Anfragen landen wöchentlich im E-Mail-Postfach in der DGPPN-Geschäftsstelle. Auch die Zahlen sprechen für sich: In den Jahren vor der Lancierung der Nachwuchsinitiative lagen die Starter-Zahlen – also die Anzahl derjenigen, die sich als Nachwuchsmittglied bei der DGPPN registrierten – im niedrigen zweistelligen Bereich pro Jahr. Seit 2016 wuchs diese Zahl jährlich um 40% auf nunmehr konstante dreistellige Neuzugänge per anno. So konnten wir in diesem Jahr den 1.000 Starter feiern.

Darüber hinaus machen auch andere O-Töne aus der jungen Generation unmissverständlich klar: Die Fachrichtung Psychiatrie und Psychotherapie kommt raus aus der Nische, ist spannend und vielfältig, aber vor allem äußerst wichtig und relevant für die gesunde Entwicklung unserer Gesellschaft! So stellt auch ein Starter aus Heidelberg fest: „Zum ersten ist das Spektrum psychiatrischer Erkrankungen sehr umfassend. Dies betrifft die diversen Formen psychiatrischer Erkrankungen ebenso wie die davon betroffenen Menschen. Zum zweiten stellt die Psychiatrie für mich eine gleichermaßen interessante wie herausfordernde Verzahnung von sprechender Medizin, Medikation und klassischer klinischer Medizin dar. Zuletzt finde ich vor allem die aktuelle wissenschaftliche Entwicklung im psychiatrischen Bereich sehr spannend.“ Ein anderer Starter aus Ulm fügt hinzu: „(...) neben der sehr wissenschaftlichen Herangehensweise spielt die persönliche und emotionale Kompetenz im Umgang mit Patient*innen eine enorme Rolle. Die Kombination aus diesen beiden Aspekten ist das, was mich so an der Psychiatrie fasziniert und sie für mich zur spannendsten Disziplin der Medizin macht.“

Das klingt doch vielversprechend. Sicherlich müssen weitere Anstrengungen unternommen werden, um noch

1.000

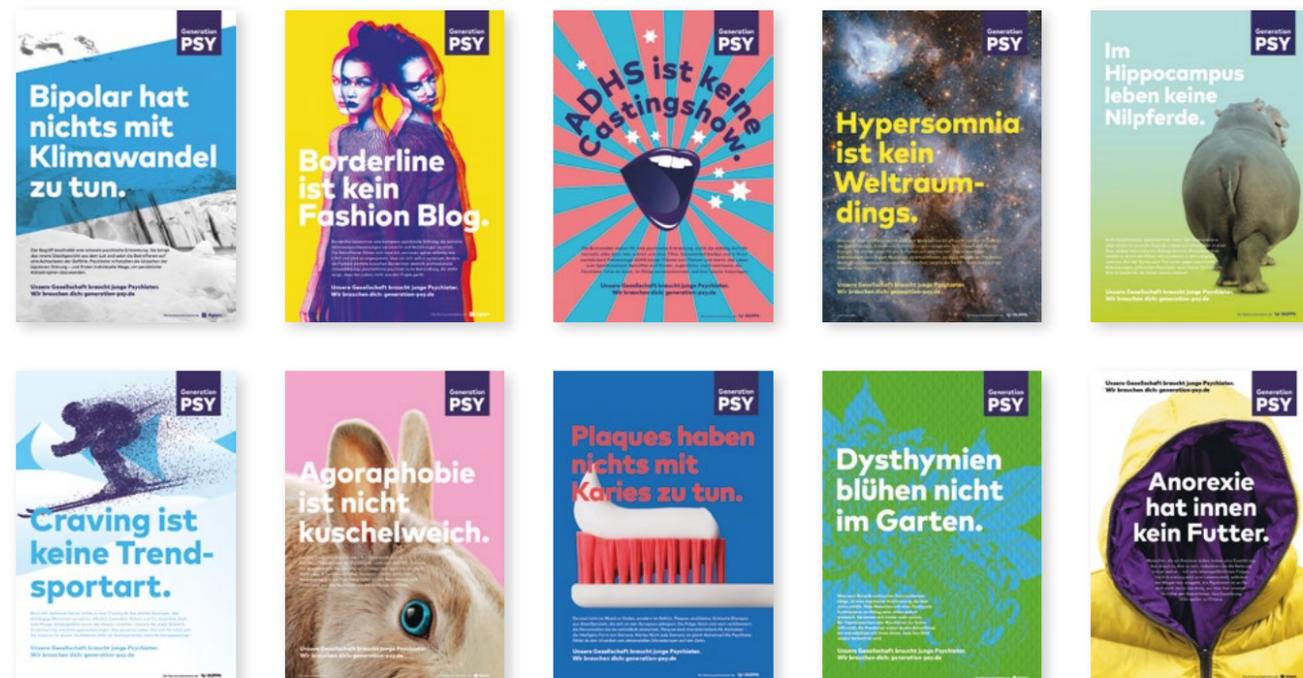


Im Rahmen der Nachwuchsinitiative ermöglicht die DGPPN Studierenden der Humanmedizin, auf Tuchfühlung mit der Fachdisziplin zu gehen: und zwar mit dem Starterprogramm. Dieses beinhaltet ein Stipendium für den DGPPN Kongress sowie kostenlosen Zugang zu den Publikationen der Fachgesellschaft. Ein attraktives Angebot – findet mittlerweile auch der **eintausendste Starter**. Wenn das kein Grund zum Feiern ist!

mehr junge Medizinerinnen und Mediziner für das Fach zu gewinnen und so eine gute Versorgung sicherzustellen – aber die Richtung stimmt.

Der weitere Ausblick für die Nachwuchsinitiative: Wir freuen uns auf das neue Kampagnenmotiv, das zu Beginn des nächsten Semesters erscheinen, die Flure der Universitäten und Kliniken schmücken und hoffentlich viele weitere begeisterte Starterinnen und Starter erzeugen wird!

Mehr Information unter: generation-psy.de/



Von heute für morgen



Die Klimakrise schadet auch der Psyche, das ist derweil unbestritten. Nahezu täglich erscheinen Studien zum Thema. Ein neues, von der DGPPN finanziertes Projekt soll sicherstellen, dass die wissenschaftliche Evidenz zum Thema Klima und Psyche kontinuierlich aktualisiert und geprüft wird, damit Interventionen und Präventionsstrategien zum Schutz der Bevölkerung künftig immer auf dem neuesten Wissensstand basieren.

Die Klimakrise und damit verbundene Umweltereignisse wie Hitze, Stürme oder Überschwemmungen haben negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit [1–3]. Auch indirekte Folgen der Klimakrise wie klimabedingte und unfreiwillige Migration, Ernährungsunsicherheit und soziale Konflikte wirken sich negativ auf die Psyche aus. Diese direkten und indirekten Folgen der Klimakrise können bei betroffenen Menschen und insbesondere bei gefährdeten Personengruppen psychische Störungen auslösen oder verschlimmern. Auswirkungen können Depressionen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörungen und Suizide sein.

In der Studie *Climate Change and Mental Health: A Living Systematic Umbrella Review and Meta-Analysis for Continuously Updated Evidence (CLIMATE-EVIDENCE)*, die die DGPPN mit 150.000 Euro fördert, werden Forscherinnen und Forscher der Charité – Universitätsmedizin Berlin, der Universität Augsburg, der Universität Amsterdam und anderer international kooperierender Universitäten – regelmäßig den weltweiten Wissensstand zum Thema Klimakrise und psychische Gesundheit analysieren und zusammenfassen.

Klimakrise

Umweltkrisen wie Klimakrise, Umweltverschmutzung und der Verlust von Biodiversität stellen eine Gefahr für die psychische Gesundheit dar. Umweltfaktoren könnten für die Hälfte des zuschreibbaren Risikos für psychische Störungen verantwortlich sein [4]. Die Klimaänderungen im Rahmen der Klimakrise sind wichtige Umweltfaktoren für die psychische Gesundheit [1–3].

Umweltstudien deuten darauf hin, dass sich die Erde aufgrund von Prozessen wie der Klimakrise inzwischen außerhalb eines für den Menschen sicheren Temperaturbereichs befindet. Die Klimakrise und der Anstieg der Oberflächentemperatur der Erde sind unter anderem auf Treibhausgasemissionen zurückzuführen. Hitzeextreme im Rahmen der

Klimakrise sind mit gesundheitlichen Risiken verbunden. Hitze und andere Extremwetterereignisse wie Dürre, Überschwemmungen und Orkane sind ein Risiko für die körperliche und psychische Gesundheit.

Es ist wichtig hervorzuheben, dass psychosoziale und wirtschaftliche Ungleichheiten durch die Klimakrise verschärft werden. Bevölkerungsgruppen mit geringen sozioökonomischen Ressourcen, die bereits an psychischen Störungen leiden und in hohem Maße Umweltbelastungen im Zusammenhang mit der Klimakrise ausgesetzt sind, könnten besonders gefährdet sein, eine Verschlechterung ihres psychischen Gesundheitszustands zu erleiden [2]. Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status haben weniger Möglichkeiten, sich vor Umweltbelastungen zu schützen und erleben mehr Hindernisse beim Zugang zur Gesundheitsversorgung [2]. Die intersektionalen Wechselwirkungen zwischen direkten und indirekten Auswirkungen der Klimakrise auf die psychische Gesundheit mit Schwerpunkt auf sozialer Ungleichheit und Ausgrenzung haben gesundheitspolitische Implikationen für die Ressourcenverteilung und den Zugang zur Gesundheitsversorgung [2,4].

CLIMATE-EVIDENCE

Zahlreiche internationale Studien analysieren die Auswirkungen der Klimakrise auf die psychische Gesundheit [5,6]. Bisherige Metaanalysen konzentrieren sich allerdings häufig nur auf Teilbereiche des Themas. Selbst umfangreichere Metaanalysen, die das Thema breiter angehen, laufen aufgrund des raschen globalen Informationszuwachses Gefahr, innerhalb kurzer Zeit nicht mehr aktuell zu sein. Aufgrund dieser Geschwindigkeit und der interdisziplinären Komplexität des Themas droht der Überblick über die Evidenz verloren zu gehen. Eine übergeordnete Metaanalyse, ein sogenannter *Umbrella Review*, der diese Erkenntnisse regelmäßig zusammenfasst und bewertet, kann dazu beitragen, die Auswirkungen der Klimakrise auf die Psyche besser zu verstehen und in Zukunft bessere Präventionsstrategien zum Schutz der Bevölkerung zu entwickeln.

Die Studie CLIMATE-EVIDENCE soll ganz konkret den Zusammenhang zwischen Klimakrise und psychischer Gesundheit ermitteln und evidenzbasierte Antworten auf wichtige Fragestellungen der psychischen Gesundheitsversorgung und -forschung im Kontext von Umwelteinwirkungen geben. Ziel ist es, dringliche klinische, wissenschaftliche und gesundheitspolitische Fragen zu beantworten, die sich aus dem Zusammenhang zwischen Klimakrise und psychischer Gesundheit ergeben: Welchen Einfluss hat die Klimakrise auf die psychische Gesundheit und die Entstehung psychischer Störungen? Welche psychiatrischen und psychotherapeutischen Handlungsoptionen gibt es? Über welche Mechanismen werden negative Effekte vermittelt, und wie wirksam sind Maßnahmen zur Reduzierung dieser Effekte?

Um diese Fragen zu beantworten, werden die Forschenden regelmäßig und systematisch die weltweit vorhandene Evidenz zum Thema in einem *Umbrella Review* und einer Metaanalyse auswerten. Dazu werden – basierend auf *State-of-the-Art-Guidelines* für systematische Datensynthesen – unabhängige Suchen in elektronischen Datenbanken durchgeführt, um Metaanalysen zum Thema zu identifizieren. Die Daten werden extrahiert, das Risiko für Bias wird bewertet und die Daten werden dann qualitativ und quantitativ synthetisiert.

Die Forschenden führen qualitative Synthesen und *Random-Effects-Metaanalysen* durch, um die Zusammenhänge

zwischen Umwelteinflüssen (sogenannte *Climatic Impact Drivers*, beispielsweise Hitze) und psychischen Störungen sowie deren Wirkmechanismen zu analysieren. Auch Maßnahmen zur Verringerung negativer Effekte werden so untersucht. Für die Bewertung und Interpretation von Ergebnissen werden Triangulationssitzungen mit interdisziplinären Expertinnen und Experten, Patientinnen und Patienten, Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern sowie anderen Stakeholdern durchgeführt. Zudem werden im Rahmen des partizipativen Konzepts qualitative Fokusgruppen mit Bürgerinnen und Bürgern mit und ohne psychische Erkrankungen eingesetzt.

Der *Living Umbrella Review* wird regelmäßig gemäß den Empfehlungen für *Living Reviews* aktualisiert und soll künftig als Referenzwerk dienen.

Globale Perspektive

Ein Ziel des aktuellen Projekts ist es, Ergebnisse zu generieren, die für die Bevölkerung der gesamten Welt von Nutzen sind. Deshalb werden auch Studien aus der gesamten Welt in die Analysen aufgenommen. Denn die psychischen Auswirkungen des Klimawandels sind global ungleich verteilt: Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen sind aufgrund des Zusammenhangs zwischen sozioökonomischen und Umweltfaktoren unverhältnismäßig stark von den Auswirkungen der Klimakrise betroffen. Dies kann die negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit

verstärken. Die Bewohnerinnen und Bewohner solcher Länder sind den Folgen der Klimakrise deutlicher ausgesetzt. Gleichzeitig ist ihr Zugang zur Gesundheitsversorgung aufgrund begrenzter Ressourcen im Gesundheitswesen häufig eingeschränkt. Anpassungen von Infrastruktur und Versorgungsleistungen an die Klimakrise können eine zusätzliche Herausforderung sein. Bevölkerungsgruppen, deren Lebensunterhalt zu großen Teilen von Landwirtschaft, Fischerei und der Nutzung weiterer natürlicher Ressourcen abhängt, könnten von den Auswirkungen der Klimakrise besonders betroffen sein. In dicht besiedelten Regionen kann es darüber hinaus zu einer höheren Belastung durch Schadstoffe und andere Umweltstressoren kommen. Bestimmte Regionen sind auch deutlich stärker von Überschwemmungen betroffen. Es ist auch möglich, dass Marginalisierung und die Zugehörigkeit zu bestimmten Minderheitengruppen mit einer höheren Anfälligkeit für die negativen Auswirkungen des Klimawandels auf die psychische Gesundheit verbunden sind. Vorarbeiten der Autoren deuten auch darauf hin, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede der Auswirkungen des Klimawandels auf die psychische Gesundheit und der Kompensationsmechanismen geben könnte [1].

Damit regionale Besonderheiten und spezifische Charakteristika verschiedener Populationen untersucht werden können, arbeitet das Projekt mit internationalen Kooperationspartnern in mehr als 20 Ländern. Ziel ist es, auf Basis der Analysen konkrete Empfehlungen für die Gesundheitsversorgung zu erstellen. Eine differenzierte Bewertung der Rolle von Diversität im Spannungsfeld von Klimakrise und psychischer Gesundheit ermöglicht es, Empfehlungen für zielgerichtete, regional, geschlechts- und kultursensitive Präventions- und Interventionsstrategien zu erarbeiten.

Kooperationen

Die *Planetary Mental Health Commission* ist eine globale Initiative zum Thema Klimawandel und psychische Gesundheit mit internationalen und diversen Mitgliedern. CLIMATE-EVIDENCE wurde durch die Commission konzipiert und wird die kontinuierliche wissenschaftliche Grundlage für deren weitere Tätigkeiten bilden. Zudem werden Mitglieder der Commission eine Veröffentlichung und evidenzbasierte Empfehlungen vorbereiten.

Das Projekt *Klimakrise und psychische Gesundheit* schafft außerdem eine Vernetzung mit dem *Augsburger Nachwuchsprogramm für Organismus, Nervensystem und Umwelt* (ARISE) der Else Kröner-Fresenius-Stiftung (EKFS). Die

Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler des Kollegs können an der Weiterentwicklung des Forschungsprojekts mitwirken und werden dabei wissenschaftlich gefördert. Das Kolleg ist in den Forschungsschwerpunkt *Environmental Health Sciences* der Medizinischen Fakultät der Universität Augsburg eingebunden.

Die Klimakrise ist eine Bedrohung für die Zukunft der psychiatrischen Versorgung. CLIMATE-EVIDENCE setzt sich im Sinne der DGPPN für evidenzbasierte Maßnahmen gegen die Klimakrise und für eine Verbesserung der Nachhaltigkeit in der psychiatrischen Versorgung und Forschung ein.

Literatur

- 1 Brandt L et al. (2024) Climate Change and Mental Health Position Paper of the European Psychiatric Association. *Eur Psychiatry* 1–34
- 2 Heinz A, Brandt L (2024) Climate change and mental health: direct, indirect, and intersectional effects. *Lancet Reg Heal – Eur* 43:100969
- 3 Bosch M van den, Meyer-Lindenberg A (2019) Environmental Exposures and Depression: Biological Mechanisms and Epidemiological Evidence. *Annu Rev Public Heal* 40:1–21
- 4 Gruebner O et al. (2017) Cities and Mental Health. *Dtsch Ärzteblatt Int* 114:121–7
- 5 Heinz A et al. (2023) Klimawandel und psychische Gesundheit. Positionspapier einer Task-Force der DGPPN. *Nervenarzt* 94:225–33
- 6 Walinski A et al. (2023) The effects of climate change on mental health. *Dtsch Ärzteblatt Int* 120:117–24

Autoren

Dr. Lasse Brandt arbeitet als Oberarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Berliner Campus Charité Mitte und leitet dort die Arbeitsgruppe Evidence-Based Mental Health. Als Mitglied der Task-Force *Klima und Psyche* der DGPPN war er maßgeblich an der Erarbeitung des Positionspapiers *Klimawandel und psychische Gesundheit* sowie der *Berliner Erklärung* beteiligt.

Prof. Dr. Alkomiet Hasan leitet die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Universität Augsburg, ist Vorstand der *Krankenversorgung der Bezirkskliniken Schwaben* und Prodekan der Medizinischen Fakultät der Universität Augsburg. Als Sprecher des Forschungskollegs ARISE möchte er jungen Talenten den Einstieg in eine erfolgreiche Karriere als *Clinician Scientist* ermöglichen.

DGPPN Kongress 2024 | Diskussionsforum | Die Klimakrise als Bedrohung für die psychische Gesundheit, ihre Bewältigung als Chance: Welche Rolle spielt die Psychiatrie?
28.11.2024 | 13:45–15:15 Uhr

DGPPN unterstützt Forschung

Die DGPPN hat das Thema Klimawandel und psychische Gesundheit schon seit längerem im Blick. 2021 hat sie eine Task-Force gegründet, die Vorschläge, Initiativen und Maßnahmen zur Förderung der Klimaneutralität der psychiatrischen Versorgung in einem Positionspapier zusammengefasst hat. Mit der *Berliner Erklärung zu Klimawandel und psychischer Gesundheit* hat die Task-Force zudem Forderungen an die Politik und eine Selbstverpflichtung der Psychiatrie veröffentlicht. Das Thema stand auch im Mittelpunkt des DGPPN Kongresses 2023: Ökologische Psychiatrie und Psychotherapie.

Um auch die Forschung zu diesem wichtigen Thema zu unterstützen, hat die DGPPN anlässlich des Kongresses Forschungsmittel in Höhe von 150.000 Euro für eine wegweisende Studie zur Erforschung des Zusammenhangs von Klimawandel und psychischer Gesundheit ausgeschrieben. Die geförderte Studie sollte das Verständnis der Thematik vertiefen und darüber hinaus dazu beitragen, präventive Maßnahmen und Interventionen im Bereich der psychischen Gesundheit zu entwickeln oder zu verbessern.

Aus den vielfältigen und hochkarätigen Einreichungen hat der wissenschaftliche Beirat die Studie CLIMATE-EVIDENCE ausgewählt. Die Federführung liegt an der Charité – Universitätsmedizin Berlin, es sind Forschende aus mehr als 20 Ländern beteiligt. Das Projekt wird noch in diesem Jahr starten.

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

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

Registergericht:
VR 26854 B, Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg

Redaktion

Psyche im Fokus entsteht im Teamwork:
Julie Holzhausen (Leitung)
Natalie Berger | Theresa Decker | Katja John |
Sandra Krüger | Sabine Müller | Miriam Steinmann |
Nancy Thilo | Emilia von Wedel | Robert Zeidler

Layout und Reinzeichnung

Irene Pranter

Auflage

13.000 Exemplare

Erscheinungsdatum

Oktober 2024

Schlusslektorat

Heide Frey, Berlin

Druck

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

ABBILDUNGEN

Titel: iStock/Vitalii Gulenock; S.8: Westend61/Kristian Peetz; S.9: Universität Jena,
Jens Meyer, Rabsch, Breiter, Claudia Burger, Carl Brunn, MPIBR, Arne Sattler, Tanja
Fuegener, Maren Rilck, Oliver Pogarell privat, Jürgen Bauer, Gezett, Universitätsklinikum
Ulmer, KingsCollegeLondon, Lea Franke, Thomas Lohnes; S.10/11: Claudia Burger;
S.14: freepik; S.19: Carl Brunn, Claudia Burger; S.20–23: DGPPN/Ken Buslay; S.24/25:
freepik; S.28: unsplash/Jacalyn Beales; S.29: Oliver Pogarell privat; S.30–33: freepik/
DGPPN; S.38/39: DGPPN; S.40: freepik



DGPPN

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

Geschäftsstelle
Reinhardtstraße 29
10117 Berlin
T 030 2404 772-0
F 030 2404 772-29
E sekretariat@dgppn.de

dgppn.de

27.-30.11.2024

**DGPPN
KONGRESS
2024**

dgppnkongress.de

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