

PSYCHE IM FOKUS

Das Magazin der DGPPN



Forschung

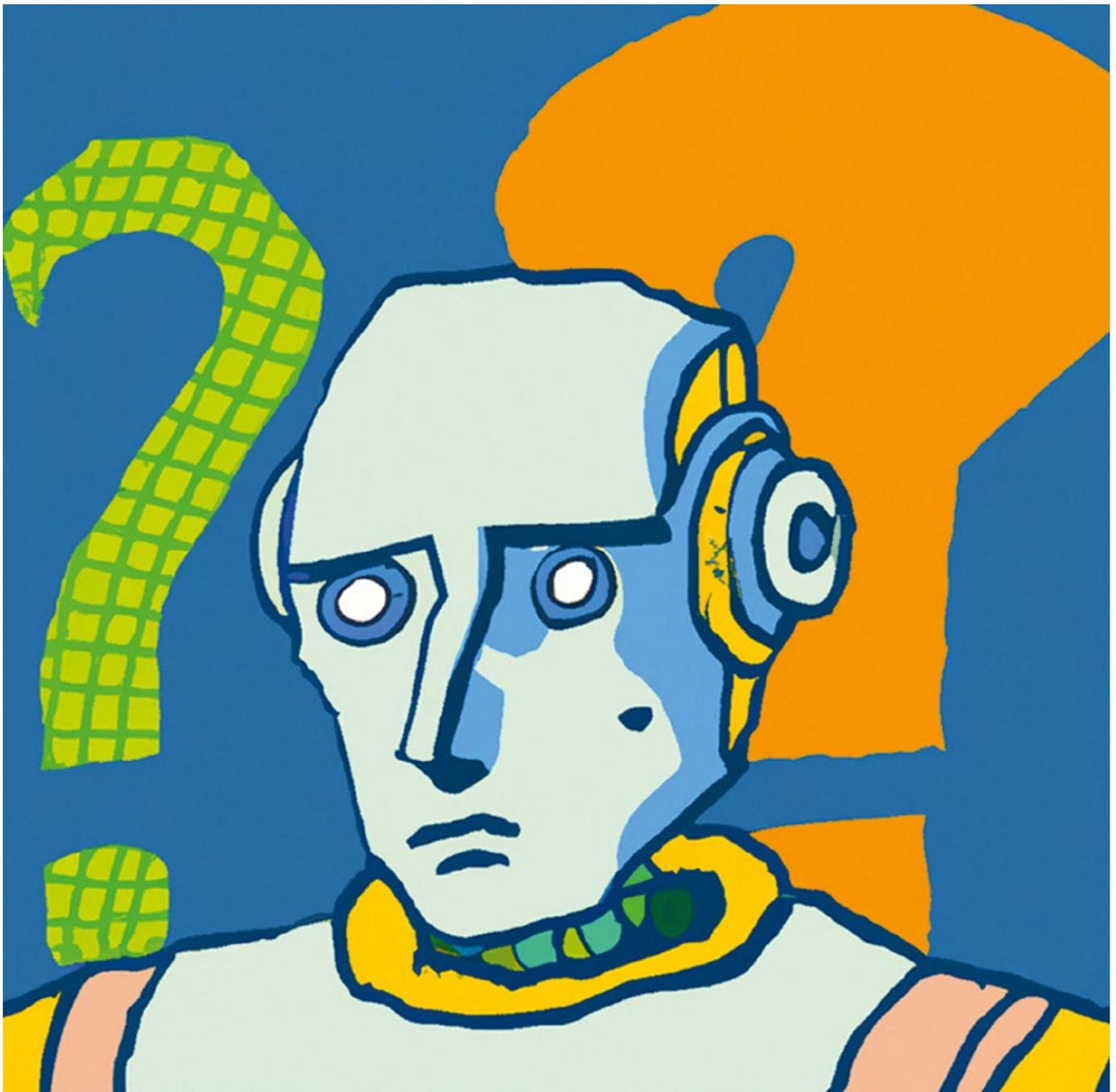
DZPG → S. 20

Medienpreis

ADHS → S. 28

Fortschritt

KI → S. 40



Liebe Leserinnen und Leser,



Fortschritt lässt sich bekanntlich nicht aufhalten und in Bezug auf die Psychiatrieforschung gibt es derzeit viele Entwicklungen, die uns hoffnungsvoll in die Zukunft blicken lassen. Über die vielen Facetten dieses Themas, die unser Fach so attraktiv machen, habe ich mit dem Nachwuchstalents Nils Opel gesprochen, der als *Physician Scientist* und junger Professor für Translationale Psychiatrie die Präzisionsmedizin vorantreibt. Hier knüpft auch das Deutsche Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG) an, das im Mai seine Arbeit aufnehmen und in den nächsten Jahren und Jahrzehnten einen wichtigen Beitrag zur Erforschung psychischer Erkrankungen und zur Entwicklung neuer Behandlungsmethoden liefern wird. Mehr zum Konzept lesen Sie in dieser Ausgabe.

Was uns in der Psychiatrie und Psychotherapie schon länger beschäftigt, kommt nun mehr und mehr in der Mitte der Gesellschaft an: Künstliche Intelligenz (KI) und Angebote wie *ChatGPT* haben in den letzten Monaten für ein großes Medien-echo gesorgt. Was kann die Wissens-, Text- und Bildmaschine leisten und wie viel Neues lässt sich damit vielleicht finden? *Psyche im Fokus* hat in der Rubrik „Von heute für morgen“ einen ersten Selbstversuch gewagt. Wir werden uns mit dem Megathema in den Folgeausgaben noch weiter differenziert auseinandersetzen.

Womit wir uns jüngst ausführlich befasst haben, sind die langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz. Was steckt dahinter und wie sähen Lösungen aus? Fest steht: Jegliche Neuregelung darf nicht dem Gießkannenprinzip folgen, sondern es geht darum, dass das Verteilungsproblem zugunsten von schwer und komplex erkrankten Menschen gelöst werden muss.

Mit komplexen Folgen in vielerlei Lebensbereichen sind auch Menschen konfrontiert, die an ADHS leiden. Davon weiß unser diesjähriger Medienpreisträger und Autor Christopher Bonnen zu berichten. Darüber hinaus finden Sie wichtige Neuerungen des Betreuungsrechts sowie einen ersten Einblick in Daten aus unserer Umfrage zum Maßregelvollzug in der Rubrik Gesundheitspolitik, und auf den Nachwuchsseiten steht die Rotation im Rahmen der Facharztausbildung im Mittelpunkt. Das Rad steht also nicht still und wir bewegen uns dynamisch weiter.

Ihr Andreas Meyer-Lindenberg – für den Vorstand der DGPPN

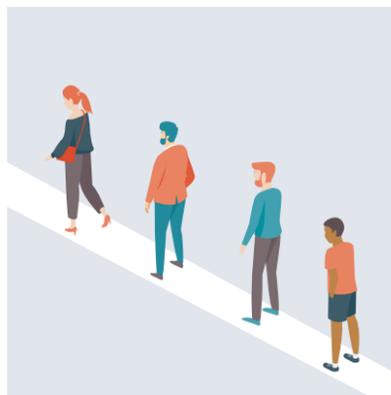
Präsident



Das Titelbild ist mit der KI „Dall-E-2“ generiert und nachträglich nicht bearbeitet. Folgendes wurde eingegeben: AI shown as a robot, thinking about an answer, visualized with question marks, van Gogh style

THEMEN dieser Ausgabe

01 EDITORIAL



- 04 GESUNDHEITSPOLITIK**
- Neue Rechtslage zur Betreuung
 - Therapie in der Warteschleife
 - Maßregelvollzug in Deutschland: erste Datenbasis gelegt
 - PsychK(H)G: 16 Bundesländer, 16 Regelungen



- 10 UNTER VIER AUGEN**
Andreas Meyer-Lindenberg und Nils Opel im Gespräch



Jetzt einreichen!

- 16 DGPPN KONGRESS 2023**
Ein Kongress – viele Perspektiven

- 20 WISSENSCHAFT**
Das DZPG kommt

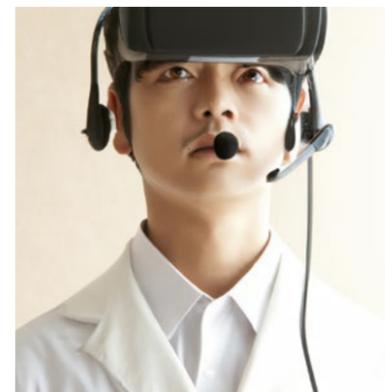
- 25 MEDIATHEK**

- 26 WISSENSCHAFT**
Merk-würdige Studienergebnisse



- 28 MEDIENPREIS**
Transmittergewitter

- 36 INSIDE DGPPN**
- 2 x 2 (neue Vorstandsmitglieder)
- Living Guidelines



- 40 VON HEUTE FÜR MORGEN**
Ok, KI ...



- 46 NACHWUCHS**
Das „Rotations-Ja“

- 48 IMPRESSUM**

KALENDER

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

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

12.05.
Workshop Psyche und Sport: In der eintägigen Veranstaltung dreht sich alles um Mind-Body-Interventionen und E-Sports. Anmeldung auf dgppn.akademie.de

21./22.04. und 19./20.05.
Workshop Digitale Psychotherapie: Das Curriculum befasst sich mit dem Einsatz von DiGAs. Infos und Anmeldung auf dgppn.akademie.de

04.07.
Hauptstadtsymposium zum Thema Drogenpolitik und die Rolle der Psychiatrie. Infos und Anmeldung auf dgppn.de

Neue Rechtslage zur Betreuung

Unter welchen Umständen Menschen, die ihre Angelegenheiten nicht selbst erledigen können, eine Betreuung zur Seite gestellt wird, regelt das Betreuungsrecht im BGB. Am 1. Januar 2023 ist eine Novellierung des Betreuungsrechts in Kraft getreten. Die wichtigste Änderung: die Einführung des sogenannten Ehegattennotvertretungsrechts. Aber auch andere Paragrafen wurden geändert und teilweise neu gefasst.

Mit der Novellierung sollen die Prinzipien der UN-Behindertenrechtskonvention noch expliziter umgesetzt und die Selbstbestimmung gestärkt werden. Entsprechend orientiert sich das neue Betreuungsrecht primär an den Wünschen der Betroffenen statt wie bisher an deren Wohl. Trotzdem ist nicht jedem Wunsch eines Patienten Folge zu leisten. So muss einem Wunsch nicht entsprochen werden, wenn damit eine erhebliche Gefahr für den Betreuten oder für dessen Vermögen einhergeht, vorausgesetzt, der Betreute kann diese Gefahr aufgrund seiner Krankheit oder Behinderung nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln (§1821 BGB). Auch einem Wunsch, der dem Betreuer nicht zumutbar ist, muss nicht entsprochen werden (§1821 BGB).

Des Weiteren wurde die Schwelle für die Bestellung eines Betreuers erhöht. Das Gesetz gibt nun klar vor, dass für jeden einzelnen Aufgabenbereich genau geprüft werden muss, ob eine Betreuung erforderlich ist oder ob nicht andere Hilfen zum Einsatz kommen können. Klarer geregelt wird, dass eine Betreuung selbstbestimmtes Handeln unterstützen bzw. erst ermöglichen soll. Darüber hinaus soll die Reform die Anwendung des Rechts erleichtern. Dazu wurden die Paragrafen nach inhaltlichen Kriterien neu sortiert (siehe Tabelle).

Was ist neu?

Ganz neu ist die Ehegattennotvertretung (§1358 BGB). Sie erlaubt die gegenseitige Vertretung von Ehegatten in Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge für den Fall, dass ein Ehegatte aufgrund von Bewusstlosigkeit oder Krankheit seine Angelegenheiten nicht selbst regeln kann. Die Vertretung gilt auch für Lebenspartner nach §21 Lebenspartnergesetz, aber nicht für Lebensgefährten.

Im Rahmen der Ehegattennotvertretung kann ein Ehegatte Behandlungsverträge, Krankenhausverträge und Verträge über eilige Maßnahmen der Rehabilitation und der Pflege abschließen. Er erhält Einblick in die Behandlungsunterlagen und kann in medizinische Behandlungen einwilligen oder sie untersagen. Das gilt auch für freiheitsbeschränkende bzw. -entziehende Maßnahmen, sofern diese im Einzelfall nicht länger als sechs Wochen dauern. Bei einer längeren Dauer ist eine gerichtliche Genehmigung erforderlich. Ein Ehegatte kann dagegen nicht über Unterbringungen oder medikamentöse Zwangsbehandlungen entscheiden.

Das Vertretungsrecht gilt nicht, wenn die Eheleute getrennt leben, wenn dem behandelnden Arzt oder dem Ehegatten bekannt ist, dass der Betroffene die Vertretung durch seinen Gatten ablehnt, wenn eine Vorsorgevollmacht eine andere Person für die Aufgaben benennt oder wenn ein Betreuer für den Betroffenen bestimmt ist. Allerdings sind Ärzte nicht verpflichtet, Nachforschungen anzustellen. Vielmehr muss der Ehegatte schriftlich versichern, dass er bisher kein Vertretungsrecht ausgeübt hat und kein Ausschlussgrund vorliegt. Das Bundesministerium für Justiz hat dafür ein Formular mit Hinweisen erarbeitet; dessen Verwendung ist allerdings nicht verpflichtend. Wer nicht möchte, dass sein Gatte das Ehegattennotvertretungsrecht ausübt, kann im Zentralen Vorsorgeregister bei der Bundesnotarkammer einen Widerspruch eintragen oder eine Vorsorgevollmacht registrieren lassen. Ärzte können dieses Register einsehen und sollten das tun, wenn Zweifel bestehen.

Was hat sich geändert?

Änderungen und Spezifizierungen wurden insbesondere im Bereich der grundlegenden Bestimmungen und Regelungen der Betreuung vorgenommen. So darf ein Betreuer nicht gegen den freien Willen eines Volljährigen bestellt werden und nur wenn eine Betreuung tatsächlich erforderlich ist. Eine Krankheit oder Behinderung allein ist nicht hinreichend für eine Betreuung (§1814 BGB). Die Wünsche des zu Betreuenden hinsichtlich der Auswahl des Betreuers sowie dessen Ablehnung bestimmter Personen sind zu beachten (§1816 Abs. 2 BGB). Die Aufgaben des Betreuers müssen gesondert und konkret durch das Gericht angeordnet werden (§1815 BGB, §286 FamFG).

Neu und ausführlicher als bisher sind die Führung einer Betreuung und die Pflichten des Betreuers geregelt (§§1821–1860 BGB). Neu ist eine Auskunftspflicht gegenüber nahestehenden Angehörigen und sonstigen Vertrauenspersonen des Betreuten (§1822 BGB). Ausdrücklich geregelt werden nun der Vorrang der Unterstützungsarbeit und die Pflicht, die Wünsche des Betreuten zu befolgen (§1833 BGB).

Auch die Beratungs- und Aufsichtspflichten wurden neu konzipiert (§§1861–1867 BGB). Das Betreuungsgericht muss überwachen, ob die Wunschbefolgungspflicht bei Genehmigungen, einstweiligen Maßnahmen und Ge- und Verboten eingehalten wird. Auch die Berichtspflichten des Betreuers an das Gericht wurden konkretisiert; insbesondere muss die Sicht des Betreuten in den Jahresbericht aufgenommen werden (§1863 f. BGB).

Das neue Gesetz stärkt die selbstbestimmte Erteilung einer Vollmacht (§1820 BGB). Wenn die Vollmacht sich auch auf die Einwilligung in freiheitsentziehende Unterbringungen, freiheitsentziehende Maßnahmen oder ärztliche Zwangsmaßnahmen erstrecken soll, muss dies ausdrücklich erklärt worden sein. Dasselbe gilt für die Einwilligung in Untersuchungen und Eingriffe, bei denen die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute dadurch stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet (§1820 Abs. 2 BGB).

Neu ist die Möglichkeit, gegebenenfalls einen Kontrollbetreuer zu bestellen, wenn der Bevollmächtigte nicht den Wünschen des Vollmachtgebers entsprechend handelt und dadurch diesen oder dessen Vermögen erheblich gefährdet (§1820 Abs. 3 BGB). Ein Kontrollbetreuer kann auch beauftragt werden, um die Rechte des Betreuten gegenüber dem Betreuer geltend zu machen (§1815 Abs. 3 BGB).

Wo gibt es kleine Anpassungen?

Kaum verändert wurden die Regelungen zu freiheitsentziehender Unterbringung und freiheitsentziehenden Maßnahmen (§1831 BGB) sowie zu ärztlichen Zwangsmaßnahmen (§1832 BGB). Hier wurde lediglich der Zusatz „zum Wohl des Betreuten“ gestrichen. Mit diesem Zusatz sollte bislang klargestellt werden, was weiterhin implizit gilt: dass eine betreuungsrechtliche Unterbringung nicht allein aufgrund einer Fremdgefährdung oder allgemein im Interesse Dritter zulässig ist.

Was bleibt gleich?

Unverändert sind die Regelungen zur Patientenverfügung und zur Bestimmung des mutmaßlichen Willens (§1827 BGB), zur Feststellung des Patientenwillens (§1828 BGB) sowie zur Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen (§1829 BGB).

Bisheriger § im BGB	Bisheriger Titel	Neuer § im BGB	Neuer Titel
1901a	Patientenverfügung	1827	Patientenverfügung; Behandlungswünsche oder mutmaßlicher Wille des Betreuten
1901b	Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens	1828	Gespräch zur Feststellung des Patientenwillens
1904	Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen	1829	Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen
1906	Genehmigung des Betreuungsgerichts bei der Unterbringung	1831	Freiheitsentziehende Unterbringung und freiheitsentziehende Maßnahmen
1906a	Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Zwangsmaßnahmen	1832	Ärztliche Zwangsmaßnahmen

Therapie in der Warteschleife



Die Debatte um Wartezeiten für ambulante Psychotherapie reißt nicht ab, und das, obwohl die Behandlungskapazitäten in den letzten Jahren stark gestiegen sind. Die Bundesregierung diskutiert aktuell, mehr psychotherapeutische Kassensitze zu schaffen. Aus Sicht der DGPPN müsste eine gesetzliche Neuerung in erster Linie denjenigen Patienten zugutekommen, die aktuell die größten Schwierigkeiten haben, einen Therapieplatz zu finden: der Gruppe der komplex und schwer erkrankten Patienten.

„Viel zu wenig Psychotherapeuten“, „System vor dem Kollaps“: Die Medien sind voll von Berichten über ewige Wartezeiten für ambulante Psychotherapieplätze. Jeder kennt jemanden, der gerade auf der Suche nach einem Therapieplatz ist. Die Antwort scheint auf der Hand zu liegen: Wir brauchen einfach mehr Therapeuten, die ambulante Psychotherapien über die Krankenkassen abrechnen dürfen, also mehr Kassensitze für Psychotherapeuten. Auch die

Politik hat sich des Themas angenommen und diskutiert aktuell eine Reform der Bedarfsplanung, also eine Reform des Systems, nach dem die Kassensitze verteilt werden. Aber kann die Antwort auf das Wartezeitenproblem wirklich pauschal „mehr Kassensitze“ lauten? Die Daten zu Wartezeiten und Behandlungskapazitäten vermitteln ein anderes Bild.

Wartezeiten für ambulante psychotherapeutische Behandlungen werden in vielen Untersuchungen nicht objektiv und systematisch erfasst, die meisten vorhandenen Daten basieren auf Befragungen von Psychotherapeuten und Versicherten. Befragungen und Aktenauswertungen von niedergelassenen Psychotherapeuten weisen auf durchschnittliche Wartezeiten von vier bis sechs Monaten auf einen freiwerdenden Behandlungsplatz hin. Befragungen von Versicherten ergeben hingegen kürzere Wartezeiten: Auf das erste Vorgespräch wird viereinhalb Wochen gewartet, im Anschluss an das letzte Vorgespräch dann ca. drei

Wochen auf den Beginn der eigentlichen Therapie. Eine Auswertung von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern ergab, dass zwischen dem ersten persönlichen Kontakt mit dem Therapeuten und dem Beginn der eigentlichen Psychotherapie für die meisten Betroffenen rund drei Monate vergehen. In dieser Zeitspanne finden allerdings im Durchschnitt sechs vorbereitende Gespräche mit dem Psychotherapeuten (sogenannte Sprechstundentermine und probatorische Sitzungen) statt. Auch die Daten der Terminservicestellen der Kassenärztlichen Vereinigungen sprechen für kürzere Wartezeiten: 74 % der Vermittlungswünsche für ambulante Psychotherapie konnten fristgerecht vermittelt werden, das heißt Betroffene konnten innerhalb von vier Wochen eine psychotherapeutische Sprechstunde und innerhalb von zwei Wochen eine psychotherapeutische Akutbehandlung wahrnehmen.

Die stark voneinander abweichenden Schätzungen der Wartezeiten könnten u. a. darauf zurückzuführen sein, dass Patienten sich bei mehreren Therapeuten auf die Warteliste setzen lassen. Die Befragungen berücksichtigen nicht, dass ein Teil der Patienten bereits woanders einen Therapieplatz gefunden haben könnte, ohne den Therapeuten darüber zu informieren. Außerdem wird die Tatsache, dass zwischen dem Erstkontakt und dem Therapiebeginn obligatorisch mehrere Vorgespräche stattfinden müssen, in Berichten über Wartezeiten häufig ausgeblendet. Eine längere Wartezeit zwischen dem letzten Vorgespräch und dem Therapiebeginn könnte sich auch dadurch erklären, dass in dieser Zeit der Psychotherapie-Antrag bei der Krankenkasse bearbeitet wurde.

Als Lösung für die vermeintlich langen Wartezeiten wird häufig vorgeschlagen, die Anzahl der psychotherapeutischen Kassensitze zu erhöhen. Dabei wird argumentiert, dass die bisherige, geringe Steigerung um ca. 12 % seit 2013 nicht ausreichend gewesen sei. Dieses Argument ist jedoch irreführend. Im Jahr 2021 gab es rund 37.500 Vertragspsychotherapeuten für Kinder, Jugendliche und Erwachsene; das sind 46 % mehr als im Jahr 2013. Diese Zahl kommt zustande, weil vielfach volle Kassensitze in halbe bzw. anteilige Kassensitze umgewandelt wurden. Da Psychotherapeuten mit anteiligen Versorgungsaufträgen im Durchschnitt fast genauso viele Patienten behandeln wie die Kollegen mit vollem Versorgungsauftrag, kam es in demselben Zeitraum zu einer Steigerung der Gesamtzahl der Behandlungsfälle um 47 %: Im ersten Quartal 2021 wurden 1,7 Millionen Patienten in Praxen niedergelasse-

ner Psychotherapeuten behandelt; Anfang 2013 waren es noch 1,1 Millionen Patienten.

Die psychotherapeutischen Behandlungskapazitäten sind in den letzten Jahren also beinahe um die Hälfte gestiegen. Trotz dieser enormen Steigerung wird weiter über zu lange Wartezeiten geklagt. Es darf also bezweifelt werden, dass allein eine Erhöhung der Kassensitze das Problem lösen wird.

Von verschiedenen Seiten gibt es daher Vorschläge, auch die Vergabe von Psychotherapieplätzen zu optimieren. Denn vor allem Patienten, die besonders dringend einen Psychotherapieplatz benötigen, ziehen im Gerangel um die Therapieplätze derzeit häufig den Kürzeren: So gibt es Hinweise darauf, dass insbesondere schwer und komplex erkrankte Patienten große Schwierigkeiten haben, einen ambulanten Therapieplatz zu erhalten. Ein großer Teil der Patienten, die aus dem psychiatrischen Krankenhaus entlassen werden, findet auch Monate später keinen ambulanten Therapieplatz.

Aber wie könnte eine optimierte Vergabe von Psychotherapieplätzen konkret erreicht werden? Die Vorschläge hierzu gehen weit auseinander. Der Verband der Ersatzkassen hat kürzlich vorgeschlagen, die Rolle der Terminservicestellen bei der Vermittlung freier Psychotherapieplätze zu stärken. Denn Betroffene beschwerten sich vor allem darüber, dass es sehr mühsam sei, einzelne Therapeuten telefonisch zu erreichen, und dass Bitten um Rückruf häufig unbeantwortet bleiben. Außerdem fordert der Verband, Psychotherapeuten zu verpflichten, die Hälfte ihrer Therapieplätze für Patienten mit einem dringenden Bedarf zur Verfügung zu stellen. Zudem könnte ein verstärkter Einsatz von Videosprechstunden und Gruppentherapien dazu beitragen, die angespannte Situation in ländlichen, unterversorgten Regionen zu lindern. Ein anderer möglicher Ansatzpunkt wären finanzielle Anreize, die dafür sorgen, dass es sich für Psychotherapeuten lohnt, schwer erkrankte Patienten bevorzugt zu behandeln.

Aus Sicht der DGPPN muss jegliche gesetzliche Neuerung dafür Sorge tragen, dass insbesondere die Gruppe der schwer und komplex erkrankten Patienten nicht zu kurz kommt. Sie spricht sich deswegen für ein gestuftes und koordiniertes Versorgungsmodell aus, in dem jeder Patient genau die Hilfe erhält, die er zum aktuellen Zeitpunkt benötigt.

Maßregelvollzug in Deutschland: erste Datenbasis gelegt

Der Umgang mit psychisch erkrankten Straftätern in Deutschland wird immer wieder kritisiert – von der Öffentlichkeit, aber auch von den Betroffenen und den Behandelnden selbst. Über die tatsächliche Situation des Maßregelvollzugs hierzulande ist bislang fast nichts bekannt.

Um diese Datenlücke zu schließen, hat die DGPPN vor Kurzem eine Umfrage durchgeführt. Diese liefert nun systematische und objektive Kennzahlen. Alle 78 deutschen Kliniken für Maßregelvollzug wurden angeschrieben,

geantwortet haben 45. Sie gaben Auskunft zur Struktur der Einrichtungen, zur Belegungs- und Personalsituation, zu besonderen Vorkommnissen und zur Unterstützung durch Fachaufsichten und Träger. Die zentralen Ergebnisse, die im Folgenden vorgestellt werden, zeigen die Missstände auf und unterstreichen den dringenden Reformierungs- und Handlungsbedarf.

1 Zwei Drittel der Kliniken sind überbelegt.

2019 waren etwa 12.000 Menschen nach §63 oder §64 StGB in Kliniken des Maßregelvollzugs untergebracht. Das entspricht 0,06% der 17,8 Millionen Personen, die jedes Jahr von einer psychischen Erkrankung betroffen sind. In den letzten Jahren ist ein Anstieg der Unterbringungen zu beobachten, besonders deutlich ist er für Unterbringungen in Entziehungsanstalten. Hier haben sich die Zahlen zwischen 2007 und 2019 fast verdoppelt.

2 Um alle Patienten zu versorgen, müssen zunehmend Räumlichkeiten anders genutzt werden als vorgesehen.

In vielen Kliniken werden Einzelzimmer in Mehrbettzimmer umfunktioniert, auch Isolations- oder Therapieräume werden zweckentfremdet. Dadurch stehen weniger Räume für Behandlungen zur Verfügung. Weil auch Rückzugsräume fehlen, steigt zudem der soziale Stress in den Einrichtungen.

3 Viele Kliniken arbeiten mit weniger Personal als die Empfehlungen der DGPPN es vorsehen.

Laut den Behandlungsstandards für den Maßregelvollzug – 2017 von der DGPPN veröffentlicht – sollen pro 100 Patienten 7,6 Vollzeitstellen für Ärzte und 100 Vollzeitstellen für Pflegekräfte in der Klinik eingerichtet sein. Diese Standards werden deutlich unterschritten: Mit durchschnittlich nur 5,1 Ärzten und 71,8 Pflegekräften sind nicht einmal 75% der von der Fachgesellschaft empfohlenen Fachkräfte für die Betreuung verfügbar.

4 60% der Kliniken können aus finanziellen oder personellen Gründen erforderliche Therapien nicht durchführen.

Der Mangel an Räumlichkeiten und insbesondere an Personal führt vielfach dazu, dass Behandlungen nicht so durchgeführt werden können, wie es dem Wohl der Patienten dienlich wäre. Das wiederum beeinträchtigt die Therapie und ist einer der Gründe, weshalb Patienten oft länger im Maßregelvollzug bleiben, als unter besseren Umständen nötig wäre. Etwa jeder fünfte Patient ist länger als zehn Jahre untergebracht. Zu den langen Aufenthaltsdauern trägt auch bei, dass es an geeigneten ambulanten Anschluss-Wohnformen fehlt.

5 Etwa ein Drittel der Kliniken gibt an, die Zahl der körperlichen Übergriffe durch Patienten sei gestiegen.

Viele Patienten, wenig Personal, der Wegfall räumlicher Rückzugsmöglichkeiten und zu wenig Therapien – das wirkt sich auch auf die Anzahl der körperlichen Übergriffe auf Mitarbeitende aus.

Diese Ergebnisse machen deutlich, unter welchen prekären Umständen das Personal der Kliniken für Maßregelvollzug arbeitet und versucht, seinen gesetzlichen Auftrag zu erfüllen. Die DGPPN hält eine Reformierung des Maßregelvollzugs deshalb für dringend notwendig. Der Gesetzgeber hat das erkannt und im vergangenen Jahr einen Entwurf für eine Überarbeitung des §64 StGB vorgelegt. Auch für den §63 StGB sollen Reformen angestoßen werden.

Auf Basis der gewonnenen Erkenntnisse stellt die DGPPN folgende Forderungen an die Politik:

- Die Rahmenbedingungen der Unterbringung im Maßregelvollzug der verschiedenen Bundesländer müssen angeglichen werden, insbesondere was Stationsgrößen, Therapieräume, Zimmerausstattung und -belegung sowie Personalausstattung betrifft.
- Damit die forensischen Kliniken ihre Aufgaben erfüllen können, bedarf es einer deutlich verbesserten, auskömmlichen Finanzierung.
- Um Zwang und Gewalt im Maßregelvollzug zu reduzieren, wird ein bundesweites Register zur Dokumentation von Zwangsmaßnahmen benötigt. Dazu müssen Daten zu Unterbringung und Behandlung wissenschaftlich fundiert, systematisch, detailliert und transparent erfasst werden.
- Auf Bundesebene sollte eine Expertenkommission zur Zukunft des Maßregelvollzugs eingesetzt werden.
- Die Forschung zu forensisch-psychiatrischen Fragestellungen muss gestärkt werden, so dass die Versorgung auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse verbessert werden kann.

Optimal wäre es, wenn sich die Zahl der Unterbringungen reduzieren ließe – zum Beispiel durch eine Stärkung der Prävention und den Wiederaufbau der Vernetzung mit der Allgemein- und Gemeindepsychiatrie. Die Studie ist zur Veröffentlichung im Fachjournal „Der Nervenarzt“ eingereicht.

16 Bundesländer, 16 Regelungen

Die Psychisch-Kranken-(Hilfe-)Gesetze der Länder wurden in den letzten Jahren grundlegend angepasst. Was gilt wo? Die DGPPN führt online durch den Paragrafenschungel.

Die Rechtsgrundlagen für die Unterbringung von Menschen mit psychischen Erkrankungen, für die Anwendung von Zwangsbehandlungen aber auch zur Sicherstellung von Patientenrechten sind in den Psychisch-Kranken-(Hilfe-)Gesetzen der Bundesländer festgelegt.

In den vergangenen Jahren wurden die Gesetze aller Länder substanziell überarbeitet, teilweise mehrmals. Dabei beachten sie nun die UN-Behindertenrechtskonvention und die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zu Zwangsbehandlungen und Fixierungen. Doch auch nach den Novellierungen unterscheiden sich die Landesgesetze teilweise deutlich voneinander.

Auf ihrer Webseite stellt die DGPPN eine vollständig aktualisierte Übersicht über alle PsychK(H)G zur Verfügung. Dargestellt werden der Anwendungsbereich der Gesetze, Hilfen für Patienten, Regelungen zur Unterbringung, zu Sicherungsmaßnahmen und unmittelbarem Zwang, zu Zwangsbehandlungen, zu sozialen Aspekten, Leben und Ordnung in der Einrichtung, zur Sicherstellung von Patientenrechten sowie zu Reporting und Monitoring. Die Website bietet sowohl eine Übersicht nach Bundesländern als auch eine Übersicht nach den Regelungen, sodass sich die unterschiedlichen Regelungen der Bundesländer direkt vergleichen lassen.



aktuelle Übersicht
dgppn.de

Futur II

In der Psychiatrieforschung hat die Zukunft bereits begonnen. So auch für Nils Opel, der in Jena als *Physician Scientist* auf der Suche nach passgenauen Therapien neue Wege gefunden haben wird. DGPPN-Präsident Andreas Meyer-Lindenberg hat mit ihm über vielversprechende Perspektiven gesprochen.

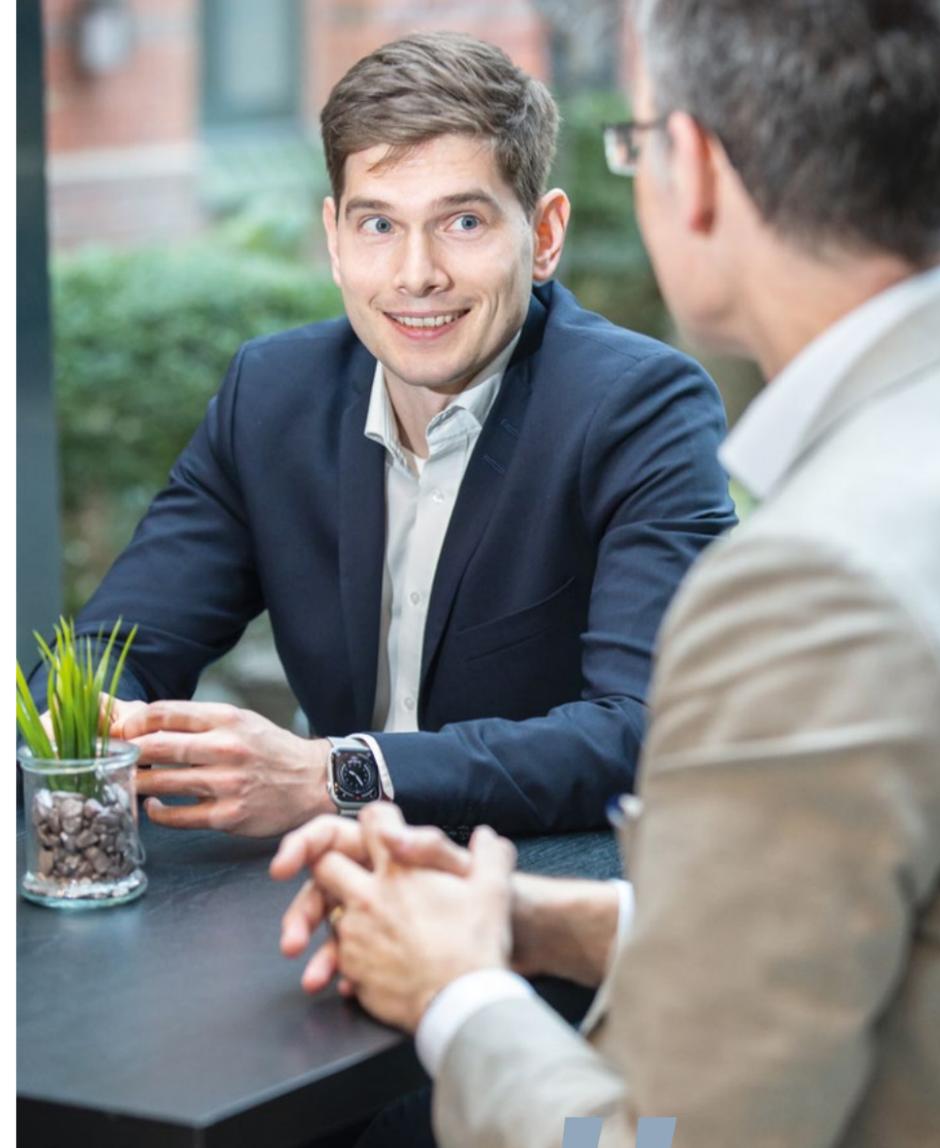
AML: Herr Opel, schön, dass wir heute über ein Thema sprechen, das uns beiden sehr am Herzen liegt. Sie haben eine Professur für Translationale Psychiatrie inne, also für therapiegeleitete Forschung, die Grundlagen in die klinische Anwendung umsetzen will. Sie sind da sehr eindrucksvoll erfolgreich. Die DGPPN und ECNP haben Ihnen Preise verliehen; Sie haben also eine Menge Resonanz mit diesem Thema und deshalb die Eingangsfrage: Was reizt Sie persönlich daran? Was treibt Sie an?

NO: Was mich seit dem ersten Tag reizt, ist die Tatsache, dass wir in einer Phase des Wandels sind. In der Psychiatrie verstehen wir vieles noch weitaus weniger gut als in anderen Bereichen der Medizin. Verglichen zum Beispiel mit der Kardiologie haben wir es mit unendlichen Kombinationen komplexer Prozesse zu tun. Gerade sind wir das erste Mal in der Lage, durch neuartige Methoden Erkenntnisse zu erlangen, die wirklich etwas verändern können. Wenn man sich vor Augen führt, dass wir Behandlungserfolge noch sehr schlecht prognostizieren können, dann möchte ich gerne in 10, 20 oder 30 Jahren einen Beitrag dazu geleistet haben, besser zu verstehen, welcher Patient mit einem bestimmten Risikoprofil eher von einer bestimmten Behandlung profitieren wird. Wir stehen hier vor einem Paradigmenwechsel. Diesen mitzerleben und auch mitzugestalten, finde ich extrem reizvoll!

AML: Präzisionsmedizin im Bereich der Psychiatrie sehe ich auch als wichtiges Zukunftsthema. Die Häufigkeit und

Schwere psychischer Erkrankungen sind unbestritten. Die Übersterblichkeit bei schweren psychischen Erkrankungen ist jenseits von 15 Jahren Lebenszeit; eine Antwort auf diese klinische Problemlage muss aber auch die Komplexität der Psyche berücksichtigen können. Kardiologen haben es mit einem relativ simplen Organ zu tun. Alle, die am Gehirn arbeiten, benötigen natürlich auch Antworten auf die Komplexität. Hätten Sie dafür ein Beispiel aus Ihrer aktuellen Forschung?

NO: Aus meiner Sicht kommen zwei fundamentale Dinge zusammen: Zum einen müssen wir den längsschnittlichen Verlauf der Erkrankungen besser erfassen und verstehen. Durch neue Technologien – Stichwort „smartphonebasiertes Monitoring und Wearables“ – haben wir jetzt tatsächlich Möglichkeiten, den Symptomverlauf auch jenseits von Diagnosekategorien kontinuierlich abzubilden und im besten Fall vorherzusagen. Die Bildgebung erlaubt uns zudem, in nie dagewesener räumlicher und zeitlicher Auflösung zu untersuchen, wie Veränderungen in bestimmten Hirnnetzwerken mit dem individuellen Symptomverlauf bei psychischen Erkrankungen zusammenhängen. Zum anderen ergibt sich daraus ein sehr hochdimensionaler Datenraum, und hier ist die spannende Schnittstelle: Wie können wir die klinische Expertise mit dem Fachwissen aus den Datenwissenschaften zusammenbringen, um Erkenntnisse für eine individuelle Prädiktion nutzbar zu machen? In meinem Fall vor allem für affektive Erkrankungen.



Wir brauchen Mittel und Zeit.“
Andreas Meyer-Lindenberg

AML: Zwei wichtige Aspekte, auf die wir nochmals eingehen sollten. Das eine sind die Längsschnittstudien: Psychische Störungen entwickeln sich im Verlauf – die meisten in der frühen Lebensspanne. Bis zum 25. Lebensjahr sind drei Viertel schon manifestiert. Wenn wir früh intervenieren wollen, ist der Blick aufs Längsschnittliche immens wichtig. Fest steht: Wir brauchen auch Förderungen dafür. Solche Kohorten bedürfen entsprechender Mittel, um eine epidemiologisch valide Stichprobe zu rekrutieren und auch beibehalten zu können. In Deutschland gibt es hierfür die NAKO-Studie, die erst ab einem Alter von 21 Jahren beginnt und damit die psychiatrisch relevante Lebenszeit leider nicht abdeckt. Gerade die Pandemie hat gezeigt, wie wichtig eine solche Stichprobe ist. Wenn plötzlich etwas passiert, lassen sich nur dann Aussagen über Effekte treffen, wenn ich das „Vorher“ kenne und nachverfolgt habe. Dass in der

Pandemie die Hauptleidtragenden der sozialen Isolation insbesondere junge Frauen waren, konnten wir erst mit einiger Zeitverzögerung sagen. Der andere Punkt betrifft die hochdimensionalen Daten. Bevor ich in die Psychiatrie ging, gab es diese berühmte Veröffentlichung mit dem *Pink Spot*. Jemand hatte einen Labortest für Schizophrenie erfunden, der mit einer Urinprobe gemacht werden konnte. Es stellte sich dann aber heraus, dass die Patienten, bei denen der Test anschluss, einfach mehr Tee tranken. Komplexen Erkrankungen wird man wie gesagt nur mit einem hochdimensionalen Datensatz gerecht. Mögen Sie einmal berichten, was sich da aktuell tut?

NO: Es gibt immense Entwicklungen, was die räumliche und zeitliche Auflösung bei der Erfassung von Gehirnaktivität angeht. Wir müssen uns jetzt schon fragen: Was davon



„Komplexen Erkrankungen wird man nur mit einem hochdimensionalen Datensatz gerecht.“

Andreas Meyer-Lindenberg

hat wirklich das Potenzial, in die klinische Routine überführt zu werden? Wie können wir eine zunehmende Harmonisierung von Datengewinnung in Klinik und Forschung erzielen? Wenn wir über Translation sprechen, dann braucht es Strukturen, bei denen Forschung und Versorgung zusammen gedacht werden. Ergänzend dazu sollten universitäre Zentren Strukturen etablieren, die es ermöglichen, fast alle Patienten in irgendeiner Form grundlegend zu charakterisieren. Das brauchen wir, um Anwendungen aus der Präzisionsmedizin irgendwann in der klinischen

Routine zu validieren. Da stehen wir noch am Anfang. Es gibt sicherlich gute Konzepte und Ideen, die aber in der Psychiatrie erst umgesetzt werden müssen.

AML: Wir haben viel über das Gehirn geredet, aber es gibt natürlich auch die biografische Komplexität und die des Kontexts, der sozialen Umwelt. Das Deutsche Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG), in dem wir beide Kollegen an zwei der sechs Standorte sind, wird diesen Fragen auch nachgehen. Bei der Konzepterstellung waren sich die Standorte alle über diese Sichtweise einig: Wenn wir Präzisionsmedizin machen wollen, gilt es die individuellen Risiko- und Resilienzfaktoren zu verstehen, das Wissen in personalisierte Therapien umzusetzen und dies in den Lebenswelten zu evaluieren. Dazu brauchen wir Mittel und Zeit.

NO: Absolut! Für mich war das eine wesentliche Motivation, mit meiner Forschung nach Jena zu gehen und mit den führenden Expertinnen und Experten in Deutschland an diesem Paradigmenwechsel zu arbeiten und die Versorgung über die nächsten zwei, drei Jahrzehnte verändern zu können.

AML: Dafür haben wir lange gekämpft. Das DZPG war für deutlich mehr als zehn Jahre ein großes Lobbythema unserer Fachgesellschaft, neben der Förderung klinischer Studien und der Versorgungsforschung. Natürlich nicht nur für die DGPPN – es waren einige Akteure beteiligt. Die Forderung war eine für die große Gruppe psychischer Erkrankungen ambitionierte Antwort – dazu gehören eine durchdachte Struktur, neue Konzepte und kluge Köpfe. Letzteres ist ein entscheidendes Thema: *Physician Scientists*, also Ärzte, die wie Sie in der Klinik und in der Forschung arbeiten, sind daher so wichtig. Gleichzeitig wird es immer schwieriger mit all den Ansprüchen beider Seiten, und die Frage ist: Wie gewinnen wir die Besten?

NO: Einerseits ist es so, dass die jungen Kolleginnen und Kollegen einen anderen Blick darauf haben, inwieweit man Forschung, Privates, Familie und Klinik zusammenführen möchte. Andererseits gibt es mittlerweile eine ganze Reihe von Möglichkeiten und entsprechende Programme. Ich glaube, dass unsere Disziplin in vielen Fällen das Problem hat, dass nicht klar ist, was wir tun. Wenn ich mit Medizinstudierenden darüber spreche, welche Möglichkeiten wir haben und was Psychiatrie und Psychiatrieforschung eigentlich ausmacht, dann sind die meisten total begeistert. Ich würde daher ganz früh im Studium ansetzen und Studierenden z. B. über Forschungspraktika zeigen, welche

spannenden Entwicklungen sie mitgestalten können. Wenn dieser Einblick gelingt, dann bleiben die Leute auch dabei – denn ist man einmal *on track* und erfährt auch ein entsprechendes Mentoring, dann stehen wirklich attraktive Karrierewege offen.

AML: Ich stimme Ihnen zu: Damit man die vielen Förderprogramme in Anspruch nimmt, braucht man ein Vorbild oder eine Idee davon. Mit dem Fach Psychiatrie kommt man erst im letzten Studienjahr in Berührung – das ist leider viel zu spät. Die Daten zeigen, dass die meisten dann bereits ihre Entscheidung getroffen haben. Hier gilt es am Ball zu bleiben, und dafür ist es gut, solche Vorbilder wie Sie zu haben! Lassen Sie uns einmal von Deutschland aus über den Tellerrand schauen: Teil der traditionellen Ausbildung von forschenden Ärzten ist ein Auslandsaufenthalt. Inwiefern hat Sie das vorangebracht?

NO: Es war extrem bereichernd. Ich war in Australien – genauer gesagt in Adelaide – und mein Eindruck war, dass die dortigen Forschungsstrukturen sehr viel internationaler ausgerichtet sind als bei uns. Australien ist ein relativ kleines Land; Adelaide ist die Nummer drei im Ranking der medizinischen Fakultäten. Ich war beeindruckt von dem dortigen Gebäude und der Laborausstattung – das habe ich noch nirgendwo in Deutschland gesehen. Da fragt man sich,

was die Australier in Bezug auf Forschungsförderung und Exzellenz-Strategien anders machen ...

AML: Sehr berechtigte Fragen. Auch hier komme ich zuerst wieder auf den Faktor Geld. Denn die angelsächsischen Universitäten sind eben sehr viel wohlhabender. Stichwort *Endowment* – die Einrichtungen bekommen ein Anfangskapital in Form von Spenden derer, die dort studiert haben. Im letzten Jahr habe ich drei Monate forschungsfrei in Stanford verbracht. Die dortige Universität verfügt über mehr finanzielle Ressourcen als die gesamte Max-Planck-Gesellschaft in Deutschland. Ein anderer Vergleich und nur auf die Psychiatrieforschung bezogen: Die *National Institutes of Health* in den USA geben allein pro Jahr mehr als sechs Milliarden Dollar für die Psyche aus. Das ist mehrere Größenordnungen entfernt von dem, was wir hierzulande investieren. Ich finde, wir machen daraus eine Menge – gemessen an der Förderung sind wir wirklich sehr gut. Es muss aber mehr werden: Die DGPPN schlägt vor, dass fünf Prozent der Gesundheitsforschungsförderung für psychische Erkrankungen aufgewendet werden sollten, wenn man bedenkt, dass durch psychische Erkrankungen jedes Jahr fünf Prozent des Bruttoinlandsprodukts verloren gehen. Noch ein ganz anderes Thema, das ich gern anschneiden möchte: Und zwar sehen wir, dass gesellschaftliche Veränderungen – Krisen wie COVID-19 oder der Ukraine-Krieg –



„Wenn ich mit Medizinstudierenden darüber spreche, was Psychiatrieforschung eigentlich ausmacht, dann sind die meisten total begeistert.“

Nils Opel

Die DGPPN schlägt vor, dass fünf Prozent der Gesundheitsforschungsförderung für psychische Erkrankungen aufgewendet werden sollten.“

Andreas Meyer-Lindenberg



psychische Störungen beeinflussen. Die Frage ist, ob unsere Konzepte dafür eigentlich taugen. Ich denke, wir müssen raus aus der Klinik, um solche Fragen zu beantworten. Was meinen Sie?

NO: Ja, wir Psychiater sollten uns öffnen, und ich glaube, dass es eine große Chance ist, aus den Kliniken und Institutionen herauszugehen, die ja systemisch voneinander getrennt sind. Was wir in jedem Fall auch tun können, ist die Vernetzung mit anderen Disziplinen und beispielsweise Präventionsprogramme so aufzusetzen, dass wir als Psychiater die anderen Stakeholder involvieren. In der Fläche fehlt es noch an innovativen Konzepten, die über die Grenzen der entsprechenden Versorgungsanteile hinausdenken. Wie integrieren wir Versorgungsangebote und bringen den stationären und den ambulanten Sektor noch besser zueinander? Wenn wir darauf Antworten finden, sind wir für Krisenzeiten schon besser aufgestellt.

AML: Genau, gerade für unser Fach ist das wichtig. Wir haben es so häufig mit chronischen Erkrankungen und komplexem Hilfebedarf zu tun. Es gibt zwar bereits ein

paar Versuche und Ansätze, Komplexversorgung zu gestalten, aber das ist natürlich nur ein Anfang, den wir wissenschaftlich unterfüttern können.

NO: Ich würde mir zudem wünschen, dass wir beim Einsatz neuer Methoden dynamischer und flexibler werden. Als ich das erste Projekt begonnen habe, bei dem wir smartphonebasiertes Monitoring einsetzen wollten, habe ich fast zwei Jahre damit verbracht, mit Verwaltungen, Rechtsabteilungen und Anwaltsbüros zu sprechen, denn es gab einfach keine datenschutzkonforme Infrastruktur auf dem europäischen Markt. Weil die bürokratischen Hürden hier einfach zu hoch sind, gehen Firmen wie BioNTech mit großen klinischen Studien in andere Länder.

AML: Ganz richtig. Und wenn wir diese Barrieren nicht kleiner machen können, müssen wir den Forschenden helfen, sie zu überwinden. Das betrifft gerade Ihre Art von Forschung, bei der lange Forschungsprotokolle geschrieben und finanziert werden müssen – sprich bei der ganz viel Arbeit geleistet wird, die man gar nicht sieht. Wir laufen Gefahr, die besten Köpfe an die Grundlagenforschung zu verlieren und das ist nicht im Sinne unserer Patienten. Von den Formalitäten wird man nicht wegkommen, aber man kann den Prozess erleichtern, wenn jemand hilft und erklärt, wie man solche Studien aufsetzt. Da können wir ein Stück weit aufs DZPG setzen, denn dort sind ja standortübergreifende Infrastrukturen und Ressourcen vorgesehen: Es gibt eine Infrastruktur für *Digital Health*, um DiGAs oder smartphonebasierte Anwendungen direkt so aufzusetzen, dass sie nachher als Medizinprodukte bewilligt werden können. Auch das Thema der Rekrutierung wird dort übergreifend für die Standorte koordiniert.

NO: Vor allem eine technische Infrastruktur ist wichtig. Zum Beispiel cloud-basierte Anwendungen oder standardisierte Backend-Lösungen für den Bereich *Wearables*. Wenn jeder Standort sich eine eigene Software erstellen lassen muss, ist das nicht zielführend. Da haben wir in Europa tatsächlich Nachholbedarf.

AML: Ja richtig, es ist kein Zufall, dass es in Europa keine *Digital Champions* gibt. Der Markt ist groß genug, daran liegt es sicher nicht. Wenn man sich als Forscher der Übermacht von Datenkraken wie Meta und Co. gegenüberstellt, erscheint es ungleich schwieriger, den europäischen Datenschutz mit dem wissenschaftlichen Interesse übereinzubringen.

Wir haben nun schon länger gesprochen, ohne die magischen zwei Buchstaben KI – für Künstliche Intelligenz – zu erwähnen. Das ist erstaunlich, weil es ja gerade die Technologie ist, die auf der methodischen Seite einen Sprung in Richtung Innovation ermöglicht. Ich denke, noch so gute Algorithmen und technologische Möglichkeiten können uns nur dann nach vorne bringen, wenn die klinischen Daten auch in Ordnung sind.

Wichtig sind auch Daten zum Kontext der Menschen, von dem wir wissen, dass er die Symptomveränderung beeinflusst.“

Nils Opel

NO: Ich werde immer wieder gefragt, warum wir hier überhaupt forschen, wenn man sieht, was Firmen wie Meta oder Apple machen. Wenn wir es schaffen würden, klinische Informationen aus unseren Behandlungen und auch zu Langzeitverläufen aus dem Gesundheitssystem zu nutzen, gäbe es sehr, sehr interessante Möglichkeiten.

AML: Absolut! Es gibt die Medizininformatik-Initiative der Bundesregierung, die sich zum Ziel gesetzt hat, klinische Daten mit wissenschaftlichen Ergebnissen zusammenzuführen. Bislang wurde hier noch kein Augenmerk auf die Psyche gelegt, aber das werden wir jetzt ändern können, dadurch, dass wir über das DZPG einen psychiatrischen Anwendungsfall konzipieren werden und dann genetische Daten, Umweltdaten usw. mit Patientendaten – bestenfalls im Verlauf – zusammenführen können.

NO: Und zusätzlich wichtig sind auch Daten zum Kontext der Menschen, von dem wir wissen, dass er die Symptomveränderung beeinflusst. Es gibt mannigfaltige technologische Möglichkeiten, die aber eben bisher nur in Ansätzen

genutzt werden. Zum Beispiel lassen sich Faktoren wie die Dichte an sozialer Interaktion oder auch Urbanizität aus Standortdaten herauslesen.

AML: Genau und das macht uns letztlich zu besseren Klinikern. Denn wenn ich einen Patienten danach frage, wie die vergangenen vier Wochen waren, ist das deutlich weniger valide als Daten aus der Lebenswelt, die ich mit seinem Einverständnis sehe. Hier haben wir einen Qualitätssprung vor uns, und es gibt potenziell die Möglichkeit, dann smartphonebasierte Therapie auch wieder in die Lebenswelt hinauszusenden. Damit sind wir wieder bei der Präzisionsmedizin. Da haben wir noch zehn Jahre vor uns, oder?

NO: Das entspricht einem Translations-Zyklus ...

AML: Ich habe jetzt noch einen solchen vor mir – bei Ihnen sind es noch viele. Insofern gut, dass es jetzt vorangeht und dass es nun Professuren für Translationale Psychiatrie gibt, bei denen es darum geht, genau diesen Übergang zu schaffen.



Prof. Dr. med. Nils Opel ist seit 2022 Professor für Translationale Psychiatrie und leitender Oberarzt am Universitätsklinikum Jena. Er erforscht die Grundlagen stressassoziiert psychischer Erkrankungen. Im letzten Jahr wurde Opel unter anderem mit dem DGPPN-Forschungspreis für prädiagnostische, präventive und personalisierte Medizin in Psychiatrie und Neurologie ausgezeichnet.

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

Kongress 2023

Ökologische Psychiatrie und Psychotherapie

29.11.–02.12.2023

CityCube | Berlin
plus Digitalangebot

EIN KONGRESS – viele Perspektiven

Ein Ort für exzellente Wissenschaft und evidenzbasierte Versorgungspraxis, anregende Diskussionen und inspirierende Begegnungen: Der DGPPN Kongress bietet Fort- und Weiterbildung sowie Networking-Gelegenheiten für im Bereich der psychischen Gesundheit Tätige aus ganz Europa. Die Programmplanung läuft.

Der Mensch ist geprägt durch Beziehungen mit seiner Umwelt – mit anderen Menschen, aber auch mit Pflanzen, Tieren und seiner gesamten Umgebung. Jegliche Veränderungen wirken sich unmittelbar auf die menschliche Gesundheit aus – körperlich wie psychisch. Die Wirkweisen und Zusammenhänge sind dabei ungeheuer vielfältig und komplex. Dank neuer Forschungsmethoden können sie aber heute präzise analysiert und erschlossen werden. So wird endlich messbar, welche Folgen Prozesse wie zunehmende Urbanisierung, schwindende Biodiversität und der Klimawandel für die menschliche Psyche haben. Das bringt Argumente für die Politik und Möglichkeiten für neue Präventions- und Interventionsmöglichkeiten. Dieses neue Themenfeld an der Schnittstelle von Ökologie, Psychiatrie und Neurowissenschaften heißt „Ökologische Psychiatrie und Psychotherapie“, und es wird beim diesjährigen DGPPN Kongress im Mittelpunkt stehen.

Der Kongress findet dieses Jahr vom 29. November bis 2. Dezember 2023 im CityCube Berlin statt. Vier Tage lang wird es ein beeindruckend vielfältiges Programm geben, wissenschaftlich brandaktuell und hochrelevant für die Versorgungspraxis. Nationale und internationale Forschende, Fachleute aus der Versorgung sowie namhafte Persönlichkeiten aus Politik und Gesellschaft teilen Erfahrungen und Erkenntnisse mit den Besucherinnen und Besuchern.

Nicht nur für Psychiater

Das Programm vermittelt Wissen, das nicht nur für Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie relevant ist, sondern ebenso für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen, Psychosomatiker, Neurologinnen, Internisten, Hausärztinnen, Psychologen, Pflegekräfte, Ergotherapeuten und andere Gesundheitsfachberufe, Studierende und natürlich Betroffene und Angehörige.

Die Vielfalt der Teilnehmenden sorgt für eine einmalige Diversität der Perspektiven. Sie macht den größten psychiatrischen Fachkongress im deutschsprachigen Raum so besonders: Nirgends sonst treffen so viele im Bereich der psychischen Gesundheit Tätige zusammen, um sich multiprofessionell auszutauschen, zu begegnen und zu vernetzen.

Zur Gestaltung freigegeben

Fast jeder vierte Teilnehmende will das Programm nicht nur verfolgen, sondern gestaltet es aktiv mit – ob mit einem spannenden Symposium, einem Diskussionsforum, einem Freien Vortrag oder einer Posterpräsentation. Vorschläge für Freie Vorträge und Posterpräsentationen werden vom 20. April bis 23. Juni 2023 entgegengenommen.

Symposien widmen sich einem gemeinsamen Thema und beleuchten es aus verschiedenen Blickwinkeln; drei oder vier Referierende gestalten zusammen 90 Minuten Programm. Diskussionsforen dauern ebenfalls insgesamt 90 Minuten, hier steht der direkte Austausch im Vordergrund. Nach kurzen Inputs von vier oder fünf Diskutanten wird der Großteil der Zeit der gern auch kontroversen Debatte gewidmet. Das Publikum hat Gelegenheit, sich mit Fragen einzubringen. Wissenschaftlichkeit, Qualität und Innovation sind die wichtigsten Kriterien, aber auch gesellschaftliche oder politische Relevanz spielen eine Rolle.

Evidenzbasierte Fortbildung

Zentrale Säulen des wissenschaftlichen Programms sind die insgesamt 43 State-of-the-Art-Symposien. Von „Absetzen von Psychopharmaka“ bis „Zwangserkrankungen“ werden alle relevanten Probleme, Störungsbilder und Behandlungsmöglichkeiten abgebildet. Renommierete Expertinnen und Experten präsentieren den neuesten Stand der Entwicklungen in Forschung und Versorgung und vermitteln evidenzbasiertes Praxiswissen aus erster Hand. Hat sich der Goldstandard für Diagnostik oder Therapie geändert, fließt das in den Vortrag ein.

Erweisen sich neue Themen als relevant für die Psychiatrie, werden sie in das State-of-the-Art-Programm

aufgenommen. Letztes Jahr wurde es um vier Themen erweitert, darunter „Klima und psychische Gesundheit“ sowie „Psychische Störungen bei Menschen mit Störungen der intellektuellen Entwicklung“, in diesem Jahr wird unter anderem eine Veranstaltung zum Thema „Katatonie“ in den Kanon aufgenommen. Das in den Symposien erworbene Wissen kann bei Interesse in Workshops (separat buchbar und kostenpflichtig) weiter vertieft und praktisch angereichert werden. Alle Kongress-Veranstaltungen werden bei der Landesärztekammer zur Zertifizierung eingereicht. Der Kongressbesuch lässt den persönlichen CME-Punktekontostand leicht um 20 bis 40 Punkte anwachsen.

Nachhaltig zukunftsorientiert

Die DGPPN kommt ihrer ökologischen Verantwortung nach und hat sich gemeinsam mit ihren Dienstleistern und Partnern der Nachhaltigkeit verschrieben. Ziel ist es, den DGPPN Kongress so ressourcenschonend wie möglich durchzuführen. Dabei gilt: vermeiden, bilanzieren, kompensieren. Dies wird auf alle Bereiche der Kongressorganisation angewendet. Zum Beispiel werden Dienstleister und Aussteller angehalten, so wenig Wegwerfartikel wie möglich einzusetzen; es wird auf Mehrweggeschirr oder Einweg aus nachhaltiger Produktion zurückgegriffen, auch Mehrweg-Trinkflaschen und Wasserspender reduzieren den Abfall erheblich. Auf Kongressstaschen, Give-Aways und gedruckte Flyer wird verzichtet, Auflage und Umfang des gedruckten Programms werden weiter reduziert. Auch in Kongressveranstaltungen wird für die Thematik „Klima und Psyche“ sensibilisiert.

Vor Ort und zu Hause

Das Anmeldeportal ist geöffnet, Entscheidungsfreude wird belohnt: Bis zum 30. September 2023 gilt für die Kongressgebühr ebenso wie für die Workshops der Frühbucherrabatt. Bis dahin zahlen zum Beispiel ärztliche Mitglieder in Weiterbildung statt 345 Euro nur 290 Euro Teilnahmegebühr. Neumitglieder der DGPPN nehmen gänzlich kostenfrei am Kongress teil. Buchbar sind wieder zwei verschiedene Programmpakete:

- **Berlin+Online-Paket:** Das Ticket zum DGPPN Kongress 2023 im CityCube Berlin mit Zugang zum gesamten wissenschaftlichen Programm und dem Angebot „Kunst und Psyche“ an allen vier Kongresstagen. Zusätzlich kostenpflichtig buchbar ist das Workshop-Programm, das ausschließlich vor Ort angeboten wird. In diesem Paket ist auch der Zugang zum Livestreaming-Angebot enthalten, das während des Kongresses und im Anschluss bis Ende März 2024 zur Verfügung steht.
- **Online-Paket:** Die meisten State-of-the-Art-Symposien, Lectures und Meet-the-Expert-Sessions sowie einige Symposien werden während des Kongresses live übertragen; sie können mit diesem Paket von zuhause aus verfolgt werden. Das Livestreaming-Angebot wird aufgezeichnet und steht im Anschluss an den Kongress bis Ende März 2024 zur Verfügung.

Das Online-Angebot des vergangenen Kongresses steht noch bis 30. April 2023 zur Verfügung. Auch wer nicht am DGPPN Kongress teilgenommen hat, kann sich noch anmelden.

Generation PSY – die neue Psychiater-Generation

Bis zu 1000 angehende und junge Fachkräfte besuchen jährlich den Kongress. Auf sie wartet ein spezieller Programmschwerpunkt mit rund 20 Symposien, Meet-the-Expert-Runden, Lectures, Diskussionsforen, Workshops und dem Kongress-Speeddating zum Vernetzen.

Dialog auf Augenhöhe

Das Miteinander von Betroffenen, Angehörigen und Professionellen ist ein zentrales DGPPN-Prinzip – auch auf dem Kongress. Der Dialog bereichert Symposien, Talkrunden und Informationsveranstaltungen. Betroffenen-Initiativen wird zudem in der Ausstellung der nichtkommerziellen Organisationen und Verbände explizit Raum gegeben.

Kunstvolle Perspektiven

Kunst kann psychische Erkrankungen sichtbar machen und mit Tabus brechen. Auf dem DGPPN Kongress sind Ausstellungen, Lesungen und Filmvorführungen im Schwerpunkt „Kunst und Psyche“ ein wichtiger Teil des Programms: eine Chance für Kunstschaffende, den Kongressteilnehmenden neue Blicke auf psychische Erkrankungen zu ermöglichen.



Aktionsbündnis
Seelische Gesundheit

Woche der
Seelischen Gesundheit

ZUSAMMEN DER ANGST DAS GEWICHT NEHMEN

10.–20. OKTOBER 2023
www.seelichegesundheit.net

Wissenschaft

Das DZPG kommt

Es ist ein ehrgeiziges Vorhaben, mit dem das Deutsche Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG) an den Start geht. Strukturelle, langfristige Forschungsförderung und der Zusammenschluss verschiedener Forschungseinrichtungen sollen den Durchbruch in der Prävention und Behandlung psychischer Erkrankungen bringen.

Psychische Erkrankungen gelten längst als Volkskrankheiten. Ihre unzureichende Behandlung führt zu erhöhter Sterblichkeit und verursacht jährlich direkte volkswirtschaftliche Kosten in Höhe von 44,4 Milliarden Euro. Obwohl in den vergangenen Jahrzehnten viel Wissen gesammelt werden konnte, ist über die Ursachen und den Verlauf von psychischen Erkrankungen immer noch zu wenig bekannt. Die verfügbaren Therapien wirken nur begrenzt und nicht bei allen Betroffenen. Um effektivere und an den individuellen Bedürfnissen der Menschen ausgerichtete Präventions-, Diagnose- und Therapieverfahren zu entwickeln, werden neue Erkenntnisse und Methoden benötigt.

Bislang wurde die Erforschung von psychischen Erkrankungen projektbasiert, d. h. befristet gefördert. Dadurch gelang es vielfach nicht, an Forschungsfragen langfristig zu arbeiten, Forscherinnen und Forscher zu binden und vorhandene Kompetenzen zu bündeln. Erst eine langfristige, strukturelle Förderung macht zielführende und systematische Wissenschaft möglich. Nur so können beispielsweise verlässlich Kohortenstudien durchgeführt werden, die die Entstehung, den Verlauf und die individuellen Bedingungen für Therapieerfolge bei psychischen Erkrankungen im Längsschnitt untersuchen. Die DGPPN setzt sich deshalb schon seit 2013 für die Gründung und Finanzierung eines Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit und die damit verbundene strukturelle Förderung ein.

2018 schließlich war man mit diesen Bemühungen erfolgreich: Die Bundesregierung beschloss die Gründung des Deutschen Zentrums für Psychische Gesundheit. In einem kompetitiven Verfahren wurden 2021 sechs Standorte ausgewählt (siehe Abbildung 1), die 2022 ein gemeinsames Forschungskonzept vorlegen konnten. Am 1. Mai 2023 beginnt der Aufbau des Zentrums zunächst mit Hilfe einer Projektförderung, der Beginn der langfristigen Förderung durch Bund und Länder wird für spätestens 2025 angestrebt.

Ziele

Das neue DZPG hat sich hohe Ziele gesteckt: die psychische Gesundheit und Resilienz in Deutschland zu fördern, das Bewusstsein für psychische Erkrankungen zu schärfen und die Krankheitslast durch psychische Störungen, also insbesondere Sterblichkeit und Morbidität, in den nächsten 15 Jahren messbar zu verringern. Das Zentrum soll zudem dazu beitragen, die aktuellen gesellschaftlichen Ungleichheiten bei der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern, wie sie zum Beispiel zwischen städtischen und ländlichen Lebenswelten und auch für besonders vulnerable Gruppen bestehen. Um validere Diagnose- und Prognosemodelle sowie personalisierte präventive und therapeutische Strategien zu entwickeln, müssen physiologische und biopsychosoziale Aspekte stärkere Berücksichtigung finden. Das DZPG wird konsequent auf ein entsprechendes Verständnis von psychischer Gesundheit hinarbeiten. Es wird

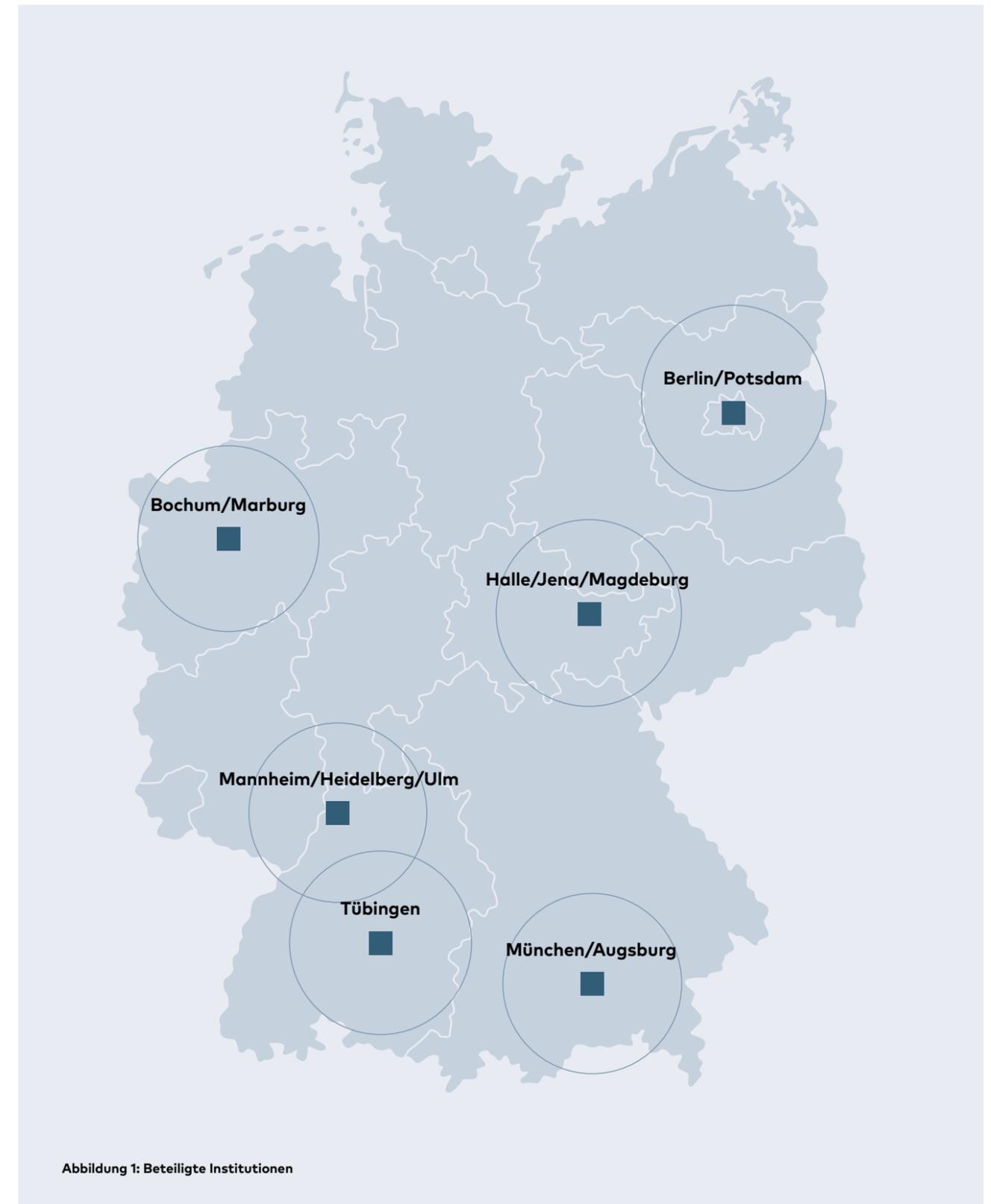


Abbildung 1: Beteiligte Institutionen

einen störungsübergreifenden, transdiagnostischen dimensionalen Ansatz anwenden, der das mechanistische Konzept von psychischer Gesundheit und Krankheit ergänzt. Die komplexen Verläufe von Erkrankungen, die sich bereits früh im Leben eines Menschen entwickeln, sollen besser verstanden werden, indem das Zentrum einen die gesamte Lebensspanne umfassenden Ansatz verfolgt.

Um diese Ziele zu erreichen, wird langfristig und nachhaltig in modernste digitale Forschungs- und Modellierungstechnologien investiert. Zudem werden repräsentative klinische und epidemiologische Kohorten harmonisiert, so dass sie besser vergleichbar und miteinander kombinierbar sind. Die bisherigen Schwierigkeiten, Forschungserkenntnisse in die Versorgung zu überführen, sollen u. a. durch langfristige Beobachtungsstudien und klinische Studien mit großen

Die **Deutschen Zentren für Gesundheitsforschung** sind langfristig angelegte und gleichberechtigte Partnerschaften von Hochschulen, Universitätskliniken und außeruniversitären Forschungseinrichtungen. In Zusammenarbeit mit privatwirtschaftlichen Unternehmen dienen die Zentren der Vernetzung aller Aktivitäten zu jeweils einer medizinischen Indikation. Die enge Vernetzung und der Ausbau vorhandener Forschungsstrukturen ermöglichen eine schnellere Translation der Erkenntnisse aus der Forschung in die Versorgung. Die ersten Zentren wurden 2009 gegründet. Mittlerweile arbeiten sechs Zentren in 37 Städten in insgesamt 13 Bundesländern. Sie umfassen insgesamt 90 Partnerinstitutionen.

Deutsche Zentren für Gesundheitsforschung

- Deutsches Zentrum für Diabetesforschung (DZD), seit 2009
- Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), seit 2009
- Deutsches Zentrum für Lungenforschung (DZL), seit 2011
- Deutsches Zentrum für Infektionsforschung (DZIF), seit 2012
- Deutsches Zentrum für Herz-Kreislauf-Forschung (DZHK), seit 2012
- Deutsches Konsortium für Translationale Krebsforschung (DKTK), seit 2012

In Planung sind:

- Deutsches Zentrum für Psychische Gesundheit (DZPG), Start im Mai 2023
- Deutsches Zentrum für Kinder- und Jugendgesundheit (DZKJ)

Stichproben überwunden werden. Die klinischen Studien des DZPG sollen in epidemiologische Panels integriert werden, die Probanden teils schon vorgeburtlich aufnehmen und sie begleiten. Dafür müssen funktionierende zentrumsübergreifende Forschungsinfrastrukturen eingerichtet und Patientenrekrutierung, Datenerfassung sowie -verwaltung harmonisiert werden. Zur Koordination innerhalb des DZPG sollen synergetische Dienstleistungen und Plattformen entstehen, um Validität und Qualität der Forschung zu verbessern.

Drei Hauptforschungsbereiche

Das DZPG fokussiert drei verschiedene, miteinander verknüpfte Hauptforschungsbereiche, die aufeinander aufbauen:

- I. Risiko- und Resilienzfaktoren für psychische Gesundheit und somatische Komorbiditäten über die gesamte Lebensspanne
- II. Innovative, individualisierte Interventionen
- III. Prävention, Genesung und Teilhabe im Lebensumfeld

Diese drei Forschungsgebiete umfassen jeweils drei Cluster, die den thematischen Rahmen für lokale und standortübergreifende Projekte festlegen (siehe auch Abbildung 2).

Forschungsbereich I, unter der Koordination der Standorte Bochum und München, zielt darauf ab, das Verständnis der Ursachen und Verläufe von psychischen Störungen zu verbessern. Sie setzt sich aus drei Forschungsclustern zusammen: „Frühkindliche Belastungen und Traumata“, „Generationsübergreifende psychische Gesundheit“ und „Biopsychosoziale Verläufe der psychischen und physischen Gesundheit über die Lebensspanne“. Dieser Bereich umfasst damit die wichtigsten Risikofaktoren für psychische Störungen und ihr dynamisches Zusammenspiel mit biopsychosozialen Entwicklungsprozessen.

Forschungsbereich II, unter der Koordination der Standorte Tübingen und Jena, zielt auf die Verbesserung der Versorgung und des Patientenwohls durch eine schnellere Translation der mechanistischen biopsychosozialen Forschung in die Entwicklung passenderer Behandlungen. Es sollen neue Interventionen entwickelt und optimale Kombinationen aus bestehenden und neuen Interventionen gefunden werden. Gestufte Versorgungsalgorithmen sollen dazu beitragen, dass Behandlungen passgenauer eingesetzt werden und breiter verfügbar sind. Dazu werden drei Forschungscluster eingerichtet: „Individualisierte digitale und neuro-

modulatorische Interventionen“ (z. B. Hirnstimulation, Neurofeedback), „Personalisierte Pharmako- und Psychotherapie“ (z. B. pharmakoverstärkte Psychotherapie oder transdiagnostische, kurzzeit- und mechanismenbasierte Psychotherapieansätze) sowie „Personalisierte, stufenweise Behandlungsstrategien“.

Das übergeordnete Ziel des Forschungsbereichs III, unter Koordination der Standorte Berlin und Mannheim, ist es, das Labor zu verlassen. Durch den Einsatz multimodaler, tiefgreifender Phänotypisierung in miteinander verknüpften und harmonisierten Kohortenstudien und *living laboratories* sollen die Lebenswelten von Patienten, Angehörigen und Fachleuten in ihrer gesamten Komplexität untersucht werden. Diese Daten sollen dann die Grundlage für bevölkerungsbezogene Interventionen bilden (Cluster 1), zur Förderung von Prävention und Genesung eingesetzt werden und eine Basis für partizipative Forschung zu salutogenetischen Prozessen bilden (Cluster 2). Ein zentrales Ziel dieses Forschungsclusters ist es, gemeinschaftlich einen Standard für die Forschung zu Prädiktoren und Behandlungen der

psychischen Gesundheit zu erarbeiten, der die Bedürfnisse, Präferenzen und Umstände der Betroffenen berücksichtigt. So sollen Behandlungsoptionen entwickelt werden, die sich nachhaltig und passend in das Lebens- und Sozialumfeld eines Einzelnen integrieren lassen. Cluster 3 steht im Zeichen der Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen und soll einen evidenzbasierten Werkzeugkasten für geeignete Maßnahmen zur verbesserten sozialen Integration von Menschen mit psychischen Erkrankungen liefern. Unter anderem ist geplant, in diesem Cluster die Auswirkungen der Initiative *Mental Health First Aid* auf die psychische Gesundheitskompetenz in Deutschland zu untersuchen.

Leuchtturmprojekte

Ergänzend zu den Hauptforschungsbereichen werden die Standorte an gemeinsamen Leuchtturmprojekten arbeiten: „Urbane psychische Gesundheit“: Mithilfe von standortübergreifenden, harmonisierten Messungen werden national und international ländliche und städtische Regionen miteinander verglichen. Durch gezielte Interventionen soll die psychische Gesundheit im städtischen Umfeld verbes-

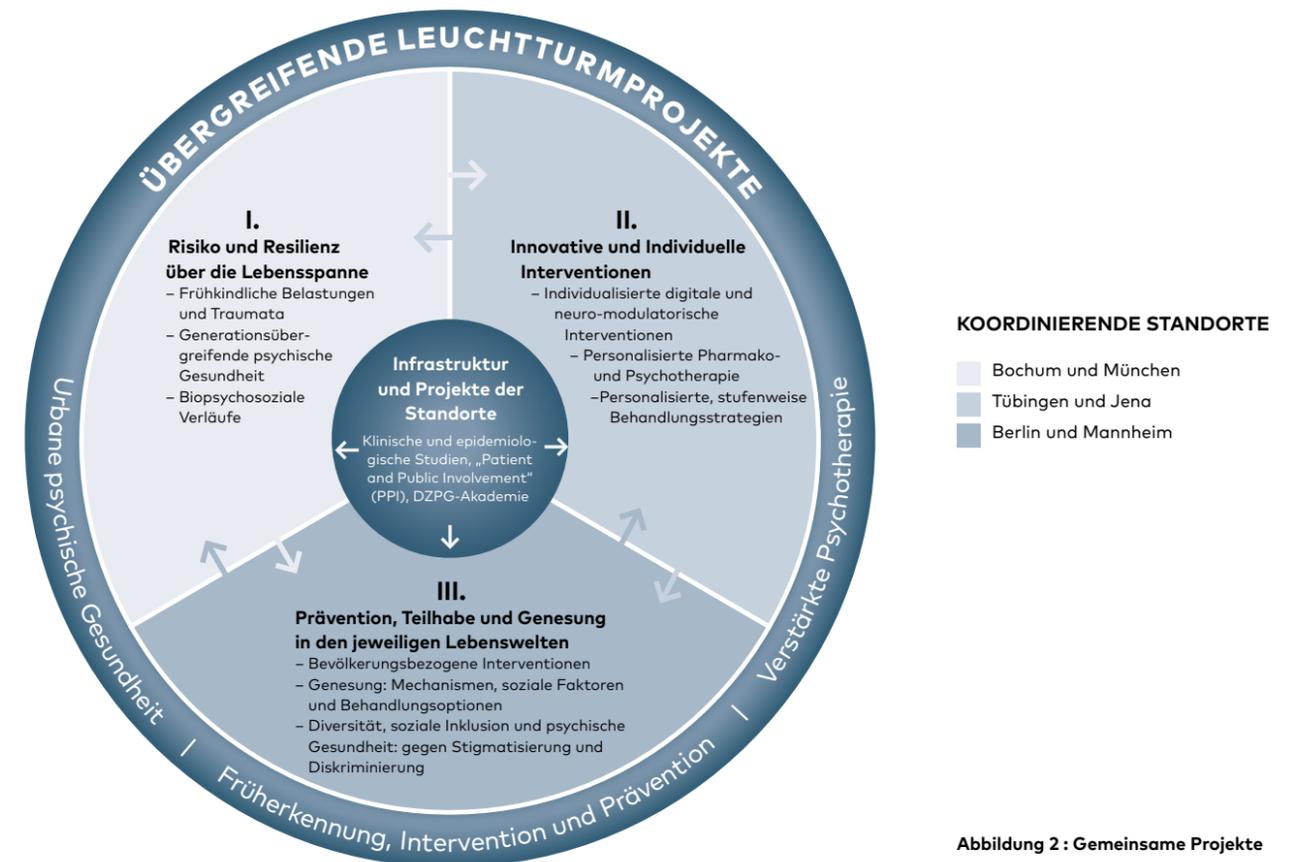


Abbildung 2 : Gemeinsame Projekte

sert werden. Die Erfassung von Veränderungen im Lebensraum (z. B. städtische Bauprojekte, neuer Zugang zu öffentlichen Verkehrsmitteln) ermöglicht kausale Erkenntnisse über Risiko- und Resilienzfaktoren in der Lebenswelt.

„Früherkennung, Intervention und Prävention“: Mit diesem Projekt sollen Präventions- und Frühinterventionsinstrumente für die psychiatrische Versorgung entwickelt und breit zugänglich gemacht werden. Dafür werden Kriterien entwickelt, die helfen, Risiken, insbesondere im Hinblick auf transdiagnostische Risikofaktoren wie z. B. traumabezogene Zustände, zu identifizieren. Diese können dann für die Entwicklung klinisch sinnvoll anwendbarer Instrumente zur Risikovorhersage verwendet werden. So sollen Interventionen entwickelt und erforscht werden, mit deren Hilfe Risiken für einzelne Patienten verhindert oder zumindest abgeschwächt werden können.

„Verstärkte Psychotherapie“: Das dritte standortübergreifende Flaggschiffprojekt betrifft Lernen, Gedächtnis und neuronale Plastizität als Grundlagen psychotherapeutischen Wirkens. Auf dieser Basis werden biologische, verhaltensbezogene, kognitive und soziale Strategien der Verhaltensänderung systematisch erforscht und neue Therapieformen entwickelt.

In der Startphase ab 2023 wird zunächst das Projekt „Früherkennung, Intervention und Prävention“ angegangen.

One Mental Health Hub

Ergänzend zu den drei Leuchtturmprojekten will das DZPG weitere nationale und globale Partner und Finanzmittel für einen *One Mental Health Hub* akquirieren. Das *One-Health*-Konzept der WHO basiert auf dem Verständnis, dass die Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt eng zusammenhängt, und untersucht die komplexen Zusammenhänge. Bislang beschränkt sich die Forschung in diesem Bereich auf Aspekte der körperlichen Gesundheit und insbesondere Zoonosen. Das DZPG will nun die Auswirkungen der Veränderungen in der Biosphäre auf die psychische Gesundheit untersuchen und auf Grundlage dieser Erkenntnisse Interventionen und Präventionsansätze entwickeln.

Beteiligung von Betroffenen und Öffentlichkeit

Eine tragende Säule des DZPG soll zudem das sogenannte *Patient and Public Involvement (PPI)* werden. Darunter versteht man die konsequente Beteiligung von Patienten, Angehörigen und der breiten Öffentlichkeit an der For-

schung. Patienten aller Altersstufen sowie ihre Angehörigen werden auf allen Ebenen des Forschungsprozesses und in alle Studien einbezogen. Sie haben nicht nur beratende Funktion, sondern auch Entscheidungsbefugnis. So will das DZPG einen neuen nationalen Standard der Partizipation implementieren und die Qualität und Relevanz der psychiatrischen Forschung erhöhen. Durch die Beteiligung von Betroffenen wird auch die Entstigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen gefördert.

Folgende Maßnahmen sind geplant:

- Analog zu dem bereits existierenden trialogischen Zentrumsrat soll jeder DZPG-Standort ein eigenes „Trialogisches Board“ installieren.
- Bei der Auswahl der Forschungsfragen werden die Interessen von Betroffenen und Angehörigen berücksichtigt.
- Die Einschätzung von Betroffenen wird auch bei der Vergabe von Forschungsmitteln berücksichtigt.
- Sowohl im klinischen *Peer-Support-Setting* als auch in der klinischen Forschung des DZPG werden Betroffene eingestellt.
- Mit einem Zentrum für PPI wird eine zentrale Infrastruktur zur Koordination aller PPI-Aktivitäten eingerichtet.
- Es wird die Einrichtung einer neuen Professur „Patient and Public Involvement“ in Berlin angestrebt.

Young DZPG

Ein weiterer Fokus des DZPG soll die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses sein. Dazu werden an jedem der sechs Standorte sogenannte „Young DZPGs“ eingerichtet, die ein miteinander kooperierendes Netzwerk bilden. Eine „DZPG-Akademie“ soll spezielle Fortbildungsprogramme für junge Forschende (bis zu sieben Jahre nach Abschluss des PhD bzw. der Promotion) anbieten. Sie wird zudem aktiv Wissenschaftskommunikation betreiben und sich regelmäßig an die Öffentlichkeit wenden. Zusätzlich soll die Forschung für Frauen attraktiver gemacht werden. Das DZPG plant, mindestens 50% der Promovierenden- und Postdoc-Stellen mit Frauen zu besetzen sowie konsequent familienfreundliche Arbeitsstrukturen zu etablieren.



Eine Beschreibung des DZPG ist gerade erschienen: *The future German Center for Mental Health (Deutsches Zentrum für Psychische Gesundheit): a model for the co-creation of a national translational research structure*
www.nature.com/articles/s44220-023-00026-y

Das One-Health-Konzept der WHO auf www.who.int/health-topics/one-health#tab=tab_1

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.

Safe		Die Serie von Regisseurin und Oscar-Preisträgerin Caroline Link handelt von psychischen Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen. Betont sachlich, aber mit viel Gespür für Zwischentöne werden unterschiedliche Themen und Problematiken behandelt. Die Fälle sind fiktiv, haben jedoch hohen Realitätsbezug.	→ Serie ZDF-Mediathek
Heilende Drogen		Substanzen wie LSD und Psilocybin gelten als vielversprechende, aber auch höchst umstrittene Ansätze bei der Behandlung von Depressionen und Süchten. Die Dokumentation widmet sich gleich mehreren weltweit angelaufenen Studien zum Heilungspotenzial.	→ Reportage Arte
So bin ich eben		Dass eine gesunde Ernährung positive Auswirkungen auf unseren Körper haben kann, ist allgemein bekannt. Wie ist es aber mit dem Einfluss auf unsere Psyche? In einer Folge ist Psychiater Bastian Willenborg zu Gast und klärt über so manchen Mythos auf.	→ Podcast alle Plattformen
Verrückt		Was gilt als gesund, was als psychisch krank? Die Kriterien dafür wandeln sich mit der Zeit. Welche Reformen braucht die psychiatrische Versorgung und Behandlung in Deutschland? Die Serie untersucht die „Trends der Diagnostik“.	→ Radiofeature WDR-Mediathek
Das Zentrum des Universums		Die mehrteilige Dokumentation zeigt Menschen mit narzisstischer Persönlichkeitsstörung und ihre Angehörigen. In verschiedenen Filmbeiträgen zeigen die Betroffenen, ihre Partner und ihre Kinder, wie sie den Umgang mit der Erkrankung erleben und welche Herausforderungen sich im Alltag stellen.	→ Filmreihe Stream über Vimeo
Das Manchmal-Kind		Oft weiß Céline gar nicht, wohin mit ihrer Energie, manchmal ist sie ganz still und in sich gekehrt. Jede Woche ist die Siebenjährige ein paar Stunden zu Besuch bei ihren Paten, einmal im Monat bleibt sie über Nacht. Das Feature dokumentiert ein Patenprojekt für Kinder psychisch kranker Eltern.	→ Radiofeature WDR-Mediathek
Spinnst du?		Wie gelingt das „normale“ Leben nach einem Psychiatrieaufenthalt? Zwei Jahre nachdem sich die Moderatorin Sonja Koppitz eine Woche in die Psychiatrie begeben hat, macht sie sich erneut auf die Reise in die Welt psychischer Erkrankungen und Therapien.	→ Podcast alle Plattformen

Stand bei Redaktionsschluss

Studien

merk-würdig

Psyche im Fokus präsentiert Studienergebnisse, die ganz sicher im Gedächtnis bleiben

Weniger Sorgenfalten

Die Injektion von Botulinumtoxin in die Glabella-Region kann zu einer Linderung von Depressionen beitragen. Die dahinter stehende Vermutung, dass Gesichtsmimik und psychisches Befinden eng verbunden sind, legt nahe, dass die Methode auch bei der Behandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung eingesetzt werden kann. In einer MRT-Studie der Medizinischen Hochschule Hannover wurden 45 Frauen mit Botox, die Kontrollgruppe mit Akupunktur behandelt. Beide Methoden führten nach vier Wochen zu einer Verbesserung der Symptome. Die Botoxbehandlung war zudem speziell mit einer verbesserten Hemmungsleistung und einer erhöhten Aktivität in den für die Motorik zuständigen Rindengebieten der Großhirnrinde verbunden. Die Forscher sehen die Ergebnisse als Anlass zur weiteren Untersuchung des Einsatzes von Botox in der Behandlung von psychischen Erkrankungen.

Quelle: Kruger THC et al. (2022) Neuronal effects of glabellar botulinum toxin injections using a valenced inhibition task in borderline personality disorder. *Scientific Reports* 12:14197. doi.org/10.1038/s41598-022-17509-0



Auf Crashkurs

Jugendliche mit ADHS haben krankheitsbedingt ein doppelt so hohes Verkehrsunfallrisiko verglichen mit anderen Teenagern. In den USA wurde ein spezielles Computerprogramm entwickelt, mit dem junge ADHS-Betroffene ihre Aufmerksamkeit im Straßenverkehr schärfen können. Die Studie richtete sich an 16–19-Jährige, bei denen ADHS diagnostiziert worden war und die im Besitz einer Fahrerlaubnis waren. Die Hälfte nahm an dem speziellen Training teil, während die Kontrollgruppe nur eine digitale Fahrsicherheitsunterweisung erhielt. Ausgewertet wurden die Momente, in denen Teilnehmende länger als zwei Sekunden nicht auf die Straßen schauten, sowie die Summe der Spurabweichungen. Diejenigen, die das spezielle Fahrtraining absolvierten, hatten signifikant bessere Werte als die Kontrollgruppe.

Quelle: Epstein JN et al. (2022) Trial of training to reduce driver inattention in teens with ADHD. *N Engl J Med* 387:2056–2066 doi:10.1056/NEJMoa2204783



Gutes Gezwitscher

Wie sich Verkehrslärm und Vogelgesang auf Stimmung, Paranoia und kognitive Leistung auswirken, wurde in einer randomisierten Studie mit 295 gesunden Teilnehmenden untersucht. Dabei hörten sie Verkehrs- bzw. Vogelgeräusche, füllten anschließend online Fragebögen zur Erfassung der mentalen Gesundheit aus und erhielten Kognitionsaufgaben. Im Ergebnis zeigte sich, dass das Hören von Vogelstimmen Ängstlichkeit und Paranoia bei gesunden Menschen verringert, auf depressive Zustände aber keinen Einfluss hat. Verkehrslärm hingegen verschlechterte depressive Zustände. Erklärt wird der positive Effekt mit einer Assoziation von Vogelstimmen und natürlicher Umgebung. Die Ergebnisse sind relevant für die weitere Forschung zum Einsatz von Geräuschkulissen in verschiedenen therapeutischen Settings.

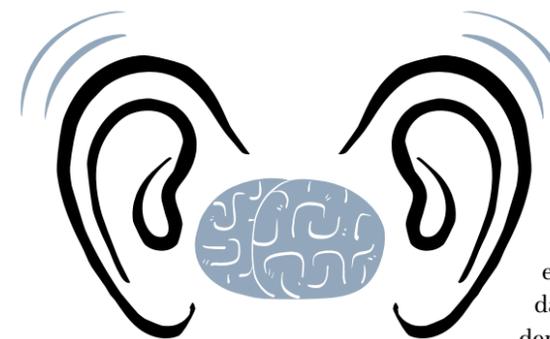
Quelle: Stobbe E et al. (2022) Birdsongs alleviate anxiety and paranoia in healthy participants. *Scientific Reports* 12:16414. doi.org/10.1038/s41598-022-20841-0



Kognitives Aufhören

Ein Risikofaktor für Demenz ist Hörverlust. Es gibt jedoch nur wenige Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen Hörverlust und Demenz bei älteren Erwachsenen. In einer amerikanischen Studie wurden nun repräsentative Daten von Menschen über 65 Jahren analysiert. Man fand heraus, dass die Demenzprävalenz mit dem Ausmaß der Schwerhörigkeit zunimmt. Etwa die Hälfte der Teilnehmenden mit moderatem bis schwerem Verlust des Gehörs verwendete ein Hörgerät, was mit einer niedrigeren Demenzprävalenz einherging. Eine mögliche Erklärung dafür sehen die Forschenden darin, dass mit einer herabgesetzten auditiven Wahrnehmung auch eine Verminderung der Hirnaktivität einhergeht. Dies wiederum trägt zu einem kognitiven Verfall bei.

Quelle: Huang AR et al. (2023) Hearing loss and dementia prevalence in older adults in the US *JAMA*. 329(2):171–173. doi:10.1001/jama.2022.20954



Transmitter- gewitter

DGPPN-
Medienpreis
2022

Als Medienpreisgewinner Christopher Bonnen vier Jahre alt ist, schreibt der Kinderarzt einen Verdacht in seine Akte: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Bis ins Erwachsenenalter helfen ihm Medikamente, die ADHS in den Griff zu bekommen. Dann beschließt er: Es muss auch ohne Pillen gehen. Chronik eines Selbstversuchs

„Tun Sie Ihrem Kind einen Gefallen“, sagte Doktor Funck zu meiner Mutter, „probieren Sie es mit Tabletten.“ Das war in der Sechsten, als ich Einträge ins Klassenbuch sammelte und aus dem Unterricht flog, weil ich ständig störte, aus dem Fenster kletterte und Kaugummi ins Haar eines Mitschülers warf. Heute bin ich 29 und schlucke seit fast 18 Jahren meine Pillen. Ich habe ADHS, eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. Damit bin ich einer von vermutlich zwei Millionen Erwachsenen in Deutschland. Ein Zappelphilipp, der kein Kind mehr ist. [...]

Frühjahr 2019. Immer so weiter?

Im Jahr vor der Pandemie komme ich an eine Grenze. Als ich im Mai unerklärlich heftig mit meiner Freundin streite und weinend vor einem Imbiss stehe, fange ich wieder an, mich zu fragen: Wie möchte ich mit meiner ADHS leben? Brauche ich die Tabletten noch? Will ich sie mein ganzes Leben lang nehmen? Was kann ich tun, was ist nicht veränderbar? Und vor allem: Was ist die ADHS, und was bin ich? [...]

Mai 2020. Ein Auslassversuch

Ich sitze bei meinem Neurologen. Einmal im Quartal muss ich zu ihm, meist läuft es so: Kann nicht klagen, erzähle ich, schlafe nur nicht so toll, danke fürs Rezept, Tschüs. Nur mit dem Sonderrezept für Betäubungsmittel bekomme ich das Medikament adult. Dieses Mal frage ich, ob ich es absetzen kann. „Probieren Sie es! Dann, wenn Sie es sich leisten können.“ Erst in der Freizeit, danach bei der Arbeit.

16 Jahre nach den ersten Milligramm Methylphenidat, des Wirkstoffs, setze ich das Medikament ab. Es ist Mai 2020, alles ist durch die Pandemie anders als sonst. Für mich: weniger stressig. Ich arbeite nur noch zu Hause, jede zweite Woche mit festen Arbeitszeiten. Meine Freundin Julia hat sich bei mir einquartiert und gibt meinem Tag Struktur. Morgens setzen wir uns an den kleinen Tisch im Wohnzimmer und klappen die Laptops auf, bis sie sich berühren.

Am Montagmorgen lasse ich die Tabletten im Küchenschrank, mein Auslassversuch beginnt in einer Woche ohne Termine. Ich fühle mich frei, schaffe wenig und finde das nicht schlimm. Nachmittags trinken wir Weißwein auf dem Balkon, abends machen wir Pizza. Ich trödele durch die Tage. Wenn ich etwas vergesse, sage ich: „Sorry, habe keine Tablette genommen.“ Ich erlebe die erste Woche als Erfolg.

Am Ende der Woche sagt meine Freundin zu mir: „Wenn das immer so ist, halte ich das nicht aus.“ Fahrig sei ich gewesen und unfair, schnell gereizt, und wie schon so oft habe ich ihr das Gefühl gegeben, sie sei schuld. Ab nächster Woche lieber wieder Tabletten, sage ich.

Zu Dienstbeginn am Montag nehme ich im Wohnzimmerbüro Platz und schlucke eine Tablette. Der Tag nervt mich. Ich bin angespannt. Abends streiten wir. Am nächsten Morgen will ich die Tablette aus dem Blister drücken, doch ich werfe ihn zurück ins Regal. Ich kann doch nicht nach einer Woche aufgeben!

Die Tabletten zu nehmen, gibt mir Sicherheit, sie nicht zu nehmen, eine Entschuldigung. Ich fordere viel von meiner Umgebung und sage gleichzeitig: Ich selbst kann nicht anders. Um mir das Gegenteil zu beweisen, verhalte ich mich nun überbetont achtsam, zensiere meine Sätze, kontrolliere mein Verhalten. Was mich enorm anstrengt. Mir hilft die Reizarmut im Lockdown. Meine Freundin sagt, ich gehe entspannter mit ihr um, und am Telefon sei ich auffällig freundlich zu den Kolleginnen und Kollegen. „Du warst nicht so gestresst, wenn ich dich mal rausgebracht habe. So als könntest du gleich zurück, so wie ich.“

Die zweite Woche ohne Tabletten ist für uns beide ein Erfolg. Ich mache weiter. Julia sagt: „Ich habe ganz vergessen, dass du keine Tabletten mehr nimmst.“

Was genau bei ADHS im Gehirn passiert, ist noch nicht endgültig erforscht. Wohl spielt der Dopaminaustausch zwischen den Neuronen eine wichtige Rolle.



Wenn wir uns mit Freunden treffen, erzähle ich stolz, dass ich nichts mehr einnehme. Ich spüre Anerkennung, als hätte ich mit dem Rauchen aufgehört. Als müsste ich das. [...]

In Deutschland glaubt jeder Fünfte, dass ADHS keine echte Krankheit ist, fanden Forschende 2019 heraus. Und zwei von drei Befragten waren gegen eine Behandlung von Kindern mit Medikamenten wie Ritalin.

Was Tempo mit dem Taschentuch schaffte, gelang dem Pharmakonzern Novartis mit Ritalin: Sein Medikament gehört untrennbar zur ADHS. In Ritalin ist als Wirkstoff ebenfalls Methylphenidat enthalten, der zum Beispiel auch als Medikinet verschrieben wird. Als ich 2004 die erste Tablette nahm, wurden in Deutschland insgesamt 26 Millionen Tagesdosen verschrieben, 2010 waren es schon 56 Millionen, 2018 dann 53 Millionen.

Nicht jedes Kind mit ADHS braucht Tabletten. Doch für viele seien sie eine „lebensentscheidende Weichenstellung“, sagt Jürgen Funck. Er empfiehlt Medikamente, wenn er glaubt, dass ein Kind sonst Nachteile erleidet, die man nicht mehr reparieren kann. Einen ADHS-Patienten dann nicht zu behandeln, hätte fatale Folgen: mangelnder Schulerfolg, der abweicht vom Potenzial des jungen Menschen, schlimmstenfalls nicht mal Hauptschulabschluss.

„Ich sage den Eltern immer: wenn Ihr Kind Diabetes hätte, würden Sie nicht mit mir über Insulin diskutieren. Wieso diskutieren Sie mit mir bei ADHS? Das ist auch eine Stoffwechselerkrankung mit Mangel einer Substanz!“ [...]

Die erste Tablette

Damals verließ meine Mutter die Praxis mit einer einzelnen Tablette in der Tasche. Vor dem Frühstück am Samstag schluckte ich das erste Mal Methylphenidat. Es war das erste angenehme Frühstück seit langer Zeit, sagt meine Mutter. [...]

Die Tabletten verschafften mir keinerlei Vorteil gegenüber anderen Kindern, weder in der Schule noch auf dem Fußballplatz. Sie ermöglichten, dass mir gelang, was ich konnte.

Bis zur neunten Klasse brachte ich dennoch drei Tadel nach Hause, wegen zu vieler Einträge ins Klassenbuch. Einmal kokelte es in einem Mülleimer, und der Klassenlehrer verdonnerte mich zu Strafstunden bei der Freiwilligen Feuerwehr. Aber ich lief nicht mehr Gefahr, von der Schule zu fliegen, und fand Freunde.

Heute als Erwachsener frage ich mich: Ist das alles mein Charakter, bin ich so, oder ist das die Störung? Ich kenne mich nicht anders. Es gibt kein „ohne ADHS“, nur ein „ohne Tabletten“. Ich bin kein anderer Mensch mit dem Medikament, aber eine Version meiner selbst, die ich lieber mag.

Ich bin – mit und ohne Pille – ein Vielredner, extrovertiert. Aber mit der Tablette lasse ich anderen auch mal Raum.

Als ich es im Sommer 2020 „ohne“ versuche, sitzen meine Freundin und ich in einer Berliner Kneipe mit Freunden zusammen. Einer will von einem Verwandten erzählen, der seit Beginn der Pandemie wunderbar wurde. „Das kenne ich auch“, unterbreche ich ihn und erzähle minutenlang eine Geschichte. Niemand anderes kommt mehr zu Wort. Meiner Freundin fällt das auf, mir nicht. Später, als sie mir ihre Beobachtung schildert, schäme ich mich. Doch ich weiß auch, dass meine Art zu reden und mit Argumenten um mich zu ballern, eine Diskussion beleben und pushen kann. Es ist nicht nur meine Schwäche.

Bei meinen Eltern

Mehr als 400 Kilometer sind es von Hamburg nach Kleinbroich, dem Ort, in dem ich aufgewachsen bin. Im Zug denke ich an meinen Vater, der nicht mit mir umgehen konnte, und meine Mutter, die es musste. Beide wohnen noch immer in derselben Straße, seit vielen Jahren in unterschiedlichen Häusern.

Im Wohnzimmer meines Vaters röhrt der Ventilator. Ich frage ihn, warum ich so lange das Gefühl hatte, dass etwas zwischen uns steht. Mein Vater sagt: „Du hast es mir damals nicht einfach gemacht, dich lieb zu haben.“ [...]

Mein Vater und ich haben lange keinen guten Umgang miteinander gefunden. Das änderte sich erst, als ich mit den Jahren wurde, wie mein Vater mich längst sah: erwachsen. Heute fühle ich mich ihm näher denn je. Wir mussten uns das erarbeiten.

Ich weiß, ohne meine Mutter wäre ich gescheitert. Wir sitzen auf dem Klappsofa, wo früher mein Schreibtisch stand. [...] Vor uns liegt der dicke Ordner mit ADHS-Unterlagen, der die Kämpfe dokumentiert, die meine Mutter für mich gekämpft hat. Ich weiß nicht, wie das für sie war.

Sie musste sich rechtfertigen. Dafür, dass ich war, wie ich war. Ihr Kind war doch so liebenswürdig! Das fiel anderen Eltern bloß schwer zu glauben, wenn ich beim Spielen mit deren Tochter den Tisch umwarf und Kassetten quer durchs Kinderzimmer schmiss.

Sie musste sich rechtfertigen. Dafür, dass sie mir Tabletten gab. Anderen Eltern habe sie häufig erklärt, dass die Medikamente mich nicht ruhigstellen, sondern mir helfen. Damals hieß es über ADHS-Kinder wie mich, wir seien die „Sorgenkinder unserer Gesellschaft“, und auch in GEO warnten Experten vor dem „schnellen Griff zur Pille“. Das Gefühl, sich verteidigen zu müssen, habe ich mitgenommen. [...]

Mein 18. Geburtstag wurde zum Problem. Die Krankenkasse wollte die Medikamente nicht mehr bezahlen. Meine Mutter schrieb Briefe und ließ sich bis zur Abteilungsleiterin durchstellen. „Und die sagte mir als Mutter: Haben Sie sich mal überlegt, was Sie Ihrem Kind da einflößen?“ Da sei es aus ihr herausgebrochen: „Wissen Sie, wie lange ich damals überlegt habe? Wissen Sie, wo wir standen, als es dazu kam, dass er die Tabletten nimmt? Haben Sie jemals erlebt, wie das aufs Familienleben schlägt?“ Ihr Gesicht wird auch mehr als zehn Jahre später noch rot, als sie über die Krankenkasse schimpft.

Um zu begreifen, was sie mit mir durchgemacht hat, musste ich erwachsen werden. Als ich in den Zug zurück nach Hamburg steige, fühle ich ein großes Glück, dass meine Eltern mich nie aufgegeben haben.

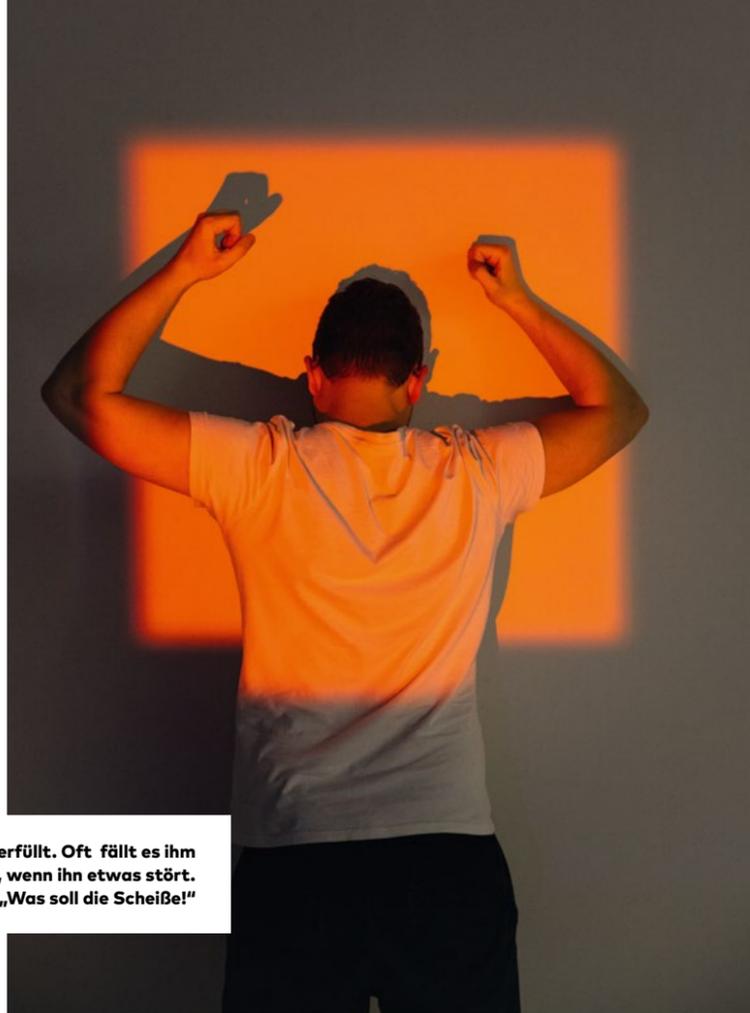
Meine Mutter hat damals erreicht, dass ich die Tabletten weiterhin bekam, zumindest bis zum Abitur. Auch mein Kinderarzt schrieb der Krankenkasse: „Die Erkrankung ADHS ist nicht mit dem 18. Geburtstag beendet. Wenn Sie eine wissenschaftliche Übersicht über die Behandlung von



Ohne Medikamente wird Bonnen vieles zu viel. Nimmt er die Pillen, fühlt es sich an, „als hätte jemand mein Kopfchaos aufgeräumt“.



An schlechten Tagen fühlt sich Christopher Bonnen von einer sinnlosen Wut erfüllt. Oft fällt es ihm schwer, sich im Zaum zu halten ... und dann fragt er nicht: „Muss das sein?“, wenn ihn etwas stört. Stattdessen platzt es aus ihm heraus: „Was soll die Scheiße!“



ADHS bei Erwachsenen wünschen, können Sie sich in der einschlägigen Literatur informieren. Zum Beispiel Krause J., 2009, 3. Auflage.“

Sie hat ADHS erwachsen gemacht

Im Sommer 2020 sitzt Johanna Krause in ihrem Garten, und ich habe das Buch dabei: „ADHS im Erwachsenenalter“. Sie hat es zusammen mit ihrem Mann geschrieben. [...]

Als Krauses jüngerer Sohn Ende der 1980er Jahre eingeschult wird, probieren sie bald Ritalin. Krause ist betroffene Mutter, aber auch Ärztin für Psychiatrie und Neurologie und hat noch heute ihre Praxis oben im Dachstuhl.

1995 tritt Johanna Krause in der Fernsehsendung „Familienzeit“ als Experte auf. Nach der Sendung am Abend können die Zuschauer anrufen. Bis ein Uhr nachts habe sie telefoniert, erzählt Krause. „Mit einer Liste von 40 Erwachsenen bin ich heimgefahren. Bei allen war die Frage, ob ich sie behandeln kann.“

Krause beginnt die ersten Erwachsenen zu therapieren, auch mit Stimulanzien, die in Deutschland nur für Kinder zugelassen sind. Schon damals ist sie sicher, dass die Medikamente helfen, weil sie den gestörten Stoffwechsel im Hirn korrigieren. 1997 bekommt sie die Chance zu zeigen, was sie bislang nur vermutet. Mithilfe eines neuen radio-

aktiven Markierungsstoffs weist eine Forschungsgruppe um das Ehepaar Krause nach: Methylphenidat reguliert bei Erwachsenen mit ADHS den Dopaminspiegel im Striatum: Diese Hirnregion ist an der Steuerung von Bewegungen beteiligt. Arbeitet sie gestört, kann Hyperaktivität entstehen.

Als das Bundesgesundheitsministerium im Jahr 2002 mit Medizinerinnen, Therapeutinnen und Elternverbänden Grundsatzzgespräche über ADHS führt, wird Johanna Krause zwar zunächst nicht eingeladen, nimmt aber trotzdem teil. Sie pocht auf einen Punkt: „Vergesst die Erwachsenen nicht. Das Familienleben kann doch nicht funktionieren, wenn auch die Eltern betroffen sind.“

Krause verschafft sich Gehör. Als ein Jahr später die erste ADHS-Leitlinie zur Diagnose und Behandlung im Erwachsenenalter entsteht, formuliert sie Johanna Krause gemeinsam mit einem Psychiater und einer Neurologin. Sie hat ADHS erwachsen gemacht, als Mutter, Forscherin und Therapeutin.

Trotzdem dauerte es bis 2011 – erst da wurde ein Methylphenidat-Medikament für Erwachsene in Deutschland zugelassen. Längst gibt es mehr Auswahl und andere Wirkstoffe. Gut so, sagt Krause, manchen Patienten helfe etwa Amphetamin mehr. „Man muss für jeden Einzelnen das Puzzle neu zusammensetzen. Es gibt nicht die ADHS.“ Dass Stimulanzien wie Ritalin einen schlechten Ruf haben,

liegt ihrer Meinung nach an der häufigen Überdosierung und der Tabletten-therapie nach Schema F.

Die Gegner der Tablette

Die Gegenposition zu Johanna Krause vertritt Charlotte Köttgen. Die Frauen sind in einem ähnlichen Alter, beide Medizinerinnen, ansonsten eint sie wenig. Charlotte Köttgen leitete früher den jugendpsychiatrisch-psychologischen Dienst der Stadt Hamburg und hat vor ein paar Jahren eine bekannte Broschüre mitverfasst: „Eine Generation wird krankgeschrieben“. Auf dem Cover verstecken zwei Kinder ihre Gesichter in Eimern, daneben eine riesige Schachtel Ritalin.

Köttgen verweist in ihrer Broschüre auf einzelne Studien, die zeigen, dass die Jüngsten einer Grundschulklasse häufiger eine ADHS-Fehldiagnose erhalten und dass unverhältnismäßig oft Kindern aus schwierigen sozialen Verhältnissen die Störung attestiert wird. Ergebnisse wie diese würden „von der Industrie und ihr nahestehenden Wissenschaftlern nicht verbreitet“, behauptet Köttgen in der Schrift. Dabei seien Studien bekannt und zugänglich, die beispielsweise zeigen würden: Kinder, die jahrelang Tabletten nehmen, sind als Erwachsene im Durchschnitt etwas kleiner. Für Köttgen belege auch das, wie gefährlich Ritalin und die Diagnose ADHS sein kann. Denn für sie ist ADHS „lediglich eine Beschreibung von Auffälligkeiten, die nichts über die Ursachen aussagt“.

Ich bin froh, dass damals Doktor Funck meiner Mutter die Tablette mitgab – selbst wenn ich ohne die Psychopharmaka vielleicht größer als 1,78 Meter geworden wäre. Auch habe ich die Tabletten immer gut vertragen. Meine einzigen Nebenwirkungen: Heißhunger am Abend und mal schlecht einschlafen. Oft erscheint mir die Kritik an dem Medikament ideologisch. Unbegründet ist die Angst allerdings nicht, dass ADHS zu häufig diagnostiziert und Ritalin vor-schnell verschrieben wird. [...]

Meine Strategien

Als 2011 die ersten Methylphenidat-Pillen für Erwachsene zugelassen wurden, endete gerade meine Sondererlaubnis. Ich sammelte beim Neurologen weiter Rezepte ein, fing an zu studieren und legte in der Mensa den Blister neben den Teller. Die ADHS verschwand im Alltag aus meinem Kopf, solange ich jeden Morgen und Mittag an die Tablette dachte. [...]

Bis heute arbeite ich oft und gern nachts, ich kann mich besser konzentrieren, wenn die Welt verstummt. Tagsüber im Großraumbüro ziehe ich manchmal Kopfhörer auf, höre

Lagerfeuer knistern und Blätter rascheln, um mich zu konzentrieren. Überfluten mich die Reize doch mal, bin ich erst hilflos, dann angespannt, schließlich aggressiv. Das Muster hat sich in meiner Kindheit eingraviert, heute schaffe ich meist, es zu unterdrücken – vor allem im Beruf, wo die Hemmschwelle höher ist. Unterdrücke ich es nicht, stoße ich meine Freundin oder Freunde und Familie mit harten Worten vor den Kopf. Ich sage „Was soll die Scheiße?“ statt „Muss das sein?“ und immer „ich will“. In Gruppen rede ich am meisten und lasse keinen mittelmäßigen Witz liegen. Bis heute ist der Wunsch nach Anerkennung meine große Schwäche. Trotzdem würden meine Kollegen meine ADHS nicht erkennen, würde ich ihnen nicht davon erzählen. Ich habe mir eine Rolle gebastelt, die ADHS gut kaschiert: Eine Kombination aus hartem Kritiker und zynischem Klassenclown.

Neudiagnose beim Spezialisten

An einem Freitagmorgen habe ich einen Termin im Universitätsklinikum Bonn. Seit fast drei Monaten nehme ich keine Tablette mehr. Es geht mal besser, mal schlechter. In der ADHS-Ambulanz für Erwachsene erwartet mich der Neurologe Behrem Aslan zum ersten Diagnosetermin. Ich möchte wissen: Ist meine ADHS, wie ich annehme, noch so stark, dass sie sich klar nachweisen lässt? Und wenn das so ist: Soll ich dauerhaft mit oder ohne Tabletten weitermachen? Ich will eine Antwort vom Spezialisten, statt selbst herumzudoktern. Ich will eine Entscheidung, wie ich die nächsten Jahre mit meiner ADHS lebe. Dazu durchlaufe ich von Neuem den gesamten Diagnoseprozess. [...]

Aslan bittet mich, vor dem zweiten Termin einige Arztbesuche zu machen: Blutabnehmen, EKG, MRT des Kopfes – um anderes auszuschließen und sicherzugehen, dass mein Körper künftig Tabletten vertragen würde. Eine ungesund erweiterte Schlagader im Kopf wäre schlecht. Beim nächsten Mal soll ich die alten Zeugnisse und meine Mutter mitbringen, damit sie von früher berichtet.

Die Versorgungslücke

In Spezialambulanzen wie jene in Bonn kommen Menschen mit größeren Problemen, als ich sie habe, und meist erst dann, wenn sie schon lange leiden. Ambulanzärzte sehen vor allem die Härtefälle. Einige Patienten sind kokainabhängig, sie therapieren sich hier gewissermaßen selbst. Koks ähnelt Methylphenidat. Viele sind längst schon wegen Angststörungen oder Depressionen in Behandlung und haben Glück, dass endlich ein Therapeut die zugrundeliegende ADHS erkennt. Manche kommen, weil bei ihrem Kind ADHS diagnostiziert wurde.

Die Terminkalender der Fachkliniken sind oft voll bis ins nächste Jahr. In der Versorgung von Erwachsenen klafft eine Riesenlücke. Vor allem der Wechsel vom Kinderarzt ins erwachsene Versorgungssystem ist ein Problem. Viele Behandlungen werden in der Übergangsphase abgebrochen. Als Jugendlicher nimmt etwa jeder Zweite mit ADHS Medikamente, mit 21 Jahren ist es nur noch jeder Fünfzehnte, zeigen Krankenkassendaten. [...] Erwachsene mit ADHS haben andere Probleme als Kinder, die nicht stillsitzen wollen. Nach der Pubertät verändern sich in vielen Fällen die Symptome, vor allem die Hyperaktivität, erfahre ich. Seit ich drei war, habe ich Fußball gespielt, dazu Karate, Schwimmen



Bonnen sieht sich als Erfolgsfall: Die Störung hat keine weiteren psychischen Leiden ausgelöst, wie das bei ADHS vorkommen kann.

oder Boxen, Wochen mit sechsmal Sport, um mich auszupeinern. Oft wird aus dem hibbeligen ADHS-Kind ein innerlich getriebener Erwachsener, der unter Stimmungsschwankungen leidet. Fußball gucke ich heute vor allem im Fernsehen. Die Unruhe hat sich nach innen gekehrt. An manchen Tagen komme ich vor Schwerkraft kaum von der Couch. Ich kann

nicht anfangen, alles sinnlos, stundenlang, dabei müsste ich. Bin ich abends verabredet, zwingt mich. Sobald ich zur Tür hinaus bin, geht es mir besser. [...]

Wer wissen will, was ein Leben mit ADHS bedeutet, guckt nach Skandinavien. Dort sind Studien anhand der nationalen Gesundheitsregister möglich. Daten von Millionen Menschen, ihren Leiden, wann und wie sie sterben, und Stichproben mit Zehntausenden ADHS-Diagnostizierten. Diese Registerstudien zeigen: Menschen mit ADHS bauen mehr Autounfälle und werden öfter angefahren. Sie haben im Schnitt schlechtere Jobs, landen eher im Gefängnis, lassen sich öfter scheiden. Und sie nehmen sich häufiger das Leben. Denn dieses Leben kostet Kraft. Wird die Störung behandelt, bessert sich vieles. [...]

Was hilft? Ein Vergleich

Je mehr Studien ich lese, desto klarer wird mir: Sicher weiß das niemand. Die Suche nach der besten Langzeittherapie scheint ein Indizienprozess zu sein. Nur wenige wissenschaftliche Untersuchungen vergleichen unterschiedliche Therapieformen. Dass Methylphenidat hilft, wurde zwar oft gezeigt, aber fast nie über einen langen Zeitraum – trotz der mehr als 40 Jahre, in denen die Medikamente bei ADHS verordnet werden.

Eine Studie, finanziert vom Gesundheitsministerium der USA, befeuerte Anfang der 2000er Jahre den Ritalin-Boom: die „Multimodal Treatment Study of Children with ADHD“ (MTA). Fast 600 Kinder zwischen sieben und zehn Jahren wurden dafür zufällig in mehrere Gruppen aufgeteilt und unterschiedlich behandelt: Eine Gruppe bekam Methylphenidat, eine andere erhielt Verhaltenstherapie, wieder eine andere beides.

Nach 14 Monaten zeigten alle Kinder weniger schwere ADHS-Symptome. Doch am besten ging es Kindern, die Verhaltenstherapie und Tabletten erhielten, und fast ebenso gut denjenigen, die nur Stimulanzien nahmen. Die Schlussfolgerung: am besten immer Ritalin!

Bei Kindern ist es bis heute das Mittel der Wahl. Erwachsenen Patienten helfen Amphetamine besser und sind verträglicher, fanden Forschende vor drei Jahren heraus: In der Folge wurde Elvanse für Erwachsene mit ADHS in Deutschland zugelassen.

Auch die deutsche COMPAS-Studie [mit über 400 erwachsenen Probanden; geleitet von Alexandra Philipsen] vergleicht die Stimulanzien mit Psychotherapie. [...] Bei Kurzzeituntersuchungen war der Vorteil der Tabletten sehr stark. Langzeitstudien sind dagegen selten. Ärzte beobachten zwar bei ihren Patienten über die Zeit positive Effekte.

Bei den MTA-Kindern war drei Jahre später jedoch der Vorteil von Tabletten gegenüber einer Verhaltenstherapie nicht mehr belegbar.

Kritiker der Pillen verweisen meist auf diese Befunde. Doch gute Langzeitdaten sind kaum sauber zu erheben: ADHS-Probandinnen und -Probanden vergessen die Medikamente wohl oft oder nehmen sie unregelmäßig ein. Was mir bekannt vorkommt. „Phasen, in denen sie absetzen, und dann wieder Phasen, in denen sie Medikation nehmen: So handhaben es sehr viele Erwachsene, ehrlich gesagt.“ Alexandra Philipsen windet sich bei dem Punkt. „Viele machen auch am Wochenende eine Pause. Es ist noch nicht gut genug untersucht, was dadurch passiert“, sagt sie.

Der Blister auf dem Cafétisch

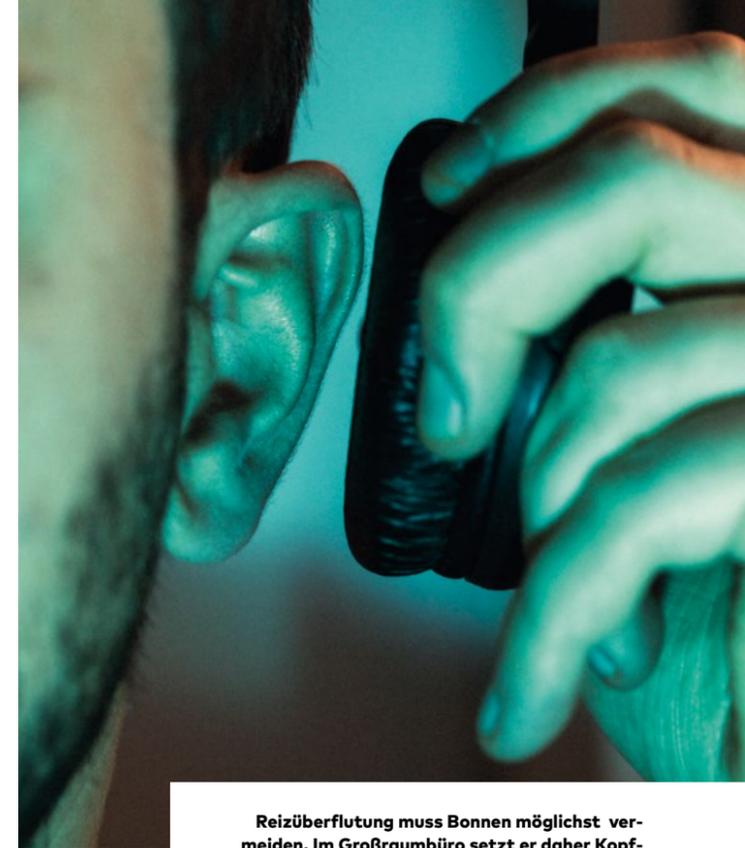
Während ich für diesen Text recherchiere, blocke ich fünf Tage in meinem Kalender. Ich will Interviews vorbereiten, doch ich schaffe nichts. Viele Fragen kritzele ich erst Minuten vor den Gesprächen in mein Notizbuch. Hinterher höre ich mir die Mitschnitte an, höre, wie ich ewig rede, bis ich endlich meine Frage stelle, und wie ich Antworten unterbreche.

Ich verschwinde tagelang in Studien, ich springe zwischen Hunderten Tabs hin und her – und behalte nichts. Um den Text zu schreiben, klebe ich 124 Post-Its an meine Wohnzimmerwand: schlimm genug?!, Genetik ≠ Schicksal, Überdosierung steht darauf. Selbsthass wird zu Verzweiflung. Ich komme an mein Limit. Bei meinem Neurologen jammere ich. „Testen Sie, wie es wieder mit Tabletten ist“, schlägt er vor. Ich will nicht. Das wäre doch eine Niederlage, seit mehr als drei Monaten geht es doch eigentlich ohne. „Sie können die Medikamente auch phasenweise nehmen“, sagt er, „nur bei Bedarf.“ Für mich klingt das nach Doping.

Danach liege ich meiner Freundin in den Armen: Warum muss es denn so anstrengend sein? Sie fragt: Wem willst du etwas beweisen?

Zwei Tage später greife ich morgens in den Küchenschrank und gehe in ein Café. Nach so langer Zeit bin ich vorsichtiger als sonst und will unbedingt etwas im Magen haben. Ich lege das Buch von Johanna Krause auf den Cafétisch, daneben einen Blister mit Tabletten. Später lese ich im Gehen. In den nächsten Tagen fühle ich mich, als hätte jemand das Kopfchaos aufgeräumt. Ich lese Texte am Stück, und von Studien behalte ich das Wichtige.

In den folgenden Wochen vollbringe ich zwar nicht gerade Wunder, aber die lange anhaltenden Konzentrationsphasen kommen wieder. Versinke ich endlich im Hyperfokus, lasse ich mich tragen. Tauche ich nach Stunden auf, bin ich erschöpft und hungrig, aber ich komme nicht zur Ruhe.



Reizüberflutung muss Bonnen möglichst vermeiden. Im Großraumbüro setzt er daher Kopfhörer auf, hört ein Lagerfeuer knistern

Wenn ich mittags die zweite Tablette nehme, fühlt es sich nun manchmal an, als stünde ich für eine Stunde unter Starkstrom. Vielleicht sollte ich die Dosis senken.

Im November sitze ich erneut bei Doktor Aslan in der Ambulanz. [...] Eine endgültige Neudiagnose könne er erst nach dem dritten Termin stellen. Er habe aber keinen Zweifel, sagt er, am Ende werde das Ergebnis ADHS lauten.

Was bleibt

[...] Am Ende dieser Reise beschließe ich drei Dinge: Ich senke die Dosis ein wenig, wechsele von Medikinet auf das verträglichere Ritalin. Und wenn die Pandemie endet, fange ich eine Verhaltenstherapie an. Ich weiß jetzt, ich bin nicht krank. Nur gestört. Damit das so bleibt, nehme ich Tabletten.

Autor

Christopher Bonnen

ist freier Journalist in Hamburg und arbeitet vor allem für die Tageschau. In der anderen Hälfte seiner Zeit schreibt er Texte für GEO, ZEIT, SZ und FAS.

Fotografin

Marina Rosa Weigl

ist Spezialistin für Porträtfotografie. Sie hatte zuvor noch nie mit ADHS zu tun.

Gekürzter Nachdruck aus GEO Nr. 02/2022.

Mit freundlicher Genehmigung von GEO

Inside DGPPN

Der Vorstand der DGPPN zählt seit Jahresbeginn vier neue Mitglieder – jeweils zwei von ihnen stellen sich im Doppelinterview vor. Den Anfang machen der Angst- und Digitalisierungsexperte Peter Zwanzger und Karel Frasch, dessen Schwerpunkt auf Depressionen und neuen Versorgungsformen liegt. Andreas Bechdorf und Sylvia Claus, die den Vorstand komplettieren, präsentieren sich in der Herbst-Ausgabe.

2 x 2

Welchen Berufswunsch hatten Sie als Kind?

PZ: Ich wollte immer Hausarzt werden – es kam dann aber doch anders.

KF: Tatsächlich wollte ich schon früh Arzt werden – die Favorisierung unseres Fachgebiets stellte sich dann im Laufe meiner Jugend heraus. Ich habe schon immer gerne meine Mitmenschen auf individuelle Besonderheiten hin beobachtet.

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

PZ: Erstmals kam ich im Studium mit dem Fach in Berührung. Die Erfahrung, selbst einen Patienten explorieren zu dürfen, ist mir sehr im Gedächtnis geblieben.

KF: Das war 1994 in Form des studentischen Blockpraktikums in Günzburg, das ich übrigens bis heute mitbeziehe. Damit waren meine beruflichen Würfel gefallen.

Würden Sie wieder Psychiater werden?

PZ: Auf jeden Fall – keine Frage!

KF: Ja. Ich liebe diesen Job!

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

PZ: Trotz aller Bemühungen und auch trotz sichtlicher Erfolge, das Stigma zu reduzieren, führen Vorbehalte auch heute noch dazu, dass sich Menschen nicht behandeln lassen und sogar Hemmungen haben, über ihre Erkrankung zu sprechen. Die Gesellschaft weiter für unser Fach zu öffnen, ist eine der wichtigsten Aufgaben.

KF: Mich im Vorstand der DGPPN zu engagieren, kam mir angesichts meines Werdegangs bei ackpa wie eine logische Konsequenz vor.

Worauf freuen Sie sich im Hinblick auf Ihre neue Aufgabe besonders?

PZ: Auf die Zusammenarbeit mit den vielen tollen Kolleginnen und Kollegen.

KF: Ich freue mich darauf, von den Besten zu lernen und gemeinsam das Fachgebiet, unsere Profession und die Versorgung weiterzuentwickeln. Des Weiteren bin ich gespannt auf neue Themen und neue persönliche Kontakte. Schließlich hoffe ich, dass wir zusammen einiges bewegen können.

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

PZ: Das Stigma zu bekämpfen und alle Patientinnen und Patienten in die Therapie zu bringen. Aber auch: Ressourcen richtig zu verteilen – wer benötigt Psychotherapie und wie viel, wer sollte in stationäre Behandlung? Das scheint mir insbesondere in Zeiten des Personalmangels besonders relevant zu sein.

KF: Wir benötigen einen vernünftig gegenfinanzierten und flexibel individualisierbaren, klugen Mix aus unterschiedlichen Therapieintensitäten, der den Erfordernissen gerecht wird. Was wir nicht benötigen, sind immer neue Subsektoren, innerhalb derer administrative Aufgaben verstärkt personelle Ressourcen „fressen“, die dann im unmittelbaren Kontakt mit den Patienten fehlen.

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

PZ: Oft wird der Mangel an Innovation in unserem Fach beklagt. Ich finde, es deuten sich spannende Ent-

wicklungen an: Neue Konzepte der Krisenversorgung, hochinnovative pharmakologische Entdeckungen, die Implementierung neuer Psychotherapiemethoden und auch mögliche Perspektiven in der molekularen Diagnostik. Ich denke, die richtige Mischung wird die besten Effekte bringen.

KF: Ein ausgezeichnete erster Schritt wäre die Aufnahme flexibler ambulanter Behandlung in den Räumlichkeiten der Klinik, beim Patienten zuhause oder anderswo in die Regelversorgung, wobei Frequenz und Dauer sich nach dem Bedarf richten – auf Basis gemeinsamer Erwägungen des Patienten, der Bezugspersonen und des therapeutischen Teams. Die Vereinfachung administrativer Aufgaben unter Verwendung pfiffiger digitaler Assistenzsysteme und damit mehr Zeit für patientennahe Kernaufgaben als zweiter Schritt – von mehr wage ich für die Zeit, in der ich noch arbeite, erst einmal (noch) nicht zu träumen.

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

PZ: Er sollte einen Monat auf unserer Aufnahmestation arbeiten. Danach müsste ich, glaube ich, keine Wünsche mehr haben.

KF: Ich würde mir natürlich wünschen, dass er uns auf dem oben skizzierten Weg entschlossen unterstützt.

Was fasziniert Sie an der Erforschung der Psyche?

PZ: Seit Beginn meiner Tätigkeit beeindruckt mich die Zusammenhänge zwischen neurobiologischen Mechanismen und unserem seelischen Empfinden.

KF: Wir werden niemals klug genug sein, unsere Psyche vollends zu verstehen – wenn das möglich wäre, müsste unser Gehirn noch weitaus differen-

zierter sein. Insofern freue ich mich, weitere kleine Schritte auf diesem Weg gehen zu dürfen.

Für welchen Durchbruch in der Wissenschaft würden Sie einen Nobelpreis für Medizin verleihen?

PZ: Wenn es gelingen würde, zentrale Erkenntnisse zu gewinnen, die zur personalisierten Therapie psychischer Erkrankungen führen.

KF: Für die Entwicklung eines hochwirksamen Impfstoffs gegen Krebs. Denn Prävention ist bekanntlich die eleganteste Form der Medizin.

Warum sollte sich der Medizinnachwuchs für die Disziplin entscheiden?

PZ: Weil Psychiatrie und Psychotherapie meiner Ansicht nach eins der wichtigsten Fachgebiete ist; weil es in einzigartiger Weise biologische, psychologische, psychosoziale und philosophische Perspektiven in sich vereint und weil es die einzige Disziplin ist, in der man Menschen wortwörtlich ganzheitlich behandelt!

KF: Es bedarf bei jeder Behandlung einer immer wieder neuen Zusammensetzung biologischer, psychotherapeutischer und sozialer Interventionen – es wird also nicht langweilig. Und überindividuelle Algorithmen werden die Person des Therapeuten niemals gänzlich überflüssig werden lassen – gute Aussichten also für die Zukunft!

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

PZ: Oft fasziniert – selten irritiert – in jedem Fall interessiert.

KF: Bei der überwiegenden Mehrheit schlägt mir ein leicht ängstlich gefärbter Respekt entgegen: „Der weiß womöglich mehr über mich, als mir lieb ist“.

SHORTCUTS

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



Peter Zwanzger

1. Nach Bedarf
2. Das schließt sich nicht aus
3. Definitiv exotisch
4. Auf jeden Fall Schnee
5. Das Buch fehlt!



Karel Frasch

1. Beides
2. Per Saldo Gemütlichkeit
3. Gutbürgerlich
4. Strand
5. „Drei Damen vom Grill“ (Serie)

Living Guidelines

Leitlinien enthalten evidenzbasierte, behandlungsleitende Empfehlungen. Eine häufige und damit ressourcenintensive Aktualisierung erhöht die Validität – größere Zeitabstände gehen zulasten der Aktualität. Das Konzept der „Living Guidelines“ versucht dies auszubalancieren und dem Tempo des Erkenntnisgewinns gerecht zu werden. Die DGPPN strebt für wichtige Leitlinien eine jährliche Aktualisierungsschleife an.

Auf Basis des aktuellen Kenntnisstands werden systematisch entwickelte Empfehlungen herausgearbeitet, um die Entscheidungsfindung für eine angemessene Versorgung bei spezifischen Gesundheitsproblemen zu unterstützen. Nach Sichtung und Bewertung der Studienlage erfolgt eine Abwägung von Nutzen und Schaden alternativer Vorgehensweisen. Das gängigste Modell zur Aktualisierung dieser Leitlinienempfehlungen besteht darin, die gesamte Leitlinie in bestimmten Zeitabständen – in Deutschland meist alle fünf Jahre nach Erscheinen – zu überarbeiten.

Diese Vorgehensweise kann verschiedene Nachteile haben. Zum einen kann die umfassende Überarbeitung ineffektiv sein, falls es zu bestimmten Themen zwischenzeitlich keine neuen Erkenntnisse gab. Zum anderen sind aufgrund des rapide anwachsenden medizinischen Wissens Leitlinien teilweise schon zum Zeitpunkt ihrer Veröffentlichung nicht mehr aktuell. Eine Leitlinienempfehlung kann immer nur so aktuell sein, wie das Datum zur Recherche des zugrundeliegenden systematischen Reviews. Verschiedene Studien zeigten, dass die mittlere „Haltbarkeit“ wissenschaftlicher Übersichtsarbeiten, das heißt der Zeitraum, in

dem sie auf dem neuesten Stand sind, in einem Fachgebiet mit einer hohen Publikationsrate, nur 2,9 Jahre betrug [1], dass ein Fünftel der Empfehlungen medizinischer Leitlinien nach drei Jahren [2] und bereits die Hälfte fünf Jahre nach der Veröffentlichung veraltet waren [3].

Derzeit wird zu möglichen Verbesserungen in der Leitlinienarbeit geforscht, ein neues Konzept, das mit dem Aufkommen von *Living Systematic Reviews* realistisch geworden ist [4], sind sogenannte Living Guidelines: Leitlinien sollen als „lebendige“ Richtschnur konzipiert werden und jeweils den aktuellen evidenzbasierten Wissensstand widerspiegeln. Sie zielen darauf ab, den Entscheidungsträgern zeitnah Ratschläge zu geben, indem der Prozess der Leitlinienentwicklung so optimiert wird, dass einzelne Empfehlungen aktualisiert werden können, sobald neue relevante Erkenntnisse vorliegen.

Aktuell werden Living Guidelines in Deutschland noch selten umgesetzt. Im AWMF-Register hatten im Jahr 2022 nur 12 % der publizierten Leitlinien dieses Format. International wurden im Jahr 2021 lediglich 83 Living Guidelines

gezählt [5]. Ob sie tatsächlich zu besserer Versorgung führen als Leitlinien mit anlassbezogenen *Amendments*, ist bisher noch nicht systematisch untersucht. Die Implementierung von Living Guidelines ist mit einer Reihe von Herausforderungen verbunden. So bedarf es einer spezifischen Methodik zur Erstellung sowie eine kontinuierliche Fortentwicklung und Verbreitung der Leitlinieninhalte. Diskutiert wird auch die Festlegung von Schwellenwerten für die Änderung von Leitlinienempfehlungen. Zusätzlich bestehen große logistische Herausforderungen für die beteiligten Fachgesellschaften und Verbände. Kontinuierlich aktualisierte Leitlinien stehen für moderne Medizin und haben einen Vertrauensbonus auf Seiten der Behandelnden. Politisch werden Living Guidelines daher ebenfalls aktiv unterstützt. Die Umwandlung von herkömmlichen S3-Leitlinien kann seit 2020 über den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Förderung beantragt werden.

Die DGPPN strebt eine Vorreiterrolle in der Digitalisierung von Leitlinien an und will auch die Erstellung von Living Guidelines für den Bereich psychischer Erkrankungen vorantreiben. Unterstützt wird daher das Innovationsfondsprojekt „Guide2Guide – Living Guidelines in der Psychiatrie: Chancen und Herausforderungen der Implementierung eines dynamischen Aktualisierungskonzeptes“ [6]. Im Rahmen von Guide2Guide werden alternativ zur regulären Leitlinienerstellung eine systematische Literaturrecherche und eine Expertenbefragung durchgeführt. Zudem wurde der Informationsbedarf von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen ermittelt. Es zeigte sich, dass Patientenleitlinien noch weitgehend unbekannt sind [7]. Hier könnte u. a. eine anwenderfreundlichere digitale Aufbereitung von Leitlinieninhalten Abhilfe schaffen.

Dieser von der Guide2Guide-Gruppe noch zu entwickelnde dynamische Arbeitsprozess soll zu einer besseren Berücksichtigung neuer Erkenntnisse in den DGPPN-Leitlinien beitragen.

Ein weiteres von der DGPPN unterstütztes Innovationsfondsprojekt in dem Zusammenhang ist „SISYPHOS“ [8]. Es hat die strukturierte Implementierung digitaler, systematisch aktualisierter Leitlinienempfehlungen zur optimierten Therapeutenadhärenz bei Schizophrenie zum Ziel. Die Forschenden bei SISYPHOS entwickelten ein iteratives Prozedere zur Erstellung einer Living Guideline [5] für Schizophrenie und setzen dieses in einem Pilotprojekt mit anschließender Evaluierung um. In dem hierzu erarbeiteten Manual wird ein jährlicher Aktualisierungszyklus empfohlen. Zur kontinuierlichen Begleitung soll eine sogenannte Living-Guideline-Gruppe eingesetzt werden. Dazu gehören, wie bisher üblich, eine feste Steuergruppe und zusätzlich jährlich variierende Experten für die priorisierten Fragestellungen. Eine Evidenzgruppe soll kontinuierlich systematische Evidenzübersichten zu den Fragestellungen von Interesse erarbeiten.

Die DGPPN möchte die Ergebnisse dieser beiden Innovationsfondsprojekte aufnehmen und Living Guidelines für dynamische Gebiete im Bereich der psychischen Erkrankungen implementieren. Als Erstes sollen die DGPPN-Leitlinien zu Schizophrenie und Demenzen in das Living-Format überführt werden.



Quellen
dgppn.de

Von heute für morgen



Der aktuelle Hype um Künstliche Intelligenz und Anwendungen wie *ChatGPT* reißt nicht ab. Die Nutzerzahlen explodieren und die Funktionen entwickeln sich rasant. Neben Texten kann die KI auch Bilder generieren. *Psyche im Fokus* wollte herausfinden, wie viel Wissen und wie viel Wesen drinsteckt. Das unverfälschte Ergebnis ist in den Folgeabschnitten zu begutachten.

PS: Diesen Einleitungstext hat ein Mensch verfasst.

PIF ... schreib einen Artikel über den Einsatz von Künstlicher Intelligenz in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung.

KI Die Künstliche Intelligenz (KI) hat in den letzten Jahren in vielen Bereichen des Gesundheitswesens Einzug gehalten und bietet Potenziale zur Verbesserung der diagnostischen Genauigkeit und der Therapieentscheidungen. Insbesondere in der Psychiatrie und Psychotherapie sowie in der Psychiatrieforschung gibt es großes Interesse an der Anwendung von KI, um die individuelle Diagnosestellung und Therapieplanung zu verbessern und um neue Erkenntnisse über die Ursachen und Mechanismen psychiatrischer Erkrankungen zu gewinnen.

In der klinischen Praxis kann KI dazu beitragen, die Diagnostik von psychiatrischen Erkrankungen zu verbessern. Hierfür werden Verfahren wie Machine-Learning-Algorithmen eingesetzt, die auf Basis großer Datensätze lernen, Muster in den Daten zu erkennen. Das Potenzial der KI-basierten Diagnostik wird insbesondere bei schwer zu diagnostizierenden Störungen wie beispielsweise der Borderline-Persönlichkeitsstörung gesehen. Es gibt bereits erste vielversprechende Ansätze, die auf der Analyse von Sprach- und Tonfallmustern sowie Gesichtsausdrücken und Körperhaltungen basieren. So konnte beispielsweise in einer Studie gezeigt werden, dass ein Machine-Learning-Algorithmus anhand von sprachlichen Merkmalen bei Patienten mit Depressionen eine hohe Genauigkeit bei der Diagnosestellung erreichte.

Auch bei der Therapieplanung und -steuerung kann KI eingesetzt werden. Hierbei geht es vor allem darum, individuelle Patientenmerkmale wie beispielsweise die Schwere der Symptomatik, das Ansprechen auf Medikamente und Therapien sowie das Vorhandensein von Komorbiditäten zu berücksichtigen. Basierend auf diesen Merkmalen können KI-Algorithmen

Vorhersagen treffen, welche Behandlung am besten geeignet ist, um die Symptome des einzelnen Patienten zu lindern. Ein vielversprechender Ansatz hierbei ist die sogenannte „Precision Psychiatry“, bei der individuelle Faktoren des Patienten in die Therapieentscheidung einbezogen werden.

Ein weiterer vielversprechender Ansatz ist der Einsatz von virtuellen Therapeuten, die mithilfe von KI-Algorithmen eine individuelle Therapie anbieten können. Hierbei handelt es sich um interaktive Programme, die über Sprache oder Chat mit dem Patienten kommunizieren und auf Basis von Algorithmen und maschinellem Lernen individuelle Empfehlungen aussprechen können. Virtuelle Therapeuten können beispielsweise bei der Behandlung von Angststörungen eingesetzt werden und zeigen in ersten Studien ähnlich gute Ergebnisse wie konventionelle Therapieformen.

PIF Was sind die Risiken beim Einsatz von KI in der Gesundheitsversorgung?

KI Die Verwendung von künstlicher Intelligenz (KI) in der Gesundheitsversorgung bringt viele potenzielle Vorteile mit sich, wie z.B. schnellere Diagnosen, personalisierte Behandlungen und effektivere Forschung. Es gibt jedoch auch einige Risiken, die mit dem Einsatz von KI in der Gesundheitsversorgung verbunden sind, darunter:

Datenqualität und Datenschutz: KI-Systeme sind nur so gut wie die Daten, die sie verwenden. Wenn die Datenqualität nicht hoch genug ist oder die Daten nicht ausreichend geschützt werden, können KI-Systeme fehlerhafte oder diskriminierende Ergebnisse liefern.

Bias und Diskriminierung: KI-Systeme können unbewusste Vorurteile enthalten, die zu diskriminierenden oder unfairen Entscheidungen führen können. Wenn KI-Systeme auf historischen

Daten basieren, die eine Diskriminierung widerspiegeln, kann dies zu einer Verstärkung führen.

Mangelnde Transparenz und Erklärbarkeit: KI-Systeme können äußerst komplex sein und schwer zu verstehen. Dies kann zu Vertrauensproblemen führen, da Patienten und Ärzte möglicherweise nicht verstehen, wie Entscheidungen getroffen werden und welche Faktoren bei der Entscheidungsfindung berücksichtigt wurden.

Haftung und Verantwortung: Wenn ein KI-System eine fehlerhafte Entscheidung trifft, wer ist dann dafür verantwortlich? Diese Frage ist oft schwer zu beantworten, insbesondere wenn das KI-System auf einer komplexen Architektur basiert und mehrere Komponenten umfasst.

Ethik und Moral: Der Einsatz von KI in der Gesundheitsversorgung wirft auch Fragen der Ethik und Moral auf. Beispielsweise könnte der Einsatz von KI zur Entscheidungsfindung über Leben oder Tod führen, was zu moralischen Dilemmata führen kann.

Es ist wichtig, dass diese Risiken bei der Entwicklung und Implementierung von KI-Systemen in der Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden, um sicherzustellen, dass die Vorteile maximiert und die Risiken minimiert werden.

PIF Kann KI einen Psychiater und Psychotherapeuten ersetzen?

KI Obwohl KI bei der Behandlung psychischer Erkrankungen eine nützliche Ergänzung sein kann, ist es unwahrscheinlich, dass sie einen Psychiater oder Psychotherapeuten vollständig ersetzen kann. Ein Psychiater ist ein Arzt mit einer medizinischen Ausbildung, der in der Lage ist, psychische Störungen zu diagnostizieren und Medikamente zu verschreiben. Ein Psychotherapeut ist ein professioneller Therapeut, der eine breite Palette von therapeu-

tischen Techniken einsetzt, um Patienten mit psychischen Problemen zu behandeln.

KI kann bei der Diagnosestellung und Behandlung von psychischen Störungen unterstützen, indem es große Mengen an Daten analysiert, um Muster zu erkennen und Diagnosen zu erstellen. KI kann auch zur Überwachung des Fortschritts von Patienten und zur Anpassung von Behandlungsplänen eingesetzt werden.

Jedoch gibt es Aspekte der psychischen Gesundheitsversorgung, bei denen der menschliche Faktor unersetzlich ist. Der menschliche Therapeut kann empathisch und einfühlsam sein, eine therapeutische Beziehung aufbauen und die Patienten bei der Bewältigung ihrer Probleme unterstützen. Darüber hinaus kann der menschliche Therapeut auf unvorhergesehene Situationen und Veränderungen in der Stimmung oder dem Verhalten des Patienten schnell reagieren und den Behandlungsplan entsprechend anpassen.

Insgesamt ist es unwahrscheinlich, dass KI einen Psychiater oder Psychoherapeuten vollständig ersetzen wird, aber KI kann als nützliches Werkzeug zur Unterstützung und Verbesserung der Diagnosestellung und Behandlung von psychischen Erkrankungen dienen.

PIF Psychiatrie hat auch einige dunkle Kapitel. Wie kann man sicherstellen, dass KI nicht dieselben Fehler passieren?

KI Die Geschichte der Psychiatrie ist leider von einigen dunklen Kapiteln geprägt, wie zum Beispiel der institutionalisierten Diskriminierung und Unterdrückung von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie der Verwendung von fragwürdigen und unmenschlichen Behandlungsmethoden.

Um sicherzustellen, dass KI nicht dieselben Fehler begeht, ist es wichtig, dass die Technologie ethisch entwickelt und eingesetzt wird. Das

bedeutet, dass KI-Systeme nicht nur auf eine effektive Diagnosestellung und Behandlung ausgerichtet sein sollten, sondern auch auf den Schutz der Patientenrechte und den Schutz der Privatsphäre und Vertraulichkeit.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Transparenz und Überprüfbarkeit von KI-Systemen. Es ist wichtig, dass KI-Algorithmen so gestaltet werden, dass sie verständlich und nachvollziehbar sind, und dass ihre Ergebnisse und Empfehlungen überprüfbar sind. Auf diese Weise können potenzielle Fehler oder Voreingenommenheiten in den Algorithmen aufgedeckt und korrigiert werden.

Darüber hinaus ist eine ständige Überwachung und Überprüfung der KI-Systeme erforderlich, um sicherzustellen, dass sie nicht zu Diskriminierung oder unethischem Verhalten führen. Es ist wichtig, dass KI-Systeme regelmäßig auf ihre ethischen und sozialen Auswirkungen untersucht werden und dass gegebenenfalls Maßnahmen ergriffen werden, um potenzielle Probleme zu beheben.

Insgesamt ist es wichtig, dass die Entwicklung und der Einsatz von KI in der Psychiatrie und Psychotherapie sorgfältig und ethisch durchdacht werden, um sicherzustellen, dass sie nicht dieselben Fehler wie in der Vergangenheit macht und um das Vertrauen der Patienten und der Öffentlichkeit in diese Technologie zu gewährleisten.

PIF Wie kann KI zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen beitragen?

KI KI kann auf verschiedene Weise zur Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen beitragen:

Verbesserung der Diagnose: KI kann dazu beitragen, die Diagnosestellung psychischer Erkrankungen zu verbessern, indem sie objektive, evidenzbasierte Diagnosen liefert und die Genauigkeit der Diagnosen erhöht. Dadurch kann

die Stigmatisierung von Patienten, die fälschlicherweise als „verrückt“ oder „unzurechnungsfähig“ stigmatisiert werden, reduziert werden. **Personalisierte Behandlung:** KI kann personalisierte Behandlungspläne auf der Grundlage von Daten und Analysen liefern, die auf die individuellen Bedürfnisse jedes Patienten zugeschnitten sind. Dadurch können Patienten eine zielgerichtete und effektive Behandlung erhalten, die auf ihre spezifischen Symptome und Bedürfnisse abgestimmt ist.

Früherkennung: KI kann dazu beitragen, psychische Erkrankungen früher zu erkennen, bevor sie schwerwiegender werden und schwerer zu behandeln sind. Durch die Früherkennung können Patienten schneller eine angemessene Behandlung erhalten, was dazu beitragen kann, das Stigma zu reduzieren, das mit der Verzögerung der Behandlung verbunden sein kann.

Automatisierte Unterstützung: KI kann dazu beitragen, Patienten mit psychischen Erkrankungen automatisierte Unterstützung und Ressourcen bereitzustellen, um ihnen bei der Bewältigung ihrer Symptome zu helfen. Diese Unterstützung kann von Chatbots und virtuellen Assistenten bis hin zu Selbsthilfetools und -programmen reichen. Dies kann dazu beitragen, dass Patienten sich weniger isoliert fühlen und mehr Kontrolle über ihre eigene Gesundheit und ihr Wohlbefinden haben.

Insgesamt kann KI dazu beitragen, die Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen zu fördern, indem sie zu einer besseren Diagnosestellung, personalisierten Behandlungsplänen, Früherkennung und automatisierten Unterstützung beiträgt. Dadurch können Patienten eine qualitativ hochwertige und zugängliche Versorgung erhalten und gleichzeitig die Stigmatisierung und Diskriminierung, die oft mit psychischen Erkrankungen verbunden sind, reduziert werden.

PIF Sind Menschen mit psychischen Erkrankungen gefährlich?

KI Nein, Menschen mit psychischen Erkrankungen sind nicht per se gefährlich. Die überwiegende Mehrheit der Menschen mit psychischen Erkrankungen stellt keine Gefahr für sich selbst oder andere dar.

Es gibt zwar einige spezifische psychische Erkrankungen, die mit einem erhöhten Risiko für Gewalttätigkeit einhergehen können, wie zum Beispiel bestimmte Formen der Schizophrenie oder der antisozialen Persönlichkeitsstörung. Jedoch bedeutet dies nicht, dass alle Menschen mit diesen Erkrankungen gewalttätig sind oder dass alle gewalttätigen Handlungen auf eine psychische Erkrankung zurückzuführen sind.

Es ist wichtig, Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht zu stigmatisieren oder zu diskriminieren, indem man sie als grundsätzlich gefährlich betrachtet. Stattdessen sollten sie als Menschen betrachtet werden, die eine Behandlung und Unterstützung benötigen, um ihre Symptome zu bewältigen und ein gesundes und produktives Leben zu führen.

Es ist auch wichtig, darauf hinzuweisen, dass viele Menschen mit psychischen Erkrankungen selbst ein höheres Risiko haben, Opfer von Gewalt oder Missbrauch zu werden, als andere Mitglieder der Gesellschaft. Daher ist es wichtig, Ressourcen und Unterstützung bereitzustellen, um die Sicherheit und das Wohlbefinden von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu gewährleisten.

PIF Versteht eine KI menschliche Gefühle?

KI Als KI, die auf Sprachverarbeitung und Textanalyse spezialisiert ist, verstehe ich keine menschlichen Gefühle auf die gleiche Weise, wie es ein Mensch tun würde. Ich kann jedoch programmiert werden, um menschliche Emotionen zu erkennen und auf sie zu reagieren.

Es gibt Technologien, die als „Emotionserkennung“ bezeichnet werden und die von Unternehmen und Organisationen eingesetzt werden, um das emotionale Verhalten von Menschen zu verstehen. Diese Technologien basieren auf Algorithmen und maschinellem Lernen und können zum Beispiel Gesichtsausdrücke, Körperhaltungen, Sprachmuster und andere Verhaltensweisen analysieren, um menschliche Emotionen zu erkennen und zu interpretieren.

Es ist jedoch wichtig anzumerken, dass die Emotionserkennung durch KI-Systeme noch in einem frühen Stadium der Entwicklung ist und mit einigen Herausforderungen und Einschränkungen verbunden ist. Beispielsweise können KI-Systeme möglicherweise nicht alle Feinheiten der menschlichen Emotionen erfassen oder verstehen, wie kulturelle Unterschiede die Ausdrucksweisen von Emotionen beeinflussen können.

Insgesamt kann man sagen, dass KI-Systeme zwar menschliche Emotionen erkennen und darauf reagieren können, aber nicht so umfassend und nuanciert wie ein Mensch.

PIF Erzähl mir Deinen Lieblingswitz

KI Als KI habe ich keinen Sinn für Humor oder persönliche Vorlieben, da ich nur ein Computerprogramm bin und nicht in der Lage bin, Emotionen zu empfinden oder einen Geschmack zu haben.

Aber ich kann dir gerne einen Witz erzählen: Warum hat das Huhn die Straße überquert? Weil es auf die andere Seite wollte!

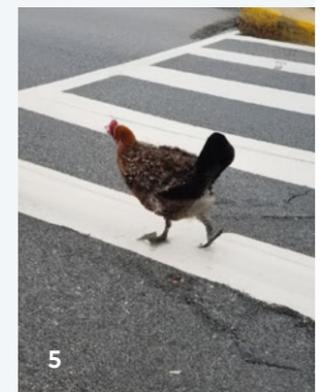
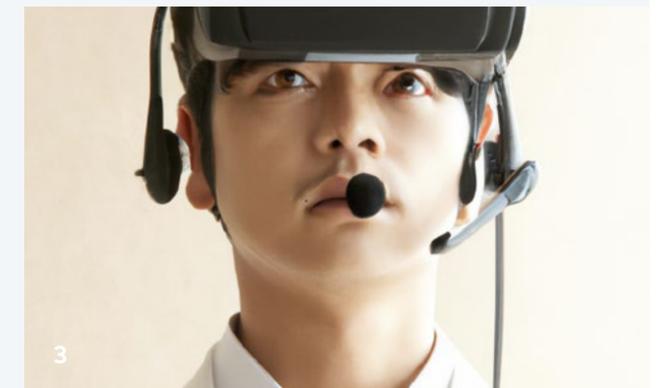
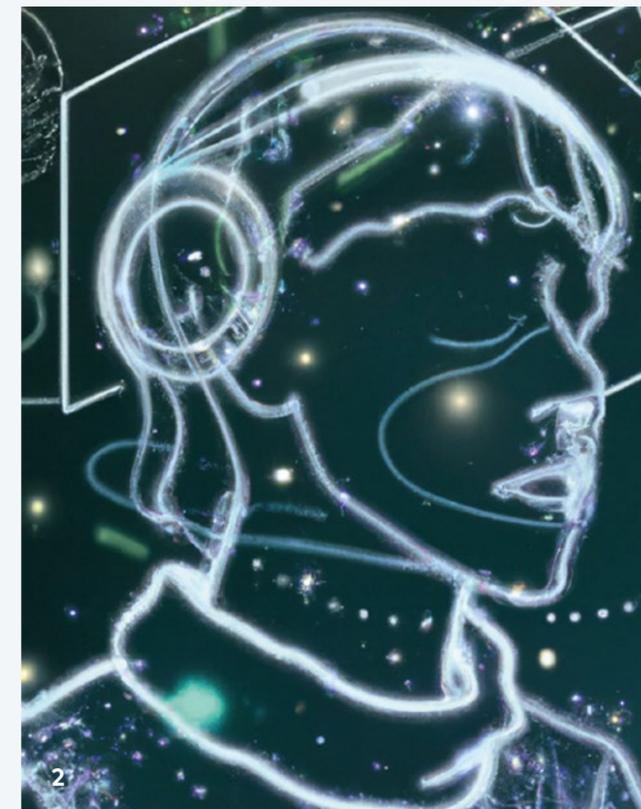


Hörenschrift: „Alle reden von ChatGPT, aber was ist das eigentlich?“
Sascha Lobo spricht über KI.
Podcast „Feel the news“ | alle Plattformen



- 1 person is talking to a therapist, pencil drawing, black and white
- 2 an abstract visual of artificial intelligence, vaporwave
- 3 an abstract image of a virtual therapist, photo realistic style
- 4 a person is talking to a therapist, digital art
- 5 a chicken crosses a crosswalk, photo realistic style

Alle Bilder sind mit der KI „Dall-E-2“ generiert und nachträglich nicht bearbeitet. Je Eingabe werden vier Bildvorschläge von der KI gemacht.



Nachwuchs

Das „Rotations-Ja“

In der Weiterbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist das Rotationsjahr ein fester und wichtiger Bestandteil auf dem Lehrplan. Es ermöglicht einen interprofessionellen und wechselseitigen Austausch mit der Neurologie sowie den Erwerb von Fachkompetenzen aus der jeweils anderen Disziplin.

Eine enge Zusammenarbeit zwischen beiden Fachbereichen kann die Qualität der Patientenversorgung verbessern. Beispielsweise kann eine interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Diagnosestellung helfen, indem die Symptome aus psychiatrischer und neurologischer Sicht betrachtet werden. Wie wird das Rotationsjahr eigentlich von denjenigen wahrgenommen, die es durchlaufen haben? Die DGPPN hat hierzu 670 Mitglieder bzw. Absolventen des *Kompaktkurs Facharzt P&P* befragt.

Insgesamt haben an der Umfrage 139 Personen teilgenommen, was einer Response-Rate von 21% entspricht. Die meisten Teilnehmenden (ca. 55%) absolvierten ihr Rotationsjahr an Allgemeinkrankenhäusern (Intensiv-

oder Normalstation) oder an einer Rehaklinik (28%). Derzeit arbeiten 85% der Befragten im stationären Sektor, während 15% niedergelassen sind. Nur 5% aller Befragten sind im ländlichen Raum beschäftigt.

Zwei Drittel der Teilnehmenden sprechen sich in der Umfrage für eine Beibehaltung des Rotationsjahres in seiner jetzigen Form aus. Lediglich 8% lehnten das Rotationsjahr ab. 25% der Kolleginnen und Kollegen plädierten für ein Rotationsjahr in einer in Ablauf oder Inhalten modifizierten Form z.B., wenn ein geeigneter Einsatzort sichergestellt, die Rotationszeit auf sechs Monate verkürzt oder die Weiterbildungsinhalte besser abgebildet würden. In den Freitextantworten wurde vielfach der Wunsch nach mehr Flexibilisierung geäußert, um veränderten Arbeitsbedingungen und Versorgungsrealitäten Rechnung zu tragen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es eine klare Zustimmung für das Rotationsjahr gibt, aber auch Potenzial für Verbesserungen.

Summer School 2023

Same same but different: Differentialdiagnosen

Die korrekte Diagnosestellung und die Behandlung von psychischen Erkrankungen setzen ein breites Wissen voraus. Hier kommen Differentialdiagnosen ins Spiel, denn es gibt eine Vielzahl von Störungen, die ähnliche Symptome aufweisen können, wodurch die Unterscheidung zwischen ihnen oft schwierig sein kann. Eine gründliche Differentialdiagnose hilft dabei, andere mögliche Erkrankungen auszuschließen und somit eine gezielte Therapie zu ermöglichen. Renommierte Expertinnen und Experten werden an zwei Tagen ihr Wissen rund um die Verwechslungsgefahren teilen. Die Planungen laufen auf Hochtouren. Mehr dazu in Kürze auf generation-psy.de



finde 4 Unterschiede

4. und 5. September in Berlin



- 8% lehnen das Rotationsjahr ab
- 66% finden das Rotationsjahr gut
- 25% plädieren für eine Modifikation

IMPRESSUM

Herausgeber

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

Reinhardtstraße 29 | 10117 Berlin
Tel.: 030.2404 772-0
pressestelle@dgppn.de

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

Registergericht:
VR 26854 B, Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg

Redaktion

Psyche im Fokus entsteht im Teamwork:
Gabriel Gerlinger (Leitung) | Julie Holzhausen (Leitung)
Isabelle Lork (Leitung und Koordination)
Katja John | Sabine Müller | Julia Sander |
Paula Schick Tanz | Michael Wassiliwizky |
Robert Zeidler | special appearance: ChatGPT3

Layout und Reinzeichnung

Irene Pranter

Auflage

11.000 Exemplare

Erscheinungsdatum

April 2023

Design- und Gestaltungskonzept

wenkerottke.

Schlusskorrektur

Heide Frey

Druck

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

ABBILDUNGEN

Titel: Open AI/Dall-E; S.1: Daniel Lukac; S.6: iStock/zubada; S.11–15: Claudia Burger; S.16:
shutterstock; S.28–35: Marina Rosa Weigl; S.37: Zwanzger/kbo; Fräsch/SasKiaPavek;
S.40 und 45: Open AI/Dall-E; S.46: otto.de; S.47: unsplash/Elsa Tornabene

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](https://www.dgppn.de)



4. Juli 2023

HAUPTSTADT SYMPOSIUM

**DROGENPOLITIK UND DIE ROLLE
DER PSYCHIATRIE**

Alle Infos und Anmeldung auf
www.dgppn.de