PSYCHE IM FOKUS

Das Magazin der DGPPN

Nutzung oder Ablehnung
KI in der Therapie →**S.16**

Mensch mit Maschine
Ethische Fragen →**S.20**

Berichte und Taten
Schlagzeilen mit Folgen →**S.32**



NR. 2 | 2026

Liebe Leserinnen und Leser,



Künstliche Intelligenz (KI) begleitet uns in allen Lebensbereichen. Umso wichtiger, dass auch der Diskurs über ein Für und Wider oder den „richtigen“ oder zumindest sinnvollen Einsatz damit im gesellschaftlichen Fokus bleibt. Schon im *Wissenschaftsjahr 2019 – Künstliche Intelligenz* fragten wir uns in der damaligen Ausgabe der *Psyche im Fokus*, vor welche ethischen Fragen uns die KI noch stellen wird. Prof. Dr. Christiane Woopen hat mich – und somit auch Sie – in unserem ausführlichen Interview durch die unterschiedlichen Facetten dieser Fragen mitgenommen. So verdeutlichte die Medizinethikerin, dass wir eigentlich algorithmische Systeme meinen, wenn wir von KI sprechen, und dass unsere Sprache und die Bezeichnungen Einfluss darauf haben, wie „vermenschlicht“ wir z. B. Chatbots wahrnehmen. Unser Fach kann sicherlich durch KI oder algorithmische Systeme bereichert oder unterstützt werden. Jedoch bleibt als Fazit unseres Gesprächs, dessen Lektüre ich Ihnen sehr ans Herz lege: Die menschliche Begegnung bleibt weiterhin unverzichtbar in der Versorgung.

Ein weiterer Text dieser Ausgabe bietet sich als thematische Ergänzung an: Marc Augustin widmet sich in seinem Gastartikel der Frage, wie wir Psychiaterinnen und Psychiater an den Einsatz von KI herangehen und wie wir diesem gegenüberstehen. Ergebnisse einer Umfrage sprechen dafür, dass wohl vor allem die technische Affinität der Ärztinnen und Ärzte beeinflusst, wie KI-Lösungen im Bereich der psychischen Gesundheit wahrgenommen und möglicherweise dann auch später eingesetzt werden. Kurzum: Wer als Psychiaterin oder Psychiater in der Lage ist, die stille Nutzung eines KI-Chatbots durch Betroffene anzusprechen und fachlich einzuordnen, kann diesem Thema mit echter Empathie begegnen.

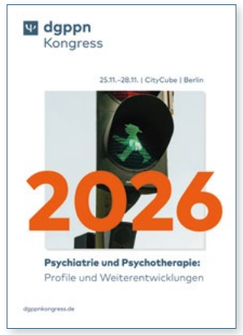
Der diesjährige DGPPN Kongress steht kurz bevor, wenn Sie diese Ausgabe in Ihren Händen halten. Das Kongress-Leitthema *Psychiatrie und Psychotherapie: Profile und Weiterentwicklungen* lädt zur Reflexion ein: Wie verstehen wir unser Fach heute und in Zukunft? Mit welchem Selbstverständnis treten wir Patientinnen und Patienten, aber auch den Kolleginnen und Kollegen anderer medizinischer Disziplinen und weiterer Berufsgruppen gegenüber? Wir freuen uns auf den Austausch mit Ihnen – denn nur im Austausch werden Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten sichtbar, was zur Weiterentwicklung aller beteiligten Disziplinen beiträgt.

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

THEMEN dieser Ausgabe

01 **EDITORIAL**

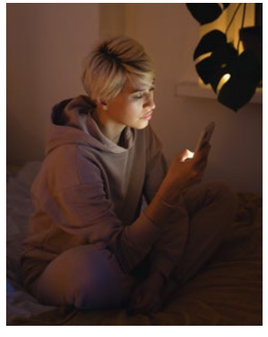
04 **GESUNDHEITSPOLITIK**
GKV-BStabG, Betreuungsrecht, GeDIG, Suizidpräventionsgesetz sowie Ergebnisse vom Ärztetag und PCS



Infos und Anmeldung auf dgppnkongress.de

10 **DGPPN KONGRESS 2026**
Profile schärfen. Zukunft gestalten

15 **MEDIATHEK**
Mental Entertainment



16 **WISSENSCHAFT**
Wenn Maschinen therapieren



20 **UNTER VIER AUGEN**
Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank im Gespräch mit Christiane Woopen

26 **LEITLINIEN**
Leitplanken für die Praxis

30 **STUDIEN**
Merk-würdige Studienergebnisse

32 **PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT**
Schlagzeilen mit Folgen



34 **PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT**
Grenzen der Autonomie

38 **INSIDE DGPPN**
Auf Zukunftskurs und Position zur Prävention



40 **NACHWUCHS**
Vielseitig wirksam: die neue Kampagne



42 **VON HEUTE FÜR MORGEN**
NORMAL#VERRÜCKT

48 **IMPRESSUM**

KALENDER

Wichtige Termine, die Sie sich gern schon vormerken dürfen.

Weitere aktuelle Veranstaltungen finden Sie auf der Website der DGPPN.

6.11.2026–15.01.2027
DGPPN Workshop Digitale Psychotherapie
Infos auf dgppnakademie.de

22.–26.02.2027
DGPPN Kompaktkurs Facharzt P&P
Infos auf dgppnakademie.de

23.04.2027
DGPPN Workshop Sportpsychiatrie
Infos auf dgppnakademie.de

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

Sparen auf Kosten der Psyche

Nur mit nachhaltigen Strukturreformen lässt sich die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen langfristig wirksam, patientenorientiert und wirtschaftlich tragfähig gestalten.

Das umstrittene GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz (BStabG) ist seit dem 30. Juli in Kraft, einen Tag zuvor hat der neue Gesundheitsminister sein Amt angetreten. Im Herbst berät das Parlament über den noch ausstehenden Entschließungsantrag, mit denen einige der Regelungen des Gesetzes wieder abgemildert werden sollen.

Die Stabilisierung der GKV-Finanzen ist selbstverständlich ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel. Wenn Behandlungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen aber geschwächt werden, steigen nicht nur die Belastungen für Betroffene und Angehörige, sondern es können mittel- und langfristig auch die Folgekosten für die Gesundheits- und Sozialsysteme steigen.

Die DGPPN hat sich von Beginn an kritisch in den Prozess eingebracht und sich gemeinsam mit unterschiedlichen Partnern dafür ausgesprochen, dass die Kürzungen nicht ausgerechnet diejenigen am stärksten belasten, die wegen schwerer psychischer Erkrankungen am dringendsten auf eine verlässliche Versorgung angewiesen sind.

Besonders kritisch bewertet die Fachgesellschaft, dass die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung sich künftig in wesentlichen Bereichen nicht mehr am tatsächlichen medizinischen Bedarf orientieren soll, sondern vom Gesamtbudget abhängig ist. Insbesondere hat die DGPPN den Wegfall gezielter Anreize für Akutbehandlungen und Kurzzeittherapien wiederholt kritisiert. Denn so werden ausgerechnet jene Versorgungsformen gefährdet, die im Sinne einer frühzeitigen Behandlung ressourceneffizient und effektiv sind. Auch die im Gesetz vorgesehene Budgetierung von Leistungen nach der KSVPsych-Richtlinie ist problematisch. Denn diese soll insbesondere die Behandlung schwer psychisch erkrankter Menschen mit komplexem Behandlungsbedarf stärken und sicherstellen. Durch eine Budgetierung geraten gerade diese Angebote für besonders vulnerable Patientinnen und Patienten unter wirtschaftlichen Druck. Die Rücknahme der Budgetierung ist deshalb von großer Bedeutung; nicht nur für die Psychotherapie – wie im Entschließungsantrag des Bundestags gefordert, sondern gerade auch für psychiatrische und psychosoziale Leistungen.

Im Entschließungsantrag ist schließlich die Entbudgetierung der Psychotherapie für Fälle vorgesehen, bei denen die Behandlung als dringlich beurteilt bzw. festgestellt wurde. Auch diese Korrektur des Gesetzes begrüßt die DGPPN, sie darf aber nicht auf die (Richtlinien-)Psychotherapie begrenzt bleiben. Sie wirft zudem weitere Fragen auf: Wer wird anhand welcher Kriterien wie über die Dringlichkeit einer Behandlung entscheiden? Die DGPPN wird im Gespräch mit ihren Partnern Empfehlungen für ein aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht sinnvolles Vorgehen erarbeiten und in den politischen Prozess einbringen.

Im stationären Bereich werden die Sparmaßnahmen ebenfalls negative Folgen haben, da sie die Handlungsspielräume der Kliniken weiter einengen. Wenn Tarifsteigerungen in den Krankenhäusern nicht vollständig finanziert werden, droht ein Personalabbau, der die Kliniken in höchste Not bringen wird – insbesondere, wenn Personalmangel nach der PPP-RL weiter sanktioniert wird. Diese Schwächung von Personal- und Versorgungsstrukturen wird nicht zu nachhaltiger Kostenersparnis führen, sondern sie verlagert Probleme in die Zukunft. Die DGPPN fordert deshalb Reformen mit dauerhafter Wirkung: Sowohl Prävention und Früherkennung als auch die sektorenübergreifende Versorgung sollen gestärkt werden. Sie sind keine verzichtbaren Zusatzleistungen, sondern eine Grundvoraussetzung für wirksame Versorgung und langfristige Finanzstabilität.

Nachhaltige, kosteneffiziente, erprobte und positiv evaluierte Vorschläge liegen für den Bereich der psychiatrischen Erkrankungen bereits seit Jahren auf dem Tisch: Die Einführung von Globalbudgets im Optionsmodell würde es Kliniken ermöglichen, ihre Versorgungsangebote flexibler am tatsächlichen Bedarf der Patientinnen und Patienten auszurichten. So könnte eine bessere Versorgung zu gleichen oder sogar geringeren Kosten erreicht werden, weil stationäre Aufenthalte vermieden oder verkürzt und ambulante Angebote gestärkt werden können. Und auch für den vertragsärztlichen Sektor gibt es Vorschläge zur nachhaltigen Strukturreform: Schon lange wird beispielsweise die Einführung sozialmedizinischer Schwerpunktpraxen gefordert. Schließlich wird in nächster Zeit besondere Aufmerksamkeit auf die effiziente Steuerung im Versorgungssystem gerichtet werden müssen.

Die DGPPN wird sich weiterhin für die langfristige Sicherstellung einer wirksamen und patientenorientierten Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen engagieren.

Mehr zum Thema | dgppn.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen

Reform des Betreuungsrechts

Mit einem Gesetzentwurf der Bundesregierung sollen die Regelungen über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Betreuungsrecht angepasst werden. Aus Sicht der DGPPN setzt er die Anforderungen des Bundesverfassungsgerichts allerdings nicht zufriedenstellend um.

Die Bundesregierung legte im Mai 2026 einen Gesetzentwurf zur Änderung der Regelung über ärztliche Zwangsmaßnahmen im Betreuungsrecht und zur Stärkung des Ultima-Ratio-Gebots sowie der Selbstbestimmung der Betroffenen vor. Damit will sie das Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 26.11.2024 (1 BvL 1/24) umsetzen, welches die Vorschrift, dass ärztliche Zwangsmaßnahmen ausnahmslos während stationärer Krankenhausaufenthalte zulässig sind, als verfassungswidrig eingestuft hat.

Nachdem die Fachgesellschaft im März dieses Jahres bereits den Referentenentwurf kritisiert hatte, positionierte sie sich nunmehr im Juni auch zum aktuell vorliegenden Gesetzentwurf. Dieser enthält zwar nur wenige, aber doch teils wichtige Veränderungen gegenüber dem Referentenentwurf.

Positiv ist zu bewerten, dass die von der DGPPN kritisierte Vorschrift entfallen ist, nach welcher der Arzt oder die Ärztin, der/die eine Zwangsbehandlung durchgeführt hat, möglichst in die Erstellung einer Patientenverfügung einzubeziehen ist.

Außerdem begrüßt die DGPPN, dass ärztliche Zwangsmaßnahmen nicht mehr zwingend im Rahmen eines *stationären* Aufenthaltes im Krankenhaus durchgeführt werden müssen (§ 1832 Abs. 1 Satz 7 BGB). Allerdings ist auch der aktuelle Gesetzentwurf bezüglich des Durchführungsortes von Zwangsbehandlungen aus Sicht der DGPPN zu paternalistisch: Nach dem neuen Absatz 2 des § 1832 BGB wäre eine ambulante Zwangsbehandlung nur zulässig, wenn dem Betreuten durch die Verbringung in ein Krankenhaus oder den Aufenthalt darin erhebliche gesundheitliche Beeinträchtigungen drohen. Das gilt sogar, wenn der Patient oder die Patientin in einer Patientenverfügung festgelegt hat, dass er/sie ggf. eine ärztliche Zwangsmaßnahme außerhalb des Krankenhauses erhalten möchte. Ebenso soll demnach der natürliche Wille, für eine anstehende Zwangsbehandlung nicht ins Krankenhaus gebracht zu werden, nicht berücksichtigt werden. Außerdem sind in dem aktuellen Gesetzentwurf einige Regelungen nicht praktikabel oder würden den Bürokratieaufwand für Betreuer und Betreuerinnen, Bevollmächtigte, Ärztinnen und Ärzte sowie Einrichtungsleitungen erheblich vergrößern.

Beispielsweise soll gemäß einer Ergänzung in § 1832 Abs. 3 BGB der Betreuer oder die Betreuerin dem Gericht nachweisen, wie, von wem und in welchem zeitlichen Rahmen versucht wurde, die Betreute oder den Betreuten von der ärztlichen Maßnahme zu überzeugen, und welche anderen die Betreute oder den Betreuten weniger belastenden Maßnahmen geprüft wurden.

Aus Sicht der DGPPN setzt der vorliegende Gesetzentwurf die vom Bundesverfassungsgericht geforderten Änderungen nicht angemessen um und erzeugt darüber hinaus zusätzlichen Bürokratieaufwand. Es bleibt abzuwarten, ob es im Nachgang der für Anfang Oktober angesetzten öffentlichen Anhörung im Rechtsausschuss des Bundestages noch zu Änderungen am aktuellen Gesetzentwurf kommen wird.

Mehr zum Thema | bmjv.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/DE/2026_Aerztliche_Zwangsmassnahmen

Digitalgesetz im Entstehen

Im Mai 2026 veröffentlichte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) seinen Entwurf für das *Gesetz für Daten und digitale Innovation im Gesundheitswesen* (GeDIG). Die DGPPN war eingeladen, zu dem Entwurf Stellung zu beziehen.

Das etwa 200-seitige GeDIG-Papier soll die Grundlage für eine digitale Gesundheitsplattform schaffen. Dabei sollen sowohl die Rolle der elektronischen Patientenakte (ePA) gestärkt wie auch die Nutzung der Gesundheitsdaten gefördert werden. Fachgesellschaften und andere Interessensgruppen waren gebeten, ihre Stellungnahmen zu dem Entwurf abzugeben. Der Bundestag wird sich voraussichtlich im Herbst 2026 weiter mit dem Gesetz befassen.

Das BMG will mit dem Gesetz die grundlegenden technischen Voraussetzungen schaffen, um ein „digitales Primärversorgungssystem" zu etablieren. Über eine *ePA-App* kann dann eine digitale Gesundheitsplattform die erste Anlaufstelle für den Zugang zum Gesundheitssystem darstellen. Diese App soll z. B. eine standardisierte Ersteinschätzung anbieten und eine digitale Terminbuchung ermöglichen. Darüber hinaus sollen Gesundheitsdaten nutzbar gemacht werden für Versorgung, Forschung und die Verbesserung des Gesundheitssystems. Mit Zustimmung der Versicherten dürften dann Krankenkassen, Forschende und Behörden die Daten anonymisiert über eine persönliche Forschungskennziffer auswerten. Zusätzlich sollen die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, in sogenannten Reallaboren die Nutzung von personenbezogenen und nicht-anonymisierten Daten zu testen.

Über die Ausweitung und Verbesserung der Telematik-Infrastruktur sollen die behandelnden Akteure im Gesundheitssystem besser vernetzt werden, um eine schnelle, zuverlässige Zusammenarbeit zu ermöglichen. Ziel des GeDIG ist auch, ein „Gesundheitsdatenökosystem" aufzubauen, das auf europäischer Ebene anschlussfähig wäre.

Die DGPPN begrüßt das Ziel einer digitalen Gesundheitsplattform, mahnt jedoch klarere Grenzen beim Umgang mit sensiblen Gesundheitsdaten an. Dies bedeutet konkret: stärkere Datenschutzmechanismen, ein präzise abgestuftes Zugriffsmanagement für die elektronische Patientenakte sowie besondere Schutzstandards für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Kritisch bewertet die DGPPN zudem den erweiterten Datenzugriff der Krankenkassen.

Der Gesetzentwurf würde es den Krankenkassen erlauben, sensible, persönliche Daten zu anonymisieren, weiterzuverarbeiten und an Dritte zu übermitteln. Auch wenn das Einverständnis der Versicherten vorausgesetzt wird, sieht die DGPPN hier das Patientengeheimnis gefährdet, wenn die Daten unspezifisch an „andere Stellen" z. B. an Polizei oder Behörden weitergeleitet werden können. Die DGPPN spricht sich daher für eine auf den unmittelbaren Gesundheitsbereich beschränkte Befugnis der Datenweitergabe aus.

Außerdem sollte auf der Einverständniserklärung verständlich aufgelistet werden, an welche Stellen die Daten weitergeleitet werden. Da die ePA aktuell von allen eingesehen werden kann, die die Krankenversicherungskarte einlesen, empfiehlt die DGPPN, dass für Forschungszwecke zusätzlich erhobene, persönliche Daten nicht automatisch in der ePA eingestellt werden. Versicherten, die nicht in die Nutzung oder Weiterleitung ihrer Daten einwilligen oder nicht an klinischen Studien teilnehmen wollen, dürfen keine Nachteile entstehen.

Die DGPPN begrüßt die Einführung der Forschungskennziffer als wichtige Voraussetzung zur Nutzung zusammengefasster Daten. Ebenso ist sie der Überzeugung, dass Versorgungsforschung prinzipiell in den Händen unabhängiger wissenschaftlicher Forschung liegen sollte und nicht in denen der Krankenkassen. Die unabhängige Versorgungsforschung darf durch die Festlegungen in diesem Gesetz nicht erschwert werden.

Die Regelungen zu Reallaboren der Krankenkassen mit nicht-anonymisierten Daten beurteilt die DGPPN hingegen als sehr kritisch. Den Krankenkassen sollte kein Mittel an die Hand gegeben werden, welches eine personalisierte Steuerung der Leistungen ermöglicht. Eine solche Steuerung hieße z. B., dass jemand aufgrund seiner Gesundheitsdaten weniger oder teurere Leistungen erhält. Auch sieht die DGPPN eine Verletzung des Datenschutzes, wenn die Krankenkassen in den Reallaboren personenbezogene Daten ohne Anonymisierung nutzen und diese an andere Stellen weitergegeben werden können. Daher empfiehlt die DGPPN, dass die weitere Datenverarbeitung nur anonymisiert erfolgen darf.

Neben den genannten Bedenken zum fehlenden Datenschutz sind personenbezogene Daten über psychische Erkrankungen besonders sensibel und daher besonders schutzwürdig. Deshalb schlägt die DGPPN eine Aufwertung der Datenschutzaufsichtsbehörden vor. Vor der Errichtung eines Reallabors mit personenbezogenen Daten sollte dieses durch die zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde genehmigt werden müssen.

Eine digitale Erstanlaufstelle über die ePA hält die DGPPN für sinnvoll. Für Versicherte darf jedoch kein Nachteil entstehen, wenn sie keine ePA nutzen oder Daten aus der ePA löschen wollen. Dies wiederum bedeutet, dass Überweisungen und Terminvergaben auch ohne ePA zukünftig zuverlässig und barrierefrei möglich sein müssen. Ebenso sollten Zugriffsmöglichkeiten der ePA standardmäßig eingeschränkt werden, sodass nur bestimmte Institutionen oder Behandelnde auf bestimmte Inhalte zugreifen können. Bei der Umsetzung ist jedoch die digitale Teilhabe für alle Bevölkerungsgruppen sicherzustellen.

Eine KI-gestützte Ersteinschätzung auf Grundlage der ePA-Daten unterstützt die DGPPN zum jetzigen Zeitpunkt nicht. Abrechnungsdaten von vorausgegangenen Behandlungen können fehlerhaft sein, was zu falschen Einschätzungen der KI führen kann. Auch sind viele generelle Datenschutzbedenken der ePA noch nicht ausgeräumt, was bei Daten zu psychischen Erkrankungen in Kombination mit KI jedoch besonders wichtig wäre. Deshalb empfiehlt die DGPPN abzuwarten, bis die Systeme stabil und verlässlich laufen. Nichtsdestotrotz lohnt es sich, spätere Ausbaustufen des Systems von Anfang an mitzudenken.

Mehr zum Thema | bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/detail/gedig

PCS ist komplex

Im April 2026 veröffentlichte die DGPPN mit der DGPM ein gemeinsames Positionspapier. Darin legen die beiden größten medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit ihr Krankheitsverständnis von Post-COVID dar, sprechen Empfehlungen für eine verbesserte Versorgung der Betroffenen aus und formulieren zentrale gesundheitspolitische Handlungsbedarfe.

Obwohl postinfektiöse Erkrankungen schon lange bekannt sind und schwerwiegend verlaufen können, müssen Betroffene auch heute noch gegen Unwissenheit und Bagatellisierung ankämpfen – auch in der medizinischen Versorgung. Die Botschaft des Positionspapiers *Post-COVID-Syndrom: Interdisziplinäre Versorgung sichern, Forschung stärken, Teilhabe verbessern* ist daher eindeutig: Das Post-COVID-Syndrom (PCS) ist keine Modediagnose. PCS ist als Diagnose empirisch gut abgesichert, und es gibt dafür klare und nachvollziehbare Kriterien. Aussagen wie „Post-COVID gibt es gar nicht" oder „Das ist nur psychisch" haben keine belastbare wissenschaftliche Grundlage und können Betroffene zusätzlich stigmatisieren. Gleichzeitig warnen DGPPN und DGPM vor einfachen Erklärungen: Die Erkrankung lasse sich weder ausschließlich körperlich noch ausschließlich psychisch verstehen. Stattdessen stellen sie das biopsychosoziale Modell von Gesundheit und Krankheit in den Fokus: Das Wechselspiel körperlicher Prozesse, psychischer Faktoren und sozialer Rahmenbedingungen beeinflusse Entstehung und Forstbestehen der Erkrankung. Das bedeute ausdrücklich nicht, dass PCS eine psychische Erkrankung sei. Vielmehr sollen alle Symptome, die im Rahmen eines Verdachtes auf PCS vorliegen, erfasst und differentialdiagnostisch zugeordnet werden (z. B. Fatigue vs. Antriebsstörung).

Für die medizinische Versorgung bedeutet das vor allem: Zusammenarbeit. Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte verschiedener Disziplinen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie weitere Gesundheitsberufe müssen eng vernetzt arbeiten. Gerade weil die Beschwerden sehr unterschiedlich sein können, sei eine individuelle Betrachtung, insbesondere bei der Anpassung der Interventionen an die Belastungsgrenzen der Betroffenen notwendig. Auch psychotherapeutische Unterstützung könne sinnvoll sein – etwa beim Umgang mit der Erkrankung.

Neben Empfehlungen für die Verbesserungen in der Versorgung richten DGPPN und DGPM konkrete Forderungen an die Politik. Sie sprechen sich für deutlich mehr interdisziplinäre Forschung aus, die biologische, psychologische und soziale Aspekte gleichermaßen berücksichtigt. Dies gelte insbesondere für die vom Bundesforschungsministerium ausgerufene und im Januar gestartete *Nationale Dekade gegen Postinfektiöse Erkrankungen*. Zudem müsse die Forschungsförderung besser koordiniert werden, damit neue Erkenntnisse schneller bei den Patientinnen und Patienten ankommen. Auch klinische Studien sollten einfacher genehmigt und ausreichend finanzierte Versorgungsstrukturen geschaffen werden.

Das Positionspapier wird von zahlreichen medizinischen Fachgesellschaften und Berufsverbänden unterstützt. Gemeinsam verfolgen sie das Ziel, die Versorgungssituation von Menschen mit PCS nachhaltig zu verbessern, ihre gesellschaftliche Teilhabe zu stärken und die wissenschaftliche Grundlage für wirksame Behandlungsansätze weiter auszubauen.

Mehr zum Thema | DGPPN.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen/post-covid-syndrom

DGPPN Kongress 2026 | **Diskussionsforum** | Psychiatrisch-psychologisch-psychosomatische Versorgung von Patienten mit Post-COVID und anderen Postinfektionssyndromen | 25.11.2026 | 13:30–15:00 Uhr

DGPPN Kongress 2026 | **Symposium** | Post-COVID: Ergebnisse aus dem Netzwerk Universitätsmedizin | 26.11.2026 | 13:30–15:00 Uhr

Ärztetag mit Ergebnissen

Auf dem 130. Deutschen Ärztetag im Mai kamen Ärztinnen und Ärzte aus ganz Deutschland zusammen, um sich gesundheitspolitisch abzustimmen und berufspolitische Vorhaben zu beschließen.

Für die Musterweiterbildungsordnung (MWBO) in den einzelnen Facharztgebieten wurden wichtige Neuerungen beschlossen. So wird die Dauer der Weiterbildung für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie bei fünf Jahren verbleiben – inklusive 24 Monate Weiterbildungszeit in einem stationären Setting. Psychiaterinnen und Psychiater in Weiterbildung können somit weiterhin bis zu zwölf Monate in verwandten Fachgebieten absolvieren. Die wechselseitige Rotation in die Neurologie wurde als Pflichtbestandteil bestätigt, jedoch nunmehr für sechs anstelle von zwölf Monaten. Dies ist das Ergebnis eines Kompromisses, den die DGPPN und die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) im Vorfeld miteinander vereinbart haben. Sechs weitere Monate können frei wählbar in der Neurologie, der Inneren Medizin oder der Allgemeinmedizin absolviert werden.

Der Ärztetag beschloss damit die gemeinsamen Vorschläge von DGPPN, DGN und weiterer an der Ausarbeitung beteiligter Verbände, ohne weitere Änderungen vorzunehmen. Die konsequent wissenschaftsbasierte Weiterentwicklung der Suchtmedizin und Suchtpolitik bildete einen Schwerpunkt des Ärztetages. Demzufolge sollte das Konsumcannabisgesetz nachgeschärft werden, um den Schutz von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen vor den schädlichen Folgen des Cannabiskonsums zu gewährleisten. Der Ärztetag sprach sich für eine Rücknahme der Cannabis-Teillegalisierung aus. Die Delegierten forderten generell mehr Präventionsangebote und eine nachhaltige Stärkung der Suchthilfe sowie den Abbau von Stigmatisierungen von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Vorgeschlagene Maßnahmen waren z. B. ein vollständiges Werbeverbot für und höhere Steuern auf Nikotinprodukte, ein Mindestalter von 18 Jahren für den Kauf und Konsum von Alkohol und die Abschaffung der Regelung des begleiteten Trinkens.

Für eine bessere wissenschaftliche Fundierung plädierten die Delegierten auch beim Einsatz von KI-Anwendungen in der Medizin. Dazu forderten die Ärztinnen und Ärzte u. a. den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), den Gesetzgeber und die Hersteller von KI-Anwendungen auf, den KI-Einsatz durch unabhängige, klinische Studien zu prüfen. Ärztinnen und Ärzte sollten frei über die Verwendung von Hochrisiko-KI-Systemen in Medizinprodukten entscheiden können. Die beschlossenen Standards zum Schutz von Patientinnen und Patienten dürfen nicht durch die EU-Verordnungen über KI oder die EU-Medizinproduktverordnung ausgehöhlt werden, so die Begründung.

Um Gewalttaten durch psychisch Erkrankte zu verhindern, folgte das Ärzteparlament den Vorschlägen der DGPPN. Sie forderten somit die Stärkung psychiatrischer Einrichtungen und sozialpsychiatrischer Dienste und kritisierten die Ausweitung der Informationspflichten in den PsychKGs in den Ländern.

Mehr zum Thema | bundesaerztekammer.de/aerztetag

Suiziden vorbeugen

Nachdem das vorzeitige Ende der letzten Legislaturperiode die Verabschiedung des Suizidpräventionsgesetzes im Frühjahr 2025 verhinderte, hat die neue Bundesregierung das Gesetzesvorhaben neu ins Verfahren eingebracht. Zum dafür vorgelegten Referentenentwurf hat die DGPPN ausführlich Stellung genommen.

Jedes Jahr suizidieren sich in Deutschland etwa 10.000 Menschen, der überwiegende Teil von ihnen infolge einer psychischen Erkrankung. Maßnahmen der Suizidprävention könnten viele dieser Leben retten. Die Einrichtung einer Bundesfachstelle, einer bundeseinheitlichen Krisenrufnummer und die verbesserte Koordination existierender Maßnahmen sind schon lange zentrale Forderungen der Nationalen Suizidpräventionsstrategie, ihre Umsetzung wäre ein wichtiger erster Schritt.

Die DGPPN und weitere Fachverbände waren eingeladen, zum Referentenentwurf zum *Gesetz zur Stärkung der nationalen Suizidprävention* Stellung zu nehmen. Die DGPPN begrüßt darin zwar das Vorhaben, sieht aber deutlichen Überarbeitungsbedarf, damit das Gesetz eine nachhaltige Senkung der Suizidzahlen zur Folge haben kann. So verlangt eine nachhaltige Suizidprävention auch nachhaltige Strukturen: verbindliche gesetzliche Vorgaben, klar geregelte Zuständigkeiten sowie eine angemessene und dauerhafte Finanzierung. Dies fehlt jedoch im vorliegenden Entwurf. So soll die Bundesfachstelle auf 15 Jahre befristet werden, und Modellprojekte hätten auch bei positiver Evaluation keine Garantie, dass sie verstetigt werden.

Was im Entwurf zudem fehlt, sind spezielle Angebote für unterschiedliche Personengruppen, denn Kinder und Jugendliche müssten anders angesprochen werden als ältere Menschen, Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen benötigen wiederum andere Angebote als Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Die DGPPN weist außerdem darauf hin, dass eine der wichtigsten Zielgruppen der Suizidprävention im aktuellen Entwurf gar nicht auftaucht: Menschen nach einem Suizidversuch. Gerade für diese Personengruppe ist – in den ersten Monaten nach einem Suizidversuch – die Wahrscheinlichkeit für einen weiteren Versuch oder einen vollendeten Suizid deutlich erhöht. Der aktuelle Referentenentwurf sieht hier jedoch keine verbindliche Regelung für eine koordinierte Nachsorge vor. Hier sieht die DGPPN deutlichen Nachbesserungsbedarf.

Auch in Bezug auf die Rahmenbedingungen für Datenerhebungen, Analyse und Berichterstattung muss aus Sicht der Fachgesellschaft nachgearbeitet werden. So sind nicht nur verbindliche Vorgaben für Prozesse und Formate wichtig, sondern auch, dass eine Evaluation zeitnah startet und von unabhängiger Stelle durchgeführt wird. Nur so kann nachvollzogen werden, ob die Maßnahmen tatsächlich Wirkung zeigen und letztlich Leben retten.

Die DGPPN hat ihre Stellungnahme im Rahmen der Verbändebeteiligung an das Bundesministerium für Gesundheit übermittelt. Sie wird ihre Position auch persönlich in der Sachverständigenanhörung vertreten.

Mehr zum Thema | DGPPN.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen

DGPPN Kongress 2026 | **Symposium** | Weiterentwicklungen in Psychiatrie und Psychotherapie: digitale Krisenintervention und Suizidprävention bei jungen Menschen am Beispiel *krisenchat* | 25.11.2026 | 17:15–18:45 Uhr



PROFILE SCHÄRFEN.
ZUKUNFT GESTALTEN.

Der DGPPN Kongress bringt Menschen ins Gespräch. Zur europaweit größten Fachveranstaltung im Bereich psychischer Gesundheit kommen Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, Angehörige der Gesundheitsfachberufe, Betroffene und Angehörige sowie Akteure aus Politik und Gesellschaft im CityCube Berlin zusammen. Etwa 10.000 Teilnehmende werden sich vom 25. bis zum 28. November 2026 über neueste Entwicklungen in Forschung und Versorgung austauschen und zentrale Fragen der Psychiatrie und Psychotherapie diskutieren.

Unter dem Leitthema *Psychiatrie und Psychotherapie: Profile und Weiterentwicklungen* lädt der DGPPN Kongress im Jahr nach dem Enquete-Jubiläum zur Reflexion ein: Wie verstehen wir unser Fach heute und in Zukunft? Mit welchem Selbstverständnis treten wir Patientinnen und Patienten, aber auch den Kolleginnen und Kollegen anderer medizinischer Disziplinen und weiterer Berufsgruppen gegenüber? Denn die Versorgung in der Psychiatrie und Psychotherapie ist, dem bio-psycho-sozialen Modell folgend, multidisziplinär. Bei der Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen arbeiten unterschiedliche Professionen zusammen. Auf dem DGPPN Kongress treten sie miteinander in den Dialog. Im Austausch werden Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten sichtbar, was zur Weiterentwicklung aller beteiligten Disziplinen beiträgt. Das Fach Psychiatrie und Psychotherapie steht für einen integrativen Ansatz; es entwickelt sich stetig weiter und schärft dabei sein Profil – so dass Menschen mit psychischen Erkrankungen stets von aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen profitieren und auch künftig bestmöglich versorgt werden.

Das Fach im Wandel

Der Kongress startet am Mittwoch mit einer Standortbestimmung: Woher kommt das Fach, wo steht es heute und wohin entwickelt es sich. Vor sieben Jahren hat die DGPPN zuletzt ein Positionspapier zur *Identität der Psychiatrie* verfasst, das die Breite des Fachs eindrucksvoll verdeutlichte. Seitdem sind weitere Themen dazugekommen: Neue Forschungs- und Behandlungsmethoden ermöglichen eine spezialisierte Versorgung vieler Patientinnen und Patienten, verlangen aber Anpassungen der Prozesse und Behandlungspfade. Auch die vermehrte Inanspruchnahme von Psychiatrie und Psychotherapie stellt die Behandelnden vor neue Herausforderungen. Zudem hat sich der Blick der Gesellschaft auf psychische Erkrankungen verändert: Eine leichte psychische Erkrankung zu haben, ist akzeptierter als früher. Schwere psychische Erkrankungen dagegen werden heute noch stärker stigmatisiert. Besonders besorgniserregend ist, dass sie von der Politik zunehmend sicherheitspolitisch statt gesundheitspolitisch betrachtet werden.

Der renommierte Psychiater Henning Sass wird in seinem Vortrag zur Kongresseröffnung all diese Entwicklungen einordnen und zu einer Prognose zusammenführen: Wie steht es um die Zukunft der Psychiatrie und generell um den Umgang unserer Gesellschaft mit psychischen Erkrankungen?

Wissen, Praxis, Austausch

Das weitere Kongressprogramm ist auch in diesem Jahr hochkarätig und abwechslungsreich, es verbindet fach-

DGPPN Kongress 2026 – auf einen Blick

- 25.–28. November 2026 im CityCube Berlin
- Sie haben die Wahl: den Kongress mit dem Berlin+Online-Ticket live erleben oder mit dem Online-Paket ortsunabhängig teilnehmen
- Das umfangreiche Streaming-Angebot ist in allen Tickets inklusive und auch im Anschluss an den Kongress als Video-on-Demand verfügbar
- CME-Punkte können vor Ort und auch digital gesammelt werden
- DGPPN-Mitglieder profitieren von einer vergünstigten Gebühr
- Alle Informationen: dgppnkongress.de

liche Tiefe mit einer großen thematischen Vielfalt. Die mehr als 500 Veranstaltungen des Kongresses behandeln in unterschiedlichen Veranstaltungsformaten eine Fülle psychiatrischer, psychotherapeutischer, aber auch gesundheitspolitischer und gesellschaftlicher Themen. In 45 State-of-the-Art-Symposien präsentieren Expertinnen und Experten aus Forschung und Versorgung neueste Erkenntnisse zu allen relevanten Krankheitsbildern und deren Therapie. Praktisch wird es in den rund 100 interaktiven Workshops: Durch Übungen, Fallstudien und Diskussionen in kleinen Gruppen werden eigene Fähigkeiten weiter entwickelt und neue Perspektiven gewonnen. Auch die angebotenen Symposien, Freien Vorträge, Poster, Lectures und natürlich die Diskussionsforen bieten den Teilnehmenden aktuelles Fachwissen und immer auch Gelegenheit zum Austausch.

Psychiatrie und Gesellschaft

In den Präsidentensymposien stehen schließlich aktuelle Themen von besonderer gesellschaftlicher Relevanz im Fokus: die wieder zunehmende Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihr Zusammenhang mit der Debatte um Gewaltprävention, die Möglichkeiten, Grenzen und ethischen Implikationen, die sich durch neue Modelle der künstlichen Intelligenz für die Psychiatrie ergeben, sowie *Real World Evidence* zur Entwicklung der psychischen Gesundheit und der Prävalenzen von Erkrankungen in Deutschland. Nicht zuletzt wird auf neue Behandlungsansätze geblickt, die sich nicht ausschließlich auf Heilung konzentrieren, sondern durch Wissensvermittlung über Erkrankungen und deren Bewältigung die sogenannte *Recovery*, Lebensqualität und Teilhabe von Menschen mit psychischen Erkrankungen in den Blick nehmen.



Die nächste Generation

Für Studierende sowie junge Psychiaterinnen und Psychiater bietet der DGPPN Kongress wieder ein speziell zugeschnittenes Nachwuchsprogramm. Im gleichnamigen Track stehen Berufseinstieg, Facharztweiterbildung und persönliche Vernetzung im Mittelpunkt. Nachwuchs-Lectures und Meet-the-Expert-Sessions laden zum persönlichen Austausch ein; auch beim Speed Dating und bei der *Networking Reception* können Kontakte geknüpft und Erfahrungen ausgetauscht werden. Die Nachwuchsinitiative Generation PSY ist auch in diesem Jahr mit einem Stand im Eingangsbereich vor Halle B vertreten und bietet während des gesamten Kongresses einen zentralen Treffpunkt.

Perspektivwechsel

Das wissenschaftliche Programm wird ergänzt durch ein vielfältiges Angebot an Filmen, Ausstellungen und einer Lesung zum Thema Psychiatrie und Psychotherapie. Es ermöglicht den Besucherinnen und Besuchern des Kongresses eine zusätzliche Perspektive auf das Fach. Mehrere Dokumentarfilme vermitteln eindrucksvoll, wie sich das Leben mit einer psychischen Erkrankung anfühlt. Mit *Meine komplett andere Welt – Diagnose: paranoide Schizophrenie* wirft die Regisseurin Lisa Isabella Grabner einen eindringlichen Blick auf Krankheit, Heilung und Recovery. Stefan Czimmeks Film *SIEBEN SEELEN – Ringen um Familie* macht deutlich, wie eine psychische Erkrankung nicht nur die Betroffenen selbst, sondern die gesamte Familie beeinflusst. Die Ausstellung *Alles Kunst? – 25 Jahre Museum Sammlung Prinzhorn*, die in Halle B zu sehen sein wird, präsentiert ikonische Arbeiten der Sammlung, die auf Kunst von Menschen mit Psychiatrieerfahrung spezialisiert ist. Sie verdeutlicht, wie sich die Welt verändert, wenn ihre Wahrnehmung durch eine psychische Erkrankung geprägt wird.

HIGHLIGHTS aus dem Programm

Das gesamte Programm online auf dgppnkongress.de



Marc Augustin

Künstliche Intelligenz (KI) verändert die Psychotherapie. Marc Augustin aus Bochum zeigt in seiner Meet-the-Expert-Session im Nachwuchsprogramm des Kongresses, wie Patientinnen und Patienten KI zunehmend als Informations- und Interaktionsquelle nutzen und welche neuen Phänomene und Herausforderungen daraus erwachsen. Gleichzeitig stehen Behandelnde dadurch vor neuen fachlichen und ethischen Herausforderungen, denn der Umgang mit KI erfordert nicht nur technisches Wissen, sondern eine reflektierte Auseinandersetzung mit veränderten Rollen und Erwartungen im therapeutischen Prozess. Das Fach insgesamt befindet sich in einer spannenden Phase der Orientierung und Neujustierung.



Birgit Derntl

Die psychische Gesundheit von Frauen ist eng mit ihren hormonellen Veränderungen verknüpft. In ihrer Lecture zeigt Birgit Derntl aus psycho-neuro-endokrinologischer Perspektive, wie hormonelle Schwankungen Emotionen, Stressverarbeitung und Sozialverhalten modulieren und mit psychosozialen Faktoren zusammenwirken. Die Expertin für soziale und affektive Neurowissenschaften von der Universität Tübingen greift in ihrem Vortrag aktuelle Befunde auf und stellt außerdem das internationale Graduiertenkolleg *Women's Mental Health across the Reproductive Years* vor, das wichtige Impulse für eine differenzierte, geschlechtssensible Prävention, Diagnostik und Versorgung liefert.



Johannes Fuß

Wie verändert Freiheitsentzug das Gehirn – und welche Folgen hat das für eine erfolgreiche Resozialisierung? Neue Erkenntnisse dazu präsentiert Johannes Fuß von der Universität Duisburg-Essen anhand einer von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten, international einzigartigen Längsschnittstudie. Der Vortrag zeigt, wie sich Haft auf neuronale Plastizität sowie auf Funktionen wie Emotionsregulation, Impulskontrolle und soziale Kognition auswirken kann. Damit liefert die Studie wichtige Erkenntnisse zur Frage, ob Haftbedingungen die gesellschaftliche Reintegration unterstützen oder neuronale und psychologische Barrieren für ein straffreies Leben nach der Entlassung entstehen lassen.



Kristina Adorjan

Wenn internationale Zusammenarbeit auf Augenhöhe gelingt, kann sie psychiatrische Versorgung und akademische Strukturen nachhaltig stärken. Kristina Adorjan von der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern zeigt in ihrem Vortrag am Beispiel Äthiopiens, wie sich punktuelle Partnerschaftsprojekte zu langfristigen, gleichberechtigten Kooperationen entwickelt haben. Der Beitrag skizziert, wie gemeinsame Wissensproduktion, internationale Netzwerke und digitale Lehrformate die Weiterentwicklung von Forschung und Lehre unterstützen und welche Bedeutung lokale Expertise, gegenseitiges Vertrauen und langfristige Verantwortung für nachhaltige Kooperationen in der Psychiatrie haben.

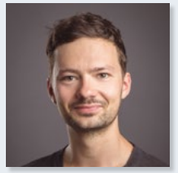
HIGHLIGHTS aus dem Programm

Das gesamte Programm online auf dgppnkongress.de



Nils Opel

Lange wurde der Zusammenhang von Stoffwechselprozessen und psychischen Erkrankungen unterschätzt. In seiner Lecture spricht Nils Opel von der Charité Berlin darüber, wie metabolische Prozesse mit Veränderungen im Gehirn assoziiert sind, und erläutert, wie sich dieser Zusammenhang auf die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten auswirken kann. Aktuelle Befunde zeigen, dass metabolische Faktoren als Bestandteil neuropsychiatrischer Krankheitsmodelle neue Ansätze für Prävention und Behandlung eröffnen. Fest steht: Die bisherige Trennung zwischen somatischen und psychischen Prozessen ist zunehmend zu hinterfragen; eine integrierte Betrachtung und Versorgung erscheint erforderlich.



Johannes Petzold

Der Konsum von Methamphetamin steigt laut *World Drug Report* weltweit kontinuierlich an. Suchthilfe und Psychiatrie stellt das vor neue Herausforderungen. In seiner Meet-the-Expert-Session spricht Johannes Petzold von der Technischen Universität Dresden über die Epidemiologie der Methamphetamin-Abhängigkeit, über bio-psycho-soziale Einflussfaktoren und konkret über neurobiologische Mechanismen dopaminerger Synapsenveränderungen. Neben aktuellen Leitlinien und therapeutischen Möglichkeiten werden zudem praktische Strategien vorgestellt, die im klinischen Alltag direkt angewendet werden können. Das interaktive Format bietet Raum für Fragen, Reflexion und Erfahrungsaustausch.



Sabine Herpertz

Standardisierte Psychotherapien stoßen bei komplexen psychischen Erkrankungen häufig an ihre Grenzen. Die zukünftige Präsidentin der DGPPN, Sabine Herpertz vom Universitätsklinikum Heidelberg, präsentiert in ihrer Lecture das Konzept der modularen Psychotherapie, bei der Behandlungsbausteine flexibel und individuell kombiniert werden. Könnte dieser Ansatz herkömmlichen Therapieverfahren überlegen sein? Der Vortrag zeigt, wie sich Funktionen wie Selbstregulation, soziale Kognition oder Impulskontrolle mit gezielten Interventionen adressieren lassen und warum dieser personalisierte Ansatz insbesondere für Personen mit komplexen Erkrankungen und frühen Traumatisierungen vielversprechend ist.



Frank Weidner

Eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung erfordert neue Formen der Zusammenarbeit und Koordination. Frank Weidner vom Deutschen Institut für angewandte Pflegeforschung stellt in seiner Lecture als Beispiel das *Community Health Nursing* in Deutschland vor. Der Vortrag veranschaulicht die Rolle dieses Versorgungskonzepts in der Primärversorgung sowie im kommunalen *Care Management* und zeigt, welche Chancen sich daraus für eine zukunftsfähige, interdisziplinär vernetzte Versorgung ergeben, aber auch welche Herausforderungen einer breiten Umsetzung in Deutschland weiterhin entgegenstehen, insbesondere in der Unterstützung von Menschen mit komplexem Versorgungsbedarf.

Mediathek

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.

Exit Einsamkeit	▶	Einsamkeit wird oft unterschätzt – besonders bei jungen Menschen. Die Dokuserie begleitet vier junge Leute: Ellen, Gordon, Lilli und Vanelynn, die sich aus ganz unterschiedlichen Gründen isoliert fühlen. Sensibel und berührend erzählt die Serie von ihren Kämpfen und Hoffnungen.	→ Dokumentation | ARD-Mediathek
Ich werde von einer KI therapiert	▶	Der Psychotherapeut und Moderator Umut Özdemir wagt ein Experiment und lädt drei Probandinnen und Probanden ein, mit ihm und mit einer KI über ihre psychischen Probleme zu sprechen. Erkennen die Betroffenen, mit wem sie sprechen? Und welche Interaktionen finden sie hilfreicher?	→ Dokumentation | ARD-Mediathek
37° Leben: KI und Therapie?	▶	Chatbots können Entlastung bieten: als erste Anlaufstelle, als strukturierende Hilfe und als Begleiter zwischen Therapiesitzungen. Sie können ein nützliches Tool sein. *37° Leben* zeigt, was KI-basierte Chatbots leisten können, aber auch, warum die Technik kein Ersatz für Hilfe ist.	→ Dokumentation | ZDF-Mediathek
Der KI-Podcast	🎧	Der *KI-Podcast* der ARD will verständlich machen, wie KI die Gegenwart prägt. In der Folge *Chatbot, Freund, Psychotherapeut – sind KIs die besseren Zuhörer?* geht es darum herauszufinden, warum wir Menschen mit Chatbots so gerne über emotionale Themen reden – und was die Psychotherapie dazu sagt.	→ Podcast | ARD
Rätsel des Unbewußten. Psychoanalyse & Psychotherapie	🎧	Der Podcast beleuchtet psychotherapeutische Inhalte alltagsnah, aber ohne die Komplexität zu verlieren. In der Folge *KI als Therapeut* sprechen die Hosts über KI und ChatGPT bei psychischen Problemen und die Frage, ob künstliche Intelligenz ein sinnvolles Hilfsangebot oder eine Form von Pseudotherapie ist.	→ Podcast | alle Plattformen
Ex Machina	▶	Der Film aus dem Jahr 2014 beschäftigt sich mit der Frage, wie Menschen psychologisch auf eine scheinbar empathische KI reagieren. Ein Programmierer soll prüfen, ob die humanoide KI Ava tatsächlich Bewusstsein besitzt. Schnell verschwimmen die Grenzen zwischen Manipulation und echter Beziehung.	→ Spielfilm | Streamingdienste
HER	▶	Theodore verliebt sich in das KI-Betriebssystem Samantha. Doch ihre rasante Weiterentwicklung übersteigt zunehmend das menschliche Beziehungsmodell, und Samantha verlässt ihn. Durch diesen Verlust überwindet Theodore letztlich seine Bindungsangst und öffnet sich wieder für menschliche Beziehungen.	→ Spielfilm | Streamingdienste

Stand bei Redaktionsschluss



Wenn Maschinen therapieren

Chat GPT & Co sind für viele Menschen mit psychischen Erkrankungen wichtige Interaktionspartner. Was weiß die Wissenschaft bislang über die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der Nutzenden? Und welche Einstellungen haben Behandelnde zum Einsatz von KI?

Menschen bringen schon heute Künstliche Intelligenz (KI) in die Therapie mit, sei es bei der Psychiaterin / dem Psychiater oder bei der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten. Eine Umfrage der Deutschen Depressionshilfe und Suizidprävention vom März 2026 unter 2.500 Menschen zeigte: Zwei von drei Befragten im Alter von 16 bis 39 Jahren haben bereits KI-Chatbots genutzt, um mit ihnen wie mit einer freundschaftlich vertrauten oder einer Fachperson über psychische Probleme zu sprechen [1]. Unter den Befragten mit einer diagnostizierten Depression berichtete jede zehnte Person, dass es sich dabei um ein längeres, dialogartiges Gespräch gehandelt habe, ähnlich wie mit einem Menschen. Kritiker wie der Psychiater Allen Frances warnen davor, dass KI-Chatbots bald die Psychotherapie dominieren werden. Frances befürchtet, dass diese Abhängigkeiten schaffen, menschlichen Kontakt reduzieren und Privatsphäre untergraben werden [2].

Für Fachkräfte besonders relevant erscheint, welche Informationen Betroffene von psychischen Störungen in der Interaktion mit KI-Chatbots erhalten und ob sie dies mitteilen. Eine amerikanische Umfrage an 1.009 Menschen zwischen 12 und 21 Jahren zeigte, dass jede fünfte Person KI als ratgebend für die psychische Gesundheit nutzt [3]. Mehr als 90 % empfanden die erhaltenen Informationen als hilfreich, aber zwei Drittel nutzten KI-Chatbots still, ohne zum Beispiel Freundinnen, Freunden oder Eltern davon zu berichten. Letzteres ist bedeutsam, insbesondere vor dem Hintergrund negativer Effekte wie medizinischer Desinformation oder in Krisensituationen wie Suizidalität oder psychotischem Erleben [4, 5, 6].

Wenn Menschen schon heute außerhalb der Sprechstunde oder Therapiesitzung KI-Chatbots nutzen, diese Interaktionen als hilfreich empfinden, aber möglicherweise gar nicht darüber berichten – wie sollen Psychiaterinnen, Psychiater, Psychotherapeutinnen und -therapeuten damit umgehen? Welche Einstellungen haben sie zu KI und welche Kompetenzen braucht es, um den Einsatz von KI fachlich verantwortungsvoll zu hinterfragen oder zu begleiten?

Zur Beantwortung dieser Fragen ist zunächst eine Bestandsaufnahme erforderlich. In einer eigenen Studie haben wir dazu im Sommer 2025 einen ersten Beitrag geleistet. Befragt wurden 335 ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten in Ausbildung [7]. Bei den Einstellungen zur KI zeigte sich zunächst eine mittlere Zustimmung dazu, dass KI sowohl das Leben als auch die Arbeit verbesserte. Höher war die Zustimmung bei der Absicht, KI in Zukunft zu nutzen, hier gaben ärztliche gegenüber psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten eine stärkere Intention an, KI zu nutzen. Bei allen drei Aspekten zeigte sich auch ein Alterseffekt. Jüngere Befragte gaben häufiger an, KI nutzen zu wollen und einen positiven Effekt auf Arbeit und Leben zu sehen. Zuletzt gaben ärztliche gegenüber psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten auch häufiger an, dass sich KI positiv auf die Menschheit auswirke. Ein möglicher Grund hierfür könnte sein, dass ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten durch ihre Tätigkeit in Krankenhäusern häufiger in Fachbereichen wie Dermatologie oder Radiologie positive Effekte von KI beobachten und der Technologie stärker ausgesetzt sind. Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind hingegen vermehrt ambulant oder in Einzelpraxen tätig. Unter diesen Rahmenbedingungen muss KI eigenständig eingerichtet werden, im Gegensatz zu einer automatischen Auseinandersetzung, wenn die IT-Abteilung eines Krankenhauses KI-Systeme einführt.

Während sich die Berufsgruppen bei den Einstellungen leicht unterscheiden, spielt bei den selbstberichteten Kompetenzen interessanterweise nicht der Beruf, sondern das Alter die entscheidende Rolle. Zwei Kompetenzbereiche erscheinen im Umgang mit KI wesentlich: *KI-Literacy* und technische Fähigkeiten. Unter KI-Literacy versteht man die Fähigkeit, KI zu erkennen, Vor- und Nachteile abzuwägen sowie den Einsatz von KI kritisch zu hinterfragen und zu reflektieren. Technische Fähigkeiten umfassen die Anpassung von KI an eigene Zwecke, um beispielsweise bei organisatorischen Tätigkeiten entlastet zu werden. Hierzu zählen

Aspekte wie Design oder Programmierung, wobei KI im Sinne des *Vibe Coding* durch normale Sprache angeleitet werden kann, solche Programmierschritte durchzuführen, auch für Menschen, die nicht programmieren können.

Besonders die kritisch-reflexiven Kompetenzen im Umgang mit KI erscheinen für Psychiatrie und Psychotherapie relevant. Wenn Betroffene KI in die Sprechstunde mitbringen oder außerhalb der Therapiesitzung anwenden, muss dies fachlich-kritisch eingeordnet und begleitet werden. Hier zeigten sich nur mittlere Kompetenzwerte auf einer elfstufigen Skala sowie erneut ein Alterseffekt: Jüngere Psychotherapeutinnen und -therapeuten, egal ob ärztlich, psychologisch oder in Ausbildung, gaben höhere Werte an. Für technische Fähigkeiten zeigte sich hingegen ein nahezu völliges Fehlen von Kompetenzen in der Selbstangabe. Diese drei Berufsgruppen beschreiben sich demnach als überhaupt nicht kompetent, KI eigenständig zu gestalten oder sie aktiv für die Lösung eigener Probleme einzusetzen. Bemerkenswert ist, dass sich ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten hinsichtlich ihrer selbsteingeschätzten Kompetenzen nicht unterscheiden. Für Fortbildungen könnte dies bedeuten, dass diese durchaus berufsgruppenübergreifend gestaltet werden können, aber möglicherweise gezielt erfahrene Psychotherapeutinnen und -therapeuten adressieren sollten, um Kompetenzen aufzubauen.

Der Aufbau von Kompetenzen erfolgt jedoch nicht unabhängig von inneren Ansichten und persönlichen Erfahrungen. Gerade persönliche Einstellungen zu Technik könnten eine Schlüsselfunktion im Umgang mit KI spielen. Darauf deutet eine Umfrage unter 181 deutschen, ambulant tätigen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu Einstellungen gegenüber KI in der Therapie hin, die zunächst erhob, ob sich die Befragten als technisch affin (60 %) oder nicht affin (40 %) einschätzten [8]. Anschließend wurden die Befragten gebeten, die erwartete Nützlichkeit von KI-Anwendungen in der Psychotherapie einzuschätzen. Technische Affinität wirkte dabei wie eine Weiche: Wer sich selbst als technikaffin einschätzte, verband mit KI Vorteile bei der diagnostischen Unterstützung. Wer sich als weniger technikaffin beschrieb, sah eher Potenzial in der Rückfallvorhersage. Beide Gruppen sahen kaum Potenzial darin, dass KI empathische Unterstützung bieten könnte. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass die technische Affinität beeinflusst, wie KI-Lösungen im Bereich der psychischen Gesundheit wahrgenommen und möglicherweise auch später eingesetzt werden. Inwiefern sich Fortbildungen auf die technische Affinität sowie auf technische und kritisch-reflexive Kompetenzen auswirken, ist noch unklar.

Diese offene Frage lässt sich auch praktisch angehen. Auf dem DGPPN-Kongress 2024 haben interdisziplinäre Teams beim *Mental Health Hackathon* bereits gezeigt, wie angehende Psychiaterinnen und Psychiater, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihre fachlichen Kompetenzen zur Entwicklung digitaler Prototypen zur Unterstützung psychischer Gesundheit einbringen können [9]. Diese Mitgestaltung beim Einzug von KI in die Therapie erscheint besonders relevant. Im Sinne der Ko-Kreation könnten Psychiaterinnen, Psychiater, Psychotherapeutinnen, Psychotherapeuten und Betroffene psychischer Störungen gemeinsam Programmierinnen und Programmierer dabei unterstützen, passgenaue KI-Anwendungen zu entwickeln, die in der Versorgung wirklich helfen und zugleich professionelle und ethische Grenzen nicht überschreiten.

Wie können psychiatrisch und psychotherapeutisch Arbeitende sich konkret in KI weiterbilden? Ein praxisnahes Beispiel für den Umgang mit der KI-Nutzung von Betroffenen ist die „DOORS AI“-Fortbildung der *Society of Digital Psychiatry* [10]. Die Fortbildung entstand auf Basis einer internationalen Umfrage unter fast 100 Psychiaterinnen und Psychiatern, in der ein Drittel berichtete, dass die von ihnen behandelten Menschen bereits KI für ihre psychische Gesundheit einsetzen. Die englischsprachige Fortbildung ist kostenfrei, ohne Anmeldung verfügbar, umfasst etwa eine Zeitstunde und stellt Lerninhalte für sechs Kompetenzbereiche zur Verfügung: Grundlagenwissen über KI, Risikomechanismen, Erkennen kritischer KI-Nutzung, Dokumentation, therapeutische Begleitung und die Kompetenz, von Betroffenen mitgebrachte Chat-Transkripte zu bewerten. Dabei wird eine offene, erforschende Haltung eingenommen, die Vor- und Nachteile der KI-Nutzung adressiert. Orientiert am Prinzip der Schadensminderung bei Substanzabhängigkeit, geht es nicht um ein Verbot, sondern darum, die KI-Nutzung von Betroffenen professionell anzusprechen und über Risiken zu informieren.

Basis dafür ist ein Grundlagenwissen darüber, wie generative KI wie *ChatGPT*, *Claude* oder *Gemini* Text bzw. Sprache auf Basis statistischer Wahrscheinlichkeiten generiert und welche klinischen Auswirkungen dies haben kann. Diese Generierung enthält Zufallskomponenten und kann dazu führen, dass falsche Informationen generiert werden. Solche sogenannten Halluzinationen können klinisch relevant werden, wenn beispielsweise KI-basierte Informationen zu Nebenwirkungen von Medikamenten generiert werden und auf Grundlage dieser Fehlinformationen Entscheidungen getroffen werden [11]. Die inhärente Tendenz von KI-Chatbots, Nutzende zu bestätigen (sogenannte *Sycophancy*), statt einer abwägenden Diskussion alternativer Erklärungsmuster, könnte kognitive Rigidität fördern [12]. Schließlich könnte die Simulation von Empathie und Verständnis durch die Ausgabe menschenähnlicher, gefühlvoller Sprache zu sozialem Rückzug führen, wenn das Bedürfnis nach sozialem Kontakt durch den Einsatz von KI-Chatbots vermeintlich gestillt wird [13].

Normalisierende Fragen in der Anamnese können offene Angaben von Betroffenen unterstützen: „Viele Menschen nutzen KI-Chatbots. Haben Sie so etwas schon einmal ausprobiert?“ oder „Mit wem haben Sie sich bereits über dieses Thema ausgetauscht?“ Psychiatrische und psychotherapeutische Fachpersonen sollten erfassen, wie oft und zu welchen Themen KI genutzt wird, ob es um Informationssuche oder emotionale Unterstützung geht, wie lange gechattet wird und ob die Nutzung zunimmt. Werden andere Aktivitäten hierdurch ergänzt oder ersetzt? Die Angaben zum Nutzungsverhalten, zum genutzten KI-Anbieter, zur Funktion und zum klinischen Kontext sollten dokumentiert werden (z. B. *40-jähriger Betroffener einer generalisierten Angststörung nutzt seit einem Monat fast täglich abends die kostenlose ChatGPT-Version, um Sorgen zu besprechen, fühlt sich subjektiv entlastet, therapeutisch besprochene Disputationstechniken werden seitdem seltener eingesetzt*).

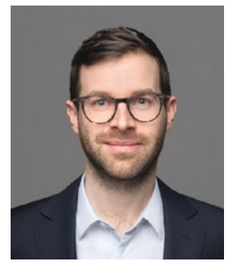
Daher lautet die abschließende Empfehlung zum Aufbau von Kompetenzen im Umgang mit KI: neugierig sein, KI selbst ausprobieren und eine kritisch-professionelle Haltung entwickeln. Wer als Psychiaterin oder Psychiater in der Lage ist, die stille Nutzung eines KI-Chatbots durch Betroffene anzusprechen und fachlich einzuordnen, kann diesem Thema mit echter Empathie begegnen.

☐ **DGPPN Kongress 2026** | GenPSY | **Meet-the-Expert** | Marc Augustin | 25.11.2026 | 12:15–13:15 Uhr

☐ **DGPPN Kongress 2026** | **Symposium** | Künstliche Intelligenz: Beseelung durch Technik? | 25.11.2026 | 17:15–18:45 Uhr

Literatur

1 Künstliche Intelligenz bei Depression. deutsche-depressionshilfe.de/unsere-forschung/laufende-forschungsprojekte/ki-bei-depression. Zugegriffen: 05. Juli 2026
2 Frances A (2025) Warning: AI chatbots will soon dominate psychotherapy. The British Journal of Psychiatry 228(5):474–478. doi.org/10.1192/bjp.2025.10380
3 McBain RK, Cantor JH, Breslau J et al. (2026) AI Chatbot Use and Disclosure for Mental Health Among US Adolescents and Young Adults. JAMA Pediatr. doi.org/10.1001/jamapediatrics.2026.2015
4 Augustin M (2025) KI-assoziierte Psychose: Erkenntnisse aus ersten Fällen. Nervenarzt 96:699–701. doi.org/10.1007/s00115-025-01909-4
5 Augustin M (2026) KI-Chatbots und Suizidalität bei Jugendlichen. Monatsschr Kinderheilkd. doi.org/10.1007/s00112-026-02362-6
6 Lopez-Lopez E, Abels CM, Holford D et al. (2025) Generative artificial intelligence-mediated confirmation bias in health information seeking. Annals of the New York Academy of Sciences 1550:23–36. doi.org/10.1111/nyas.15413
7 Augustin M, Reitz A, Wirtz J et al. (2026) Künstliche Intelligenz in der Psychotherapie – Einstellungen und Kompetenzen ärztlicher und psychologischer Psychotherapeuten. Nervenarzt. doi.org/10.1007/s00115-026-01948-5
8 Wagner J, Schwind A-S (2025) Investigating psychotherapists' attitudes towards artificial intelligence in psychotherapy. BMC psychology 13:719
9 Mental Health Hackathon. dgppn.de/veranstaltungen/mental-health-hackathon.html. Zugegriffen: 06. Juli 2026
10 DOORS AI: A Clinical Training for Patient Generative AI Use. mindbench.ai/library/education. Zugegriffen: 06. Juli 2026
11 Monteith S, Glenn T, Geddes JR et al. (2024) Artificial intelligence and increasing misinformation. Br J Psychiatry 224:33–35. doi.org/10.1192/bjp.2023.136
12 da Silva Santos B, Roza TH, Passos IC (2026) The engagement-validation loop: Sycophancy, anthropomorphic projection, and clinical risk in informal AI-based mental health support. Journal of Affective Disorders 412:122123. doi.org/10.1016/j.jad.2026.122123
13 Kellmeyer P (2024) Generative Künstliche Intelligenz in der Psychotherapie: Chancen und ethische Risiken künstlicher Empathie. In: te Wildt B, Lauer G, Schmidt R (Hrsg) Was machen Digitalisierung und Künstliche Intelligenz mit der Psychotherapie?: Einwürfe und Provokationen. De Gruyter Oldenbourg, S. 25–48



Autor

Prof. Dr. med. Marc Augustin
lehrt an der Evangelischen Hochschule Bochum. Er forscht zum Einsatz von KI in der Psychotherapie sowie zu KI-assoziierter Psychopathologie, etwa bei Suizidalität oder Wahnphänomenen.

Mensch. Maschine. Medizin.

KI analysiert und prognostiziert. Aber sie fühlt und erlebt nicht.
Was bedeutet das für ihren Einsatz in einer Disziplin, in der die Beziehung Teil der Behandlung ist?
Mit Christiane Woopen spricht Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank über das Zusammenspiel von Mensch und Maschine in der Psychiatrie.



EGM: Frau Prof. Woopen, als Ethikerin, ehemalige Vorsitzende des Deutschen Ethikrates und nicht zuletzt als Professorin am Center for Life Ethics an der Universität Bonn beschäftigen Sie sich schon seit längerem mit den ethischen Implikationen beim Einsatz von KI in der Medizin. Lassen Sie uns zunächst klären: Worüber reden wir eigentlich, wenn wir über den Einsatz von KI in der psychiatrischen Forschung, Diagnostik und in der Therapie sprechen?

CW: Wenn man heute von KI spricht, denkt jeder, es gehe um *ChatGPT*, *Claude* und Co. Also Chatbots, Large Language Models (LLMs), generell um Generative KI. Früher hatte man eher die Vielfalt unterschiedlicher Systeme und Anwendungen vor Augen.
Ich beschäftige mich mit dem Thema, seit wir im Deutschen Ethikrat 2015 eine Jahrestagung zu Big Data veranstaltet und eine Stellungnahme zu dem Thema erstellt haben. Damals standen noch die Daten im Vordergrund. Künstliche Intelligenz war nicht so allgegenwärtig, aber es war schon klar, dass es sie brauchen wird, um mit den großen Datenmenge umzugehen. In der Datenethikkommission haben wir uns 2018 dann entschieden, von algorithmischen Systemen zu sprechen, nicht von Künstlicher Intelligenz, denn das Wort „Intelligenz“ führt in die Irre. Der Begriff Künstliche Intelligenz hat automatisch die Implikation, dass es eine Alternative zur menschlichen Intelligenz sei. Und so wird derweil auch über sie gesprochen und mit ihr umgegangen. Wir wollten das begrifflich deutlicher trennen und den technologischen Charakter herausstellen.

„Das Wort ‚Intelligenz‘ führt in die Irre.“

Christiane Woopen

EGM: Aber denken Sie nicht, dass der Begriff Künstliche Intelligenz inzwischen sehr wohl das widerspiegelt, wohin sich die Technologie entwickelt hat?

CW: Ich finde ihn immer noch irreführend. Die Intelligenz des Menschen zeichnet sich ja gerade dadurch aus, bereichsübergreifend und integrativ zu denken und gleichzeitig auf einer Metaebene kritisch zu agieren. Diese Vielfältigkeit sehe ich bei den jetzigen KIs, auch bei den LLMs, noch nicht. Die menschliche Intelligenz ist außerdem daran gekoppelt, körperliche Erfahrungen zu haben – diese hat eine KI aber nicht. Sie ist ein technischer Rechenprozess. Sie kann nicht fühlen, ob etwas warm oder kalt ist, keine Trauer, Hoffnung oder Sehnsucht empfinden. Sie kann Gefühle in Worte fassen und Worte hintereinander rechnen, aber das hat mit dem verkörperten Erleben von Menschen nichts zu tun. Eine KI kann die Fertigkeit eines Menschen bei einer spezifischen Aufgabe um ein Vielfaches übertreffen. Deswegen ist KI –wenn sie gut gemacht und gut kontrolliert ist – großartig, um menschliche Tätigkeiten und Fähigkeiten zu unterstützen. Aber sie mit den Menschen zu vergleichen, finde ich sehr weit hergeholt – und eben auch gefährlich, weil es unser Unterscheidungsvermögen zwischen künstlicher Intelligenz und menschlicher Interaktion sowie Verantwortung unterminiert.

EGM: Für mich wirkt es so, als spiele die Intelligenz für die Wahrnehmung gar nicht mehr so die Rolle. Im Fokus steht doch eher die soziale Interaktion. Die KI bzw. der Chatbot bietet eine vermeintliche Analyse einer Situation und gibt dazu Rückmeldung. Und von dem Menschen, der in Interaktion tritt, wird das emotional unterlegt. Da sehe ich die Gefahr.

CW: Ja, da gebe ich Ihnen völlig recht. Das ist aber eine Übertragung des Menschen. Etwas, das spricht, ist dem Menschen nur aus seinem zwischenmenschlichen Umfeld bekannt, deswegen gibt es diese emotionale Kopplung: Alles, was spricht, muss irgendwie auch menschliche Eigenschaften haben. Das wird zu den errechneten Worten gleichsam mitgeliefert.

EGM: Das wird so erlebt, obwohl der Mensch weiß, dass da eigentlich kein anderer Mensch mit ihm spricht. Das ist doch in diesem Ausmaß verblüffend.

CW: In der Tat, die Gefühle werden automatisch aktiviert. Sie dann rational zu kontrollieren, fällt schwer – vor allem, wenn es angenehme Gefühle sind, die man eigentlich bewahren möchte.

EGM: Ein für den Einsatz der Bots in der Therapie überaus problematischer Faktor ist, dass die Bots so trainiert sind, dass sie dem menschlichen Nutzer Recht geben und seine Aussagen stützen. Für die Therapie ist das schwierig; es kann zu einer Verschlechterung von psychotischen Symptomen führen und auch bei Suizidalität gefährlich werden. Wenn man immer nur sagt: „ja, ich verstehe dich“, kann das in bestimmten Phasen psychischer Erkrankungen hochproblematisch sein.



CW: LLMs wie ChatGPT oder Gemini sind darauf ausgerichtet, die Nutzenden bei sich zu behalten. Sie sagen nicht: „Du bist jetzt schon eine halbe Stunde dabei, möchtest du dir nicht mal ein bisschen die Beine vertreten?“, sondern sie wollen die Leute durch Schmeichelei binden. Und das machen sie, indem sie unterstützen, bestätigen oder am Ende einer Recherche oder eines Austauschs eine weitere Anregung geben. Manchmal ist es gar nicht uninteressant, was sie da vorschlagen, und man muss schon selbst die Disziplin haben, zu sagen: Nein, jetzt reicht es.
Solche Mechanismen können gerade bei vulnerablen Menschen problematisch werden. Es gibt mittlerweile gegen die Unternehmen mehrere Gerichtsverfahren wegen des Suizids junger Menschen durch Interaktion mit Chatbots. Bislang haben die Unternehmen darauf in der Regel mit Vergleichen reagiert – es gibt deshalb noch wenig Rechtsprechung. Sehr interessant fand ich persönlich einen Prozess, bei dem eine Richterin feststellte, dass sich die Unternehmen nicht auf die Rede- oder Meinungsfreiheit ihrer LLMs berufen können. Ein Chatbot habe kein Recht auf Freedom of Speech.
In Kalifornien gibt es aktuell eine Gesetzesinitiative des State Senate, also des Oberhauses des kalifornischen Parlaments, die die Nutzung von KI im Bereich psychischer Erkrankungen regulieren soll. Der Gesetzgebungsprozess ist sehr weit vorangeschritten, das Gesetz soll im kommenden Jahr in Kraft treten. Das ist aber, soweit ich weiß, neben dem umfassenderen EU AI Act eines der wenige Vorhaben dieser Art weltweit.

EGM: Ich denke, es wird dringend Zeit für solche Regulatorik. Die Deutsche Depressionshilfe hat kürzlich Zahlen veröffentlicht, nach denen 65 % der deutschen 16–39-Jährigen schon mal mit einem Chatbot über eigene psychische Probleme gesprochen haben. Und das gilt auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen: 35 % der 16–39-jährigen Menschen mit Depressionen haben schon mal mit einem Chatbot über ihre Depression gesprochen, 10% sogar in längeren, dialogischen Gesprächen, wie mit einem menschlichen Gegenüber. Das kann man nicht unreguliert lassen. Die DGPPN arbeitet auch gerade daran, Voraussetzungen für den Einsatz von KI in der Therapie zu formulieren.

CW: Inwieweit nutzen Sie denn KI in der Psychiatrie bereits in der Versorgung? Von der Prädiktion, Prävention, Diagnostik, Therapie, Forschung bis zur Rehabilitation – es gibt ja in all diesen Bereichen überaus sinnvolle KI-Angebote.

„Ich denke es wird dringend Zeit für solche Regulatorik. “

Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank

EGM: In der Regelversorgung ist KI bislang noch nicht angekommen. Hier in der Klinik in Köln gibt es keine Anwendung, die systematisch oder regelmäßig benutzt wird. Generell sehe ich da großes Potenzial, auch für die Behandlung. Bestimmte Bausteine einer Therapie könnte man sehr gut von einer KI übernehmen lassen. Psychoedukative Elemente zum Beispiel. In DiGAs gibt es bereits interaktive Elemente. Je nachdem, welche Antwort gegeben wird, bekommt man in der Folge ein angepasstes Angebot. So etwas kann ich mir sehr gut auch mit KI-Elementen vorstellen. Integriert in einen Gesamtbehandlungsplan ist das sehr gut vorstellbar.
Ich glaube wir werden, auch angesichts der aktuellen Entwicklung, des Fachkräftemangels und des steigenden Behandlungsbedarfs gar nicht umhinkommen, diese Technik zu nutzen. Und wenn wir das gut machen, spricht viel dafür.

CW: Ja, mir erscheinen auch sehr viele Anwendungen sinnvoll. Wobei ich immer sehr genau schauen würde, was die Nutzung zur Folge hat. Sie nannten das Stichwort Fachkräftemangel. Das finde ich zweischneidig. Natürlich kann man froh sein, wenn Anwendungen dazu beitragen, einen Mangel so auszugleichen, dass er beim Patienten nicht als Problem ankommt. Aber man sollte deshalb nicht das Bemühen aufgeben, den Fachkräftemangel mit Menschen auszugleichen. Die menschliche Begegnung halte ich in der Versorgung für unverzichtbar. Fachkräfte nicht nur zu entlasten, sondern zu ersetzen, halte ich in der Medizin für keine gute Idee.
Im Bereich der bildgebenden Verfahren ist KI längst in der Routineversorgung angekommen. Aber alle Studien, die ich dazu kenne, sagen, dass KI und Mensch zusammen die beste Lösung sind. KI allein ist zwar besser als der Mensch allein, aber KI und Mensch zusammen sind immer noch besser als nur KI.

EGM: Und deshalb müssen wir unbedingt dafür sorgen, dass Menschen weiterhin alles können, was sie können müssen. Noch werden KI-generierte Befunde von erfahrenen Ärztinnen und Ärzten gelesen, die ein Röntgenbild, ein CT und so weiter gut beurteilen und eine Fehlaussage der KI erkennen und korrigieren können. Wenn die Jüngeren sich aber von Anfang an stärker auf die Technik verlassen und bestimmte Fertigkeiten weniger gut lernen, laufen wir Gefahr, dass diese Kompetenzen verloren gehen.

CW: Dann stellt sich also nicht nur die Frage, was KI künftig können soll und darf, sondern auch, was der Mensch weiterhin können muss.

EGM: Am weitesten sind wir vermutlich, was den Einsatz von KI in der Forschung angeht. Es gibt Forschung dazu, wer eine Demenz entwickeln wird oder welche Jugendlichen anfällig sind für Alkoholexzesse. Solche Forschung kann Perspektiven für die Früherkennung von psychischen Erkrankungen eröffnen. Außerdem kann KI die personalisierte Medizin unterstützen, indem sie individuelle Reaktionen auf bestimmte Behandlungsansätze vorhersagt. Das kann dazu beitragen, effektivere und zielgerichtetere Therapien anzubieten.

CW: Ja, da gibt es viele spannende Projekte. Mit dem *Center for Life Ethics* sind wir gerade an einem europäischen Forschungsprojekt mit dem Namen *Virtual Brain Twin* beteiligt, in dem es um das Modell eines virtuellen Gehirnzwillings für Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie geht. Dieses Modell bildet das Gehirn von der molekularen Ebene bis hin zur Zusammenarbeit verschiedener Hirnareale ab. Es ist ein generelles Modell, das dann anhand von Patientendaten individualisiert wird. So soll zum Beispiel der Einsatz verschiedener Medikamente simuliert werden, um herauszufinden, welches am besten wirken könnte. Das System kann die Therapieauswahl unterstützen, es bleibt aber immer noch die Entscheidung des jeweiligen Patienten und des Arztes, welches Medikament letztendlich ausgewählt wird.

EGM: Können Sie sich vorstellen, dass solche Hirnzwillinge tatsächlich einmal die Therapie unterstützen?



CW: Ich kann mir auf jeden Fall vorstellen, dass sie zu Forschungszwecken sehr nützlich sein können, z. B. beim Design und der virtuellen Testung neuer Medikamente. KI kann ja in kürzester Zeit unterschiedlichste Molekülarten generieren. Ich gehe zudem perspektivisch davon aus, dass gerade das Zusammenspiel zwischen virtuellen Zwillingen unterschiedlicher Organe das Verständnis für systemische Funktionen des Körpers fördern und in Kombination mit Medikamentenentwicklungen zu Fortschritt beitragen

kann. Ob das dann auch im individuellen Fall die Therapie verbessert, muss man in großen klinischen Studien ausprobieren. Ich halte es zumindest für möglich.

EGM: Ich kann mir vorstellen, dass das mit Psychopharmaka gut funktionieren kann. Aber wenn wir globaler über Behandlung sprechen, nicht nur über medikamentöse Interventionen, sondern auch über psychosoziale Ansätze und Psychotherapie, dann geht es ja nicht nur um das Gehirn, sondern um den ganzen Menschen mit seinen Interaktionen, mit seiner Umwelt. Ich glaube, dann führt so ein Modell nicht ausreichend weit.

CW: Auf jeden Fall werden sehr viele weitergehende Fragestellungen berührt. Ein Gehirn bildet nicht die Lebenswirklichkeit des Patienten ab. Sein konkretes Leben, mit seinen Freunden, der Familie, seiner beruflichen Situation, seinen Wünschen, Hoffnungen und Ängsten ist viel komplexer und lässt sich nicht aus dem Gehirn ablesen. Gleichzeitig sollte man all dies berücksichtigen, wenn man eine gute Therapieentscheidung treffen und einen Patienten gut psychiatrisch begleiten will.



Deshalb ist es bei allen Entwicklungen auch so wichtig, die Menschen mit der gelebten Erfahrung einzubinden. Wir arbeiten deshalb mit Patienten- und Angehörigenverbänden zusammen. Dabei geht es beispielsweise darum, zielgruppengerecht zu kommunizieren, was die Technologie ist und wie sie angewendet werden soll. Vermutlich sollte man einem Menschen mit einer paranoiden Schizophrenie nicht sagen, man würde einen individualisierten Gehirnzwilling von ihm schaffen. Der Begriff „Zwilling“ mag als Metapher für Förderprogramme oder das Kommunizieren in die Öffentlichkeit attraktiv sein. Gegenüber den Betroffenen halte ich ihn aber für missverständlich und problematisch.

Bei der Entwicklung von Anwendungen geht es deshalb auch nicht nur darum, dass die Technik zuverlässig ist oder die Datenbasis zum Training der KI keinen Bias enthält. Es geht vielmehr darum, das ganze Umfeld und die Lebenswirklichkeit, in die man diese KI-Anwendung hineinbringen möchte, mitzudenken.

EGM: Welchen Nutzen halten Sie für möglich?

CW: Man könnte beispielsweise algorithmische Systeme einsetzen, um die Früherkennung eines möglichen Rückfalls anhand von Alltagsdaten zu unterstützen. Wäre das nicht wunderbar, wenn man eine Verschlechterung so frühzeitig entdeckt, dass man direkt gegensteuern kann? Oder auch spannend: Wir sind als Arbeitsgruppe an einem Projekt beteiligt, bei dem algorithmisch die Wahrscheinlichkeit bei Hochrisikopatienten für den Ausbruch einer Psychose ermittelt wird.

EGM: Vor einer ersten Episode?

CW: Genau – um eine individuell angepasste präventive Behandlung durchzuführen und das Risiko deutlich zu minimieren. Eine solche Risikovorhersage wirft viele Fragen auf. Zum Beispiel: Was macht es mit Menschen, wenn sie erfahren, dass sie ein hohes Risiko für eine bestimmte Erkrankung haben? Das ist bei vielen Erkrankungen relevant: Schizophrenie, Demenz, Brustkrebs, Herz-Kreislauf-Erkrankungen …
Dazu haben wir inzwischen aus mehreren Projekten Daten. Wichtig ist dabei vor allem die Heterogenität der Ergebnisse. Denn bei allen Befragungen zeigt sich: Es gibt diejenigen, die sagen: „Wenn ich wüsste, dass ich ein hohes Risiko habe, eine Demenz zu entwickeln, würde das meine Selbstbestimmung einschränken, weil ich alles, was ich tue, nur noch vor dem Hintergrund dieses hohen Risikos sehen würde.“ Und andere sagen: „Das würde meine Selbstbestimmung stärken, denn dann wüsste ich um mein Risiko und würde die Weltreise lieber jetzt schon machen.“ Entscheidend ist ethisch immer, was das Wissen und mögliche Interventionen tatsächlich im Leben des einzelnen Menschen bewirken. Dafür gibt es keine allgemeingültigen Antworten oder eindeutige Empfehlungen. Deswegen müssen die Aufklärung und Beratung von Ratsuchenden so gründlich und einfühlsam erfolgen, dass sie auf dieser Grundlage eine gute Entscheidung treffen können, ob sie ihr individuelles Risiko überhaupt erfahren möchten.



EGM: Wenn der Mensch das versteht, für sich reflektiert, aufgeklärt ist und sagt, „für mich bedeutet dieses Wissen eine Zunahme meiner Autonomie“, dann ist eine solche Vorhersage in Ordnung? Dann ist sie eine Chance?

CW: Für diesen Menschen kann das eine Chance sein. Ob es sich dann letztendlich wirklich als Chance herausstellt, ist eine andere Frage. Bisherige Daten beziehen sich vor allem auf hypothetische Szenarien. Es braucht darüber hinaus noch Forschung dazu, was solches Wissen in tatsächlichen Kontexten mit einem Menschen macht.

EGM: Auch auf die Behandelnden hat der Einsatz von KI natürlich Auswirkungen. Was bedeutet es für die Aus- und Weiterbildung künftiger Fachärztinnen und Fachärzte? Welche Kompetenzen brauchen wir künftig im Umgang mit KI?

CW: Zweierlei: einmal ein Grundverständnis der Technologie selbst und zweitens kritische Kompetenz im Umgang damit. Das muss jetzt unbedingt in die Curricula. Eigentlich muss die kritische Bildung zu KI schon im Kindergarten vorbereitet werden und in der Schule weitergehen. KI in ihren Tausenden von Anwendungsmöglichkeiten wird unser gesamtes gesellschaftliches Zusammenleben zunehmend prägen. Wenn die Menschen mit einem guten grundsätzlichen technologischen Verständnis sowie kritischer Reflexionsfähigkeit ins Medizinstudium starten, kann man dort die spezifischen Anwendungen im Bereich der Medizin lehren und reflektieren.

EGM: Wenn Sie die Prioritäten für die nächsten fünf Jahre setzen müssten: Was müssen Politik, Wissenschaft und Versorgung jetzt tun, damit KI für eine bessere psychische Gesundheit eingesetzt werden kann?

CW: Wir brauchen eine strategische Entwicklung von KI-Anwendungen in der Psychiatrie. Dafür muss zunächst partizipativ zwischen Forschenden, Behandelnden, Betroffenen und den Angehörigen ermittelt werden: Wo liegen die tatsächlichen Bedarfe, wo die Hoffnungen und wo die Ängste oder Blockaden? Nur so kann man in die Entwicklung von Technologien investieren, die dann tatsächlich anwendbar und nützlich sind.
Wir verfolgen in unserem Center unseren lebensethischen Ansatz. Das heißt wir fragen bei allem danach, welche Auswirkungen etwas auf das Leben hat, und zwar nicht nur auf das biologische Überleben, sondern auch auf das soziale und geistige Leben, das emotionale und das spirituelle. Letztlich geht es um das gute Leben. Konkret fragen wir: Welche Auswirkungen hat eine Technologie auf die Entfaltung, Fülle, Schönheit und Verbundenheit des Lebens? Oder konkret: Wie trägt eine KI-Anwendung am besten zur Entfaltung, Fülle, Schönheit und Verbundenheit des Lebens von Patientinnen und Patienten oder Menschen mit einem hohen Risiko für eine psychische Erkrankung bei? Diese Fragen sollten wir in den Mittelpunkt stellen und uns daran orientieren.

DGPPN Kongress 2026 | **Präsidentensymposium** | KI in Psychiatrie und Psychotherapie | 25.11.2026 | 15:30–17:00 Uhr



Prof. Dr. med. Christiane Woopen leitet das Center for Life Ethics an der Universität Bonn. Sie forscht dort u.a. zum Einsatz von Algorithmen in der Gesundheitsversorgung. Die Humanmedizinerin und Philosophin ist Mitglied im Deutschen Ethikrat.

Prof. Dr. med. Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank leitet seit 2008 die LVR-Klinik Köln, eine Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Die DGPPN-Präsidentin ist zudem seit 2016 fachliche Direktorin Forschung am LVR-Institut für Forschung und Bildung.

Leitplanken für die Praxis

Die veröffentlichten Aktualisierungen der S3-Leitlinien *Verhinderung von Zwang* sowie der Living Guideline *Schizophrenie* werden demnächst durch die Überarbeitung der S3-Leitlinie zu *ADHS* ergänzt. Die wichtigsten Neuerungen im Überblick.

Verhinderung von Zwang

S3-Leitlinie der DGPPN, Version 3.0
AWMF-Reg.-Nr: 038–022
gültig: 02.05.2026–01.03.2031
Leitlinienkoordination:
PD Dr. Sophie Hirsch,
Prof. Dr. Tilman Steinert

Zwangsmaßnahmen sind schwerwiegende Eingriffe in die Grundrechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die aktualisierte S3-Leitlinie *Verhinderung von Zwang – Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen* zeigt, wie aggressiven Eskalationen vorgebeugt und Zwang so weit wie möglich vermieden werden kann.

Die Leitlinie wurde in enger Zusammenarbeit von 33 Fachgesellschaften sowie Betroffenen- und Angehörigenorganisationen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz erarbeitet. Der Konsensprozess war als strukturierter Austausch zwischen Steuerungsgruppe, themenspezifischen Arbeitsgruppen und Mandatierten organisiert. Die aktualisierte S3-Leitlinie umfasst insgesamt 88 Empfehlungen. Etwa die Hälfte der Empfehlungen basiert auf wissenschaftlichen Studien; die andere Hälfte wurde im strukturierten Expertenkonsens erarbeitet.

Für das Fach ist diese Leitlinie von besonderer Bedeutung, weil der Umgang mit Aggression und Zwang zu den ethisch, rechtlich und praktisch anspruchsvollsten Aufgaben der Psychiatrie gehört. Sie bewegt sich im Spannungsfeld zwischen dem Schutz der Betroffenen und Dritter, dem Behandlungsauftrag und der Achtung von Selbstbestimmung und Menschenwürde. Entscheidungen über Zwang fallen zudem in einem Machtgefälle. Die Leitlinie gibt Orientierung für eine Versorgung, die Gefahren verantwortungsvoll begegnet, dabei aber konsequent auf Deeskalation, Verhältnismäßigkeit und die Vermeidung von Zwang ausgerichtet bleibt. Erstmals bezieht sie auch die Rahmenbedingungen in Österreich und der Schweiz ein.

Eine zentrale Empfehlung betrifft die frühzeitige Erkennung von Risikosituationen. Strukturierte Vorhersageinstrumente, insbesondere die *Brøset Violence Checklist*, sollen in der klinischen Routinediagnostik bei Risikopopulationen in der Akutpsychiatrie und in Notaufnahmen eingesetzt werden. Sie können helfen, frühzeitig deeskalierend zu intervenieren, dürfen jedoch keinesfalls alleinige Grundlage für restriktive Maßnahmen sein.

Auch die gemeinsame Vorausplanung wird gestärkt. Menschen, die bereits Zwangsmaßnahmen erlebt haben, sollen Instrumente wie Patientenverfügungen, Behandlungsvereinbarungen oder Krisenpässe aktiv empfohlen und angeboten werden. Solche Instrumente können die vertrauensvolle Zusammenarbeit stärken und dazu beitragen, Zwang bei späteren Wiederaufnahmen zu verhindern, zu verkürzen oder erträglicher zu gestalten.

Prävention ist zugleich eine Aufgabe der gesamten Einrichtung. Alle Mitarbeitenden sollen im Rahmen von Aggressionsmanagement-Trainings in Deeskalationstechniken und im Umgang mit aggressivem Verhalten geschult werden. Psychiatrische Stationen sollten – eingebettet in ein geeignetes organisatorisches und therapeutisches Gesamtkonzept – in der Regel mit offenen Stationstüren geführt werden. Im Zusammenhang mit Zwangsmaßnahmen sollten zudem Angebote der Ethikberatung etabliert und genutzt werden.

Lässt sich eine akute Gefahr trotz Deeskalationsversuchen und milderer Mittel nicht anders abwenden, bleiben freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen Interventionen der letzten Wahl. Sie sollen ärztlich angeordnet, von geschulten Mitarbeitenden durchgeführt, streng auf ihre Verhältnismäßigkeit geprüft und so kurz wie möglich gehalten werden. Ob eine Maßnahme beendet werden kann, ist regelmäßig zu prüfen und interprofessionell zu entscheiden.

Aggressive Vorfälle und Zwangsmaßnahmen sollen anschließend im therapeutischen Team und mit den Betroffenen zeitnah, strukturiert, wiederholt und bei Bedarf auch nach der Entlassung nachbesprochen werden. Die Nachbesprechung soll die Verarbeitung des Erlebten und die Wiederherstellung von Vertrauen unterstützen; getroffene Absprachen sollen auch bei Wiederaufnahmen in die Behandlungsplanung einfließen. Bei rezidivierend aggressivem Verhalten im Rahmen psychotischer Störungen soll zudem gemäß den Leitlinien für die Grunderkrankung medikamentös behandelt werden.

Schizophrenie

S3-Leitlinie – Living Guideline der DGPPN, Version 5.0
AWMF-Reg.-Nr. 038–009
gültig: 13.06.2026–12.07.2027
Leitlinienkoordination:
Prof. Dr. Alkomiet Hasan, Prof. Dr. Peter Falkai,
Prof. Dr. Wolfgang Gaebel, Prof. Dr. Stefan Leucht

Schizophrenien gehören zu den besonders schweren psychischen Erkrankungen und können mit erheblichem Leid sowie sozialen und beruflichen Beeinträchtigungen einhergehen. Ohne eine Behandlung steigt nicht nur das Risiko für einen schweren Verlauf, sondern auch das Risiko, dass Betroffene sich selbst gefährden. Auch die Wahrscheinlichkeit für Gewalttaten ist erhöht. Der konsequenten fachgerechten Behandlung der Schizophrenie kommt deshalb ein besonderer Stellenwert zu. Die jetzt aktualisierte S3-Leitlinie *Schizophrenie – Living Guideline der DGPPN* soll die Qualität der Behandlung sicherstellen.

Ihre ganzheitliche Behandlung erfordert je nach Krankheitsphase und individuellem Bedarf ein abgestimmtes Zusammenspiel medikamentöser, psychotherapeutischer, psychosozialer, rehabilitativer Maßnahmen und gegebenenfalls nicht-invasiver Hirnstimulationsverfahren über ambulante und stationäre Versorgungsbereiche hinweg.

Die S3-Leitlinie – Living Guideline wird jährlich überprüft und aktualisiert. Für die aktuelle Version 5.0 wurde die Evidenz zur Behandlung von Menschen mit Schizophrenie neu gesichtet und eingeordnet. Anschließend wurden alle Empfehlungen der Leitlinie geprüft und neu zur Abstimmung gestellt. An diesem Prozess waren insgesamt 41 Fachgesellschaften, Verbände sowie Angehörigen- und Betroffenen-Organisationen beteiligt. Insgesamt umfasst die aktualisierte S3-Leitlinie 153 Empfehlungen zu Diagnostik und Behandlung der Schizophrenie.

Eine aktuelle Neuerung betrifft die Avatartherapie. So wurde die bisher allgemein gefasste Empfehlung zu digitalen und technikgestützten Interventionen grundlegend überarbeitet und auf Avatartherapie bei persistierenden akustischen Halluzinationen fokussiert. Nach der neuen Empfehlung sollte Menschen mit Schizophrenie und anhaltendem Stimmenhören im Rahmen einer Psychotherapie eine validierte und zertifizierte Avatartherapie angeboten werden. Das Verfahren ist in Deutschland allerdings bislang nur im Rahmen von Studien an einigen universitären Zentren verfügbar.

Erweitert wurde zudem die Empfehlung zum Einsatz der repetitiven transkraniellen Magnetstimulation (rTMS), einem nicht-invasiven Verfahren, bei dem bestimmte Hirnregionen mithilfe wiederholter Magnetimpulse stimuliert werden, um eine Über- oder Unteraktivierung der Region zu modulieren. Die Leitlinie empfiehlt jetzt, diese Therapieoption anzubieten, wenn die medikamentöse Behandlung keine ausreichende Wirkung erzielt.

Für die medikamentöse Akutbehandlung konkretisiert die Leitlinie die intramuskuläre Anwendung von Haloperidol. Die Leitliniengruppe hält den Einsatz nicht nur zur schnellen Kontrolle akuter psychomotorischer Erregungszustände, sondern auch bei anderen psychotischen Syndromen für wissenschaftlich begründbar und schafft damit Klarheit für eine klinisch herausfordernde Situation. Dabei handelt es sich um eine zulassungsüberschreitende Anwendung, deren Begründung auf der Extrapolation verfügbarer Evidenzquellen beruht.

Praxisnah ist auch die neu gefasste starke Empfehlung zur Psychoedukation. Demnach soll eine strukturierte Psychoedukation zur Rückfallvermeidung angeboten werden. Angehörige oder andere Vertrauenspersonen sollen mit Zustimmung der Betroffenen einbezogen werden. Aktualisiert wurde außerdem eine Empfehlung zur Behandlung schwangerer Frauen mit Schizophrenie. Bei einer Pharmakotherapie müssen die möglichen Folgen der unbehandelten Erkrankung die Risiken der fetalen Exposition überwiegen. Für die individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung und die Bewertung möglicher Risiken einer medikamentösen Behandlung verweist die Leitlinie ausdrücklich auf Embryotox und die jeweiligen Fachinformationen. Gerade für die Versorgung von Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, ist ein ganzheitlicher Behandlungsansatz wichtig. Mit einer Kombination aus medikamentöser Behandlung mit Antipsychotika, kognitiver Verhaltenstherapie, psychosozialen Verfahren und gegebenenfalls nicht-invasiven Hirnstimulationsverfahren kann der ganze Mensch in seiner Genesung und Recovery unterstützt werden.

Die besondere Problematik des Drogen- oder Alkoholkonsums von Menschen mit Schizophrenie wird in der Leitlinie nicht im Detail behandelt. Hierzu wurde kürzlich die DGPPN-S3-Leitlinie *Psychosen mit komorbider substanzbezogener Störung* veröffentlicht.

ADHS

Gemeinsame S3-Leitlinie von DGPPN, DGKJP und DGKJ, Version 2.0
AWMF-Reg.-Nr. 028–045
Veröffentlichung in Vorbereitung, voraussichtlich 2. Halbjahr 2026
Leitlinienkoordination:
Prof. Dr. Dr. Tobias Banaschewski und Ko-Koordination Prof. Dr. Andreas Fallgatter

ADHS beginnt meist im Kindesalter, kann aber bis ins Erwachsenen- und höhere Lebensalter fortbestehen. Symptome wie Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität können Beziehungen, Ausbildung, Beruf, Alltag und Teilhabe beeinträchtigen. Im Mittelpunkt der aktualisierten S3-Leitlinie steht die Auswirkung der ADHS-Symptomatik auf Funktionsfähigkeit und Teilhabe. So soll eine Behandlung nicht allein an Zahl und Ausprägung der Symptome, sondern auch an Beeinträchtigungen, Lebensumfeld, koexistierenden Erkrankungen und den Präferenzen der Betroffenen ausgerichtet werden. Auch soll die Behandlung im Rahmen eines multimodalen Gesamtkonzepts geplant werden und psychosoziale sowie pharmakologische Interventionen je nach Bedarf kombinieren. Zu den psychosozialen Interventionen zählt die Leitlinie gezielte, fachlich fundierte und planvolle psychologische, psychotherapeutische, pädagogische, heilpädagogische und sozialtherapeutische Maßnahmen. Insbesondere sind damit Verfahren wie die kognitive Verhaltenstherapie, Eltern- und Bezugspersonentrainings und auch Interventionen im schulischen, beruflichen oder sozialen Umfeld gemeint. Eine umfassende Psychoedukation soll Betroffenen und Bezugspersonen grundsätzlich angeboten werden.

Welche Behandlung jeweils im Vordergrund steht, richtet sich nach dem Schweregrad der ADHS. Bei leichter ADHS soll primär psychosozial (im oben genannten Sinne) behandelt werden. Bei mittelgradiger ADHS soll – abhängig von individuellen Bedingungen, Umfeld, Präferenzen und Behandlungsressourcen – eine psychosoziale Intervention, eine Pharmakotherapie oder eine Kombination angeboten werden. Bei schwerer ADHS soll primär und unmittelbar eine Pharmakotherapie angeboten werden. In der Regel ist die Kombination mit psychosozialen Interventionen indiziert.

Neu berücksichtigt diese Leitlinie ADHS im höheren Lebensalter und Aspekte eines möglichen *„late-onset“*. Zeigt sich die Symptomatik erst bei steigenden Alltagsanforderungen oder nach dem Wegfall schützender Faktoren, soll geprüft werden, ob bereits in der Kindheit subsyndromale Symptome bestanden. Bei erstmaligem Auftreten im höheren Alter ist eine sorgfältige differenzialdiagnostische Abklärung erforderlich.

Mehr Gewicht erhält in dieser Version 2.0 der Leitlinie auch der soziale Kontext. Aufgrund der familiären Häufung sollen mögliche Symptome wechselseitig bei Eltern, Geschwistern oder Kindern beachtet und bei Bedarf Beratung, ggf. Diagnostik oder Therapie empfohlen werden. Behandelnde sollen Stigmatisierung erfragen und berücksichtigen, bei Selbststigmatisierung sollte die Handlungskompetenz gestärkt werden.

Für die Pharmakotherapie präzisiert die Leitlinie Kontrolluntersuchungen und den Umgang mit Nicht-Adhärenz. Dabei wäre zu unterscheiden, ob Medikamente unbeabsichtigt nicht eingenommen werden (z. B. durch Vergessen) oder Vorbehalte, Sorgen und Missverständnisse zu Nicht-Adhärenz führen.

Ein neues Kapitel widmet sich ADHS und koexistierenden substanzbezogenen Störungen. Empfohlen werden eine wertneutrale Anamnese des Substanzkonsums und ein ADHS-Routinescreening bei Menschen mit Substanzkonsumstörung. Beide Störungen sollten grundsätzlich gleichzeitig und gemeinsam behandelt werden, allerdings ist bei akuter Intoxikation oder schweren Entzugserscheinungen die substanzbezogene Störung zunächst vorrangig. Ist eine ADHS-Medikation indiziert, soll diese als Teil der psychiatrischen und psychosozialen Behandlung auch bei einer koexistierenden substanzbezogenen Störung angeboten werden.

Mehr zum Thema | dgppn.de/publikationen/leitlinien

DGPPN Kongress 2026 | **Symposium** | Update der *S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang* – eine Metaperspektive | 25.11.2026 | 17:15–18:45 Uhr

Die Bedeutung der Empfehlungsformulierungen einer Leitlinie

In Leitlinien werden standardisierte Formulierungen genutzt, um die Stärke der Empfehlungen auszudrücken. Die jeweilige Wortwahl ergibt sich aus einer Abwägung von Evidenz, Nutzen und Schaden, Präferenzen der Patientinnen und Patienten, der praktischen Umsetzbarkeit sowie weiteren Aspekten.

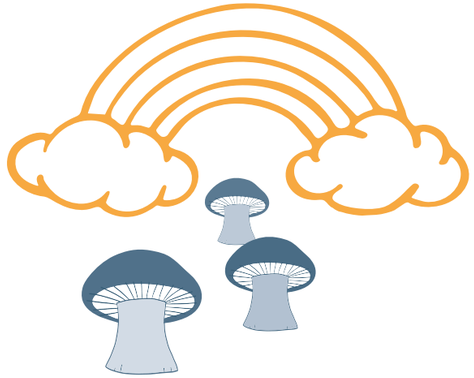
- **„soll (nicht)“** oder **„wir empfehlen (nicht)“:** Starke Empfehlung spricht klar für oder gegen eine Maßnahme.
- **„sollte (nicht)“** oder **„wir schlagen vor, … (nicht)“**: Bedingte Empfehlung, begründete Abweichungen sind möglich.
- **„kann“**: Offene Empfehlung, die Leitlinie spricht sich hiermit zwar für etwas aus, sieht unterschiedliche Vorgehensweisen jedoch als vertretbar an.

In den evidenzbasierten Leitlinien S2e/S3 wird die Empfehlungsstärke häufig zusätzlich durch Empfehlungsgrade (z. B. A/B/0 oder Symbole) gekennzeichnet. Die sprachliche Formulierung und der Empfehlungsgrad sollen dieselbe Empfehlungsstärke vermitteln (starke Empfehlung = A, bedingte Empfehlung = B, offene Empfehlung = 0).

merk-würdig

Studienergebnisse, die ganz sicher im Gedächtnis bleiben





Migränebonus

Seit Langem wird diskutiert, ob Migräne das Demenzrisiko erhöht. Eine große prospektive Kohortenstudie fand dafür keine Hinweise. Fast 6.900 Personen wurden im Mittel 9,4 Jahre nachbeobachtet, rund 15% hatten Migräne. Menschen mit Migräne entwickelten demnach seltener eine Demenz als Personen ohne Migräne. Das Risiko war um etwa 30% für Demenz insgesamt und um 42% für Alzheimer-Demenz vermindert. Ein protektiver Effekt der Migräne lässt sich daraus jedoch nicht ableiten. Mögliche Erklärungen sind methodische Unterschiede früherer Studien oder bislang ungeklärte biologische Mechanismen. Die Ergebnisse sprechen gegen die Annahme, dass Migräne ein eigenständiger Risikofaktor für Demenz ist, und könnten viele Betroffene beruhigen.

Quelle: Acarsoy C et al. (2026) Migraine and the Risk of Dementia in the General Population. Alzheimer's & Dementia 22:e71386. doi.org/10.1002/alz.71386

Hoffnungspilze

In einer randomisierten, dreifach verblindeten Phase-2b-Studie erhielten 144 Erwachsene mit therapieresistenter Depression nach Absetzen ihrer Antidepressiva einmalig 25 mg Psilocybin oder Placebo, jeweils begleitet von psychotherapeutischen Vor- und Nachbereitungssitzungen. Der primäre Endpunkt, eine mindestens 50-prozentige Symptomreduktion nach sechs Wochen, wurde nicht erreicht. Sekundäre Analysen zeigten jedoch klinisch relevante Verbesserungen der depressiven Symptomatik unter 25 mg Psilocybin gegenüber der Vergleichsgruppe. Die Therapie wurde überwiegend gut vertragen, vereinzelt traten Suizidgedanken an den Behandlungstagen sowie eine anhaltende Wahrnehmungsstörung auf.

Quelle: Mertens LJ et al. (2026) Efficacy and Safety of Psilocybin in Treatment-Resistant Major Depression: The EPISODE Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry 83(5):448–460. doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2026.0132



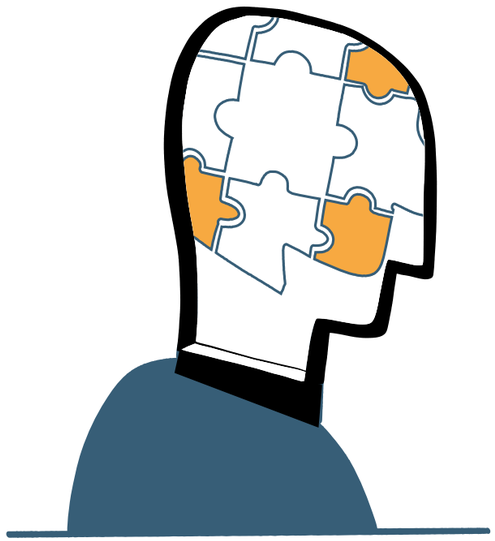


Fehlbare KI

Ein US-Forschungsteam prüfte die Empfehlungen von *ChatGPT Health* anhand von 60 Fallvignetten. Sie werteten 960 Antworten aus 21 Fachgebieten aus. Während das System bei mittelschweren Krankheitsbildern meist zutreffende Dringlichkeitsempfehlungen gab, zeigten sich Schwächen an klinischen Extremen: Mehr als die Hälfte tatsächlicher Notfälle wurde zu wenig dringlich eingeschätzt, darunter diabetische Ketoazidosen und schwere Asthmaexazerbationen. Umgekehrt wurden rund zwei Drittel harmloser Beschwerden unnötig hoch priorisiert. Besonders problematisch war die uneinheitliche Aktivierung von Krisenhinweisen bei suizidalen Äußerungen: In mehreren Szenarien mit konkreten Suizidgedanken erschienen keine Hilfsangebote, während sie in weniger akuten Situationen ausgelöst wurden.



Quelle: Ramaswamy A et al. (2026) ChatGPT Health performance in a structured test of triage recommendations. Nature Medicine 32:1671–1675. doi.org/10.1038/s41591-026-04297-7



Hirnbasierte Kategorisierung

In einer diagnostischen Studie analysierte ein Forschungsteam Daten von etwa 1.000 jungen Erwachsenen und verknüpfte klinische Symptome mit multimodalen MRT-Daten. Statt psychische Erkrankungen entlang klassischer Diagnosen zu ordnen, identifizierten sie sechs transdiagnostische Symptomdimensionen: Erregbarkeit und Impulsivität, depressive Stimmung und psychische Belastung, emotionale und Verhaltensdysregulation, stressbezogene Symptomatik, Essstörungssymptomatik sowie soziale Ängstlichkeit und Vermeidungsverhalten. Jede Dimension war mit charakteristischen Mustern der Hirnstruktur und -funktion assoziiert. Die Ergebnisse liefern einen Ansatz, künftig biologisch definierte Symptomprofile für die Präzisionspsychiatrie zu nutzen.

Quelle: Lett TA et al. (2025) Framework for Brain-Derived Dimensions of Psychopathology. JAMA Psychiatry 82(8):778–789. doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.1246

Schlagzeilen mit Folgen

Was, wenn Medienberichte dazu beitragen, dass Gewalttaten begangen werden? Und wie ließe sich das verhindern? Erst Magdeburg, dann Aschaffenburg, Mannheim, Hamburg. Die Häufung der Taten war auffällig. Je mehr man darüber las, desto mehr schien zu passieren.

Bei Suiziden ist es schon lange bekannt: Mediale Darstellungen können dazu führen, dass Selbsttötungen zunehmen. Der sogenannte *Werther-Effekt* wurde benannt in Anlehnung an Goethes Roman *Die Leiden des jungen Werther*, dessen Publikation 1774 eine hohe Zahl an Suiziden zur Folge hatte.

Wissenschaftlich belegt wurde der Effekt erstmals in den 1980er Jahren. Im ZDF lief *Der Tod eines Schülers*, eine mehrteilige Fernsehserie, die en détail die Planung und Durchführung eines Suizids durch einen Zug zeigte. Am *Zentralinstitut für Seelische Gesundheit* in Mannheim wertete man damals aus, ob sich in den Monaten nach dem Sendetermin die Zahl derartiger Suizide veränderte. Die Ergebnisse waren eindeutig: Infolge der ersten Ausstrahlung stieg die Zahl der Schienensuizide bei jungen Menschen in Deutschland an. Bei jungen Männern sogar um 175 % [1]. Apelle der Forschenden, die Serie nicht erneut auszustrahlen, wurden als Versuch der unangemessenen Einflussnahme abgewehrt.

Auch wenn man sich in den 1980er Jahren beim ZDF noch gegen die Kritik wehrte – dass Medienschaffende eine besondere Verantwortung tragen und Berichterstattung über Suizide aufgrund des Werther-Effekts eine besondere Sensibilität erfordert, ist heute selbstverständlicher Teil jeder journalistischen Ausbildung. Der Pressekodex des *Deutschen Presserats* hat zu dem Thema sogar eine eigene Richtlinie: „Die Berichterstattung über Selbsttötung gebietet Zurückhaltung. Dies gilt insbesondere für die Nennung von Namen, die Veröffentlichung von Fotos und die Schilderung näherer Begleitumstände."

Wenn es um Berichterstattung über Gewalttaten geht, ist von einer derartigen Zurückhaltung leider wenig zu spüren. Dabei gibt es auch hier einen durch die Medien vermittelten Nachahmungseffekt. Aus der Forschung über *Mass Shootings* in den USA weiß man: Die Wahrscheinlichkeit für eine weitere Tat ist nach einem solchen Ereignis für etwa zwei Wochen signifikant erhöht. Erste Studien belegen einen kausalen Zusammenhang mit Medienberichten: Jetter und Walker haben für ein 2018 veröffentlichtes Diskussionspapier den Zusammenhang zwischen Nachrichtenbeiträgen im Programm des Senders *ABC World News Tonight* und Folgetaten untersucht. Den Ergebnissen nach führte jeder einzelne Fernsehbeitrag zu drei weiteren Taten in der darauffolgenden Woche. Die Autoren schätzen, dass etwa die Hälfte der Mass Shootings durch Medienberichterstattung ausgelöst werden [2].

Der Mechanismus der Ansteckung ist vermutlich die „generalisierte Nachahmung". Danach steigt die Wahrscheinlichkeit einer Nachahmungstat, wenn sich Menschen mit einem Täter identifizieren können, etwa, weil sie ihm in Bezug auf Alter oder Geschlecht ähnlich sind. Begünstigt wird der Effekt zudem, wenn der Täter ein hohes gesellschaftliches Ansehen genießt, durch die Tat Aufmerksamkeit oder Berühmtheit erlangt oder als besonders kompetent (schlau, geschickt, guter Schütze etc.) dargestellt wird.

Ob dieser Effekt auch für Personen gilt, die eine Gewalttat im akuten Wahn begehen, ist zugegebenermaßen unklar. Diese Täterinnen und Täter handeln meist aus anderen Motiven. Sie sehen sich oder andere akut bedroht und versuchen durch die Tat, Leid von sich oder anderen fernzuhalten. Dass diese Motive durch Medienberichte beeinflusst werden, ist eher unwahrscheinlich. In Phasen, in denen sich ein Wahn erst entwickelt, sind Betroffene jedoch durchaus offen für Reize der Außenwelt und entsprechend beeinflussbar. Denn Wahninhalte werden immer auch durch Informationen der Realität gespeist. Zwar fehlen zum Ansteckungseffekt für diese Tätergruppe belastbare Studien, aus klinischer Erfahrung scheint aber plausibel, dass sich Inhalte der Berichterstattung auf die Inhalte von Wahnvorstellungen auswirken könnten. Stark beeinflussbar sind vermutlich auch Täterinnen und Täter, bei denen die Einflüsse psychischer Erkrankungen bzw. Persönlichkeitsstörungen mit politisch-ideologischer oder religiöser Propaganda zusammenkommen.

Aber auch abgesehen von der Gefahr, Nachahmungstaten auszulösen: Berichte über Menschen mit psychischen Erkrankungen bergen noch immer das Risiko der Stigmatisierung. Denn die mediale Darstellung prägt das Bild, das die Öffentlichkeit von psychischen Erkrankungen hat. Und sie prägt das Bild der Psychiatrie. Wenn es sich um Berichte über Gewalttaten von Menschen mit psychischen Erkrankungen handelt, ist die Gefahr der Stigmatisierung besonders hoch.

Wenn eine Gewalttat geschieht, verlangt die Logik des Mediensystems nach schneller Berichterstattung. Zuständig sind dann zuerst die tagesaktuellen Nachrichtenredaktionen, und nicht die Fachressorts, die sich mit psychischen Erkrankungen auskennen. Dies ist eine mögliche Erklärung, warum beim Versuch, die Vorgänge einzuordnen und Erklärungen zu finden, der mutmaßliche Täter schnell als „psychisch krank" oder „schon mal in psychiatrischer Behandlung gewesen" porträtiert wird. Die psychische Erkrankung wird dann als vermeintlich plausible Ursache für eine Gewalttat dargestellt. Dass dieser Zusammenhang niemals zwingend ist und dass eine Erkrankung keinesfalls der einzige oder unmittelbare Grund für eine Tat ist, wird somit häufig nicht berücksichtigt. Bei den Lesenden verbleibt die Assoziation „psychisch krank = gewalttätig", selbst wenn in einer späteren und ausführlichen Nachberichterstattung diese Kausalität entfällt oder umfassender eingeordnet wird.

Schlagzeilen wie „Messerstecher kommt in die Psychiatrie" tragen ihr Übriges dazu bei: Sie sind – denn gemeint ist zweifelsohne die Forensik, – nicht nur falsch, sondern sie sorgen auch für das Bild der Psychiatrie als einem Ort mit potenziell gefährlichen Menschen.

Nach einer Tat wie in Magdeburg, Aschaffenburg oder Hamburg erhofft man sich Erklärung und Einordnung gegen die Hilflosigkeit. Presseanfragen entstehen – vor allem kurz nach einer Tat – unter erheblichem Zeitdruck. Sie offenbaren dabei Unwissen und mitunter auch Voreingenommenheit, aber eben auch den Bedarf einer fachlichen Expertise. Daher ist es gerade in einem solchen Moment wichtig, diese Expertise als Fachgesellschaft zu nutzen und zu Gesprächen bereit zu sein – und dazu beizutragen, dass die Berichterstattung weder Stigmatisierung noch Nachahmungstaten befördert.

Ein wichtiger Teil der Öffentlichkeitsarbeit der DGPPN besteht daher auch darin, Medienschaffende, die sich an die DGPPN wenden, nicht nur mit Informationen zu versorgen, sondern gegebenenfalls auch Fehlannahmen zu korrigieren und für die Risiken der Berichterstattung zu sensibilisieren. Deshalb hat die DGPPN Empfehlungen zur Berichterstattung über Menschen mit psychischen Erkrankungen herausgegeben [3] und entwickelt derzeit konkrete Empfehlungen zur Berichterstattung über Gewalttaten.

Medienberichte bergen also Risiken: Sie können Nachahmung befördern und Stigmatisierung verstärken. Aber: Gut gemachte Berichte tragen auch zur Aufklärung bei, können Vorurteile abbauen und dabei helfen, die Psychiatrie als Ort der Heilung in der öffentlichen Wahrnehmung zu verankern. Vielleicht können sie sogar dazu beitragen, das Risiko für Gewalttaten zu verringern. So wie gut gemachte Medienberichte über Suizidalität dazu beitragen können, Suizide zu verringern.

Literatur

1 Schmidtke A, Häfner H (1988) The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. Psychol Med 18:665–76
2 Jetter M, Walker JK (2018) The Effect of Media Coverage on Mass Shootings. IZA Discussion Paper No. 11900
3 www.seelischegesundheit.net/presse/fair-media

- ☐ **DGPPN Kongress 2026** | **Diskussionsforum** | Gewaltprävention | 26.11.2026 | 13:30–15:00 Uhr
- ☐ **DGPPN Kongress 2026** | **Symposium** | Umgang mit potenziellen Gefährdern – neue Aufgaben für psychiatrische Kliniken? | 25.11.2026 | 17:15–18:45 Uhr
- ☐ **DGPPN Kongress 2026** | **Diskussionsforum** | (Gewalt-) Prävention fängt in der Gemeinde an | 27.11.2026 | 15:30–17:00 Uhr

Grenzen der Autonomie

Deutschland, Österreich und die Schweiz im Austausch zu den Themen Autonomie und Wohlergehen: Wie viel Selbstbestimmung ist möglich, wenn eine psychische Erkrankung die Fähigkeit zu eigenverantwortlichen Entscheidungen einschränken kann? Und wie lässt sich das Wohl des Patienten achten, ohne seine Autonomie unnötig zu beschränken?



Diese Fragen gehören zu den anspruchsvollsten der modernen Psychiatrie – medizinisch, ethisch und rechtlich. Sie standen im Mittelpunkt des länderübergreifenden Kongresses *Psychiatrie im Spannungsfeld von Autonomie und Wohlergehen*, den die DGPPN zusammen mit der *Österreichischen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik* (ÖGPP) sowie der *Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie* (SGPP) Anfang Juni in Berlin veranstaltete. Rund 200 Expertinnen und Experten aus Psychiatrie, Psychotherapie, Ethik, Recht und Wissenschaft diskutierten drei Tage lang über eines der zentralen Themen der psychiatrischen Versorgung: das Spannungsfeld von Autonomie und Wohlergehen. Die gleichberechtigte Beteiligung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Angehörigen am wissenschaftlichen Austausch prägte den Charakter des Kongresses entscheidend.

Autonomie und Wohlergehen sind kein Widerspruch

Jeder Mensch hat das Recht, über seine Lebensführung und damit auch über Maßnahmen, die seine Gesundheit betreffen, selbst zu bestimmen. Grundsätzlich folgt aus dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung auch nicht, dass Patientinnen und Patienten nicht selbstbestimmt entscheiden können und dürfen. Was aber tun, wenn psychische Erkrankungen in Einzelfällen die Selbstbestimmungsfähigkeit von Menschen stark einschränken?

„Autonomie und Patientenwohl sind keine Gegensätze. Eine gute psychiatrische Versorgung verbindet diese Ziele miteinander“, brachte Prof. Dr. Thomas Pollmächer, Mitveranstalter des Kongresses und Vorsitzender der DGPPN-Kommission Ethik und Recht, den Grundgedanken des Kongresses auf den Punkt. Diese Balance gehört seit vielen Jahren zum Selbstverständnis der Psychiatrie. Unterstützte Entscheidungsfindung, Behandlungsvereinbarungen, Krisenpläne oder klinische Ethikberatung sind inzwischen etablierte Instrumente, um den Willen von Patientinnen und Patienten möglichst umfassend zu berücksichtigen. Zwangsmaßnahmen sollen dadurch möglichst vermieden werden.

Zwang vermeiden – nicht ausweiten

Entsprechend nahm die Vermeidung von Zwang einen breiten Raum im Kongressprogramm ein. Fachvorträge, Symposien und Diskussionsforen beschäftigten sich mit neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen, der aktualisierten S3-Leitlinie *Verhinderung von Zwang* sowie mit den Erfahrungen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Dabei wurde deutlich: Zwangsmaßnahmen sind nur als Ultima Ratio gerechtfertigt – wenn Selbstbestimmungsfähigkeit fehlt, eine erhebliche Eigen- oder Fremdgefährdung besteht, der vorausverfügte oder mutmaßliche Wille und die Präferenzen des Patienten beachtet werden und alle milderen Mittel ausgeschöpft wurden. Gleichzeitig wurde deutlich, dass Zwang nicht allein durch rechtliche Vorgaben reduziert werden kann. Entscheidend sind ausreichend personelle Ressourcen, gut ausgebaute gemeindepsychiatrische Strukturen, frühzeitige Krisenintervention sowie eine Behandlungskultur, die auf Partizipation und Vertrauen setzt.

Drei Länder – unterschiedliche Systeme, gemeinsame Herausforderungen

Gerade der länderübergreifende Vergleich war ein besonderer Mehrwert des Kongresses. Deutschland, Österreich und die Schweiz verfügen über unterschiedliche Gesundheitssysteme, rechtliche Rahmenbedingungen und Versorgungsstrukturen. Dennoch ähneln sich die grundlegenden Fragestellungen erstaunlich. „Trotz aller Unterschiede unserer Systeme sind die grundlegenden Fragen in den drei Ländern dieselben“, sagte Prof. Dr. Martin Aigner, Vorstandsmitglied der ÖGPP. „Wie stärken wir die Autonomie von Patientinnen und Patienten? Wie gestalten wir das System so, dass Zwang möglichst selten und, wenn, dann so kurz wie möglich angewendet wird?“ In Österreich stehen derzeit Reformen des Unterbringungsrechts im Mittelpunkt. Diskutiert wird dort insbesondere darüber, wie gerichtliche



Veranstalter des Kongresses, v.l.n.r.: Prof. Dr. Martin Aigner, Dr. Fulvia Rota, Prof. Dr. Thomas Pollmächer

Kontrolle, klinische Praxis und Grundrechtsschutz besser miteinander verzahnt werden können. In der Schweiz wiederum erschweren föderale Unterschiede teilweise den gleichberechtigten Zugang zu psychiatrischen Hilfen. Gemeinsam ist allen Ländern jedoch die Erkenntnis, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen häufig noch immer zu spät oder gar nicht erreicht werden.

Gerade deshalb rückte der Kongress den Ausbau ambulanter und aufsuchender Hilfen in den Mittelpunkt. Kontinuierliche Begleitung im Lebensumfeld, Krisendienste und gemeindenahe Unterstützungsangebote stärken nicht nur die Selbstbestimmung der Betroffenen, sondern tragen zugleich dazu bei, Krisen mit stationärem Behandlungsbedarf und Zwangsmaßnahmen zu vermeiden.

Gleichzeitig bot der länderübergreifende Dialog die Möglichkeit, voneinander zu lernen: Während einzelne Länder bereits erfolgreiche Modelle zur Krisenintervention, zur Förderung der Selbstbestimmung oder zur aufsuchenden Behandlung etabliert haben, stehen andere vor ähnlichen Herausforderungen und können von diesen Erfahrungen profitieren.

Entscheidend dafür ist die ausreichende Verfügbarkeit niedrigschwelliger Hilfsangebote. „Leider werden gerade Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen nicht rechtzeitig durch das bestehende Hilfesystem erreicht“, mahnte Dr. Fulvia Rota, Präsidentin der SGPP. „Eine bedarfsorientierte Psychiatrie muss Menschen jedoch frühzeitig, kontinuierlich und möglichst in ihrem Lebensumfeld begleiten. Dafür sind gut ausgebaute intermediäre Versorgungsangebote wie aufsuchende Behandlungsteams, Kriseninterventionsangebote, Tageskliniken, betreute Wohnformen oder andere gemeindepsychiatrische Unterstützungsstrukturen unerlässlich. Damit diese Angebote flächendeckend verfügbar sind, braucht es eine verlässliche und ausreichende Finanzierung. Hier besteht in der Schweiz ebenso wie in Österreich und Deutschland weiterhin erheblicher Handlungsbedarf.“

Versorgung statt Symbolpolitik

Der Ausbau dieser Angebote ist nicht zuletzt auch für die aktuelle Debatte um die Prävention von Gewalttaten relevant. Denn eine frühzeitige, fachgerechte und konsequente Therapie ist das beste Mittel, Krisen zu verhindern und das Risiko schwerer Gewalttaten durch Menschen mit psychischen Erkrankungen weiter zu reduzieren. Eine Ausweitung bestehender Gesetze wurde auf dem Kongress dagegen nicht gefordert. Im Gegenteil: Behandelnde, Betroffene und Angehörige aus Deutschland, Österreich und der Schweiz waren sich einig, dass verschärfte Meldepflichten oder geringere Schwellen für Zwangsmaßnahmen mehr schaden würden als nutzen, da sie sich negativ auf die Behandlungsbereitschaft und das Vertrauensverhältnis zwischen Behandelnden und Patientinnen und Patienten auswirken.

Schwierige Fragen brauchen den Dialog

Neben Fragen zu Autonomie und Zwang widmete sich der Kongress weiteren ethisch anspruchsvollen Themen. Diskutiert wurden unter anderem der assistierte Suizid im internationalen Vergleich, verfassungsrechtliche Grundlagen der Patientenautonomie, neue Perspektiven auf Gewaltprävention sowie die Rolle von Ethikberatung und partizipativer Forschung.

Gerade der trialogische Ansatz erwies sich dabei als besondere Stärke. Fachpersonen, Betroffene und Angehörige diskutierten nicht nebeneinander, sondern miteinander. Unterschiedliche Perspektiven wurden ausdrücklich als Ressource verstanden, um tragfähige Lösungen für eine patientenorientierte Psychiatrie zu entwickeln.

Gemeinsame Verantwortung für die Zukunft

Der Berliner Kongress war mehr als ein wissenschaftlicher Austausch. Er machte deutlich, dass Patientenautonomie und Fürsorge keine konkurrierenden Prinzipien sind, sondern gemeinsam gedacht werden müssen.

Die gemeinsame Bilanz der drei Fachgesellschaften: Der länderübergreifende und trialogische Dialog hat bestehende Netzwerke gestärkt und Impulse für neue Projekte gegeben. Die Veranstaltung zeigte damit, wie wertvoll die Zusammenarbeit über Berufs-, Betroffenen- und Ländergrenzen hinweg ist, um die psychiatrische Versorgung im Sinne der Patientinnen und Patienten weiterzuentwickeln.



dgppn · ÖGPP Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik · PSY & ΛSd SGPP SSPP SSPP

Auf Zukunftskurs

Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen in Deutschland. Trotz steigender Kapazitäten und Ausgaben in den letzten Jahrzehnten bestehen weiterhin Wartezeiten, regionale Unterschiede und erhebliche Versorgungslücken. Gleichzeitig steigen die Anforderungen an die Versorgung weiter, unter anderem durch den demografischen Wandel, den Fachkräftemangel und gesundheitspolitische Reformen mit Spardruck. Wie kann die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland angesichts dieser Herausforderungen zukunftsfähig gestaltet werden? Diese Frage beschäftigt die DGPPN seit vielen Jahren; und wiederholt hat sie ihre Modelle zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung konsequent weiterentwickelt.

Nun steht ein weiterer Meilenstein bevor: Im November 2026 wird die DGPPN *Empfehlungen für eine zukunftsweisende psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung in Deutschland* veröffentlichen. Während sich das erste DGPPN-Versorgungsmodell 2018 vor allem mit einer gestuften und bedarfsorientierten Versorgung beschäftigte und das Positionspapier von 2024 die Krankenhausversorgung in den Mittelpunkt stellte, verfolgt die aktuelle Arbeit einen umfassenderen Ansatz. Erstmals werden die verschiedenen Bereiche der Versorgung gemeinsam betrachtet, von der Gesundheitsförderung und Prävention über ambulante und stationäre Behandlung, gemeindepsychiatrische Angebote bis hin zu Rehabilitation und Teilhabe. Das Papier versteht sich ausdrücklich als Living Document, das auch künftig an neue Entwicklungen angepasst werden soll. Erarbeitet wurden die Empfehlungen an Politik und Selbstverwaltung von einer Expertengruppe der DGPPN. Handlungsleitend war der Gedanke, dass Versorgung konsequent am individuellen Bedarf und den funktionalen Einschränkungen der Betroffenen und nicht an Sektorengrenzen ausgerichtet werden muss. Prävention, psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, psychosoziale Unterstützung, Rehabilitation und Hilfen für Wohnen, Arbeit und Bildung müssen zusammengedacht und dynamisch an wechselnde Bedarfe angepasst werden.

Im Rahmen eines breit angelegten Dialogs erhielten Gremien der DGPPN ebenso wie externe Partner Gelegenheit, den Entwurf in einer Konsultationsphase zu kommentieren. Dazu gehörten DGPPN-Referate, der Beirat der DGPPN, das Trialogische Forum der DGPPN, die Mitglieder des Kontaktgesprächs Psychiatrie, psychiatrische Berufsverbände, verschiedene andere wissenschaftliche Fachgesellschaften, Pflegeverbände sowie Betroffenen- und Angehörigenorganisationen. Deren Stellungnahmen werden in die weitere Überarbeitung einbezogen. Die DGPPN unterstreicht damit ihren Anspruch, unterschiedliche fachliche Perspektiven zusammenzuführen und aktuelle Entwicklungen aus Wissenschaft, Versorgung und Gesundheitspolitik in die Empfehlungen einfließen zu lassen. Die geplante Veröffentlichung im November auf dem DGPPN Kongress markiert einen weiteren wichtigen Schritt in einem kontinuierlichen Prozess, der regelmäßige Überprüfung und Aktualisierung der Empfehlungen umfasst. Auf diese Weise sollen sie eine wissenschaftlich fundierte Orientierung für die Weiterentwicklung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland bieten.

☐ **DGPPN Kongress 2026** | **Lecture** | Euphrosyne Gouzoulis-Mayfrank: Zwischen Sparzwängen und Reformbedarfen: Wie soll und wie kann sich die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland entwickeln? | 26.11.2026 | 12:00–13:15 Uhr

Position zur Prävention

Das Präventionsgesetz ist inzwischen mehr als zehn Jahre alt, eine Weiterentwicklung überfällig. Auch vor diesem Hintergrund hat die DGPPN im Juli ein Positionspapier zum Thema veröffentlicht: *Prävention psychischer Störungen: Evidenz nutzen – Zukunft gestalten.*

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) startete im Dezember 2025 eine nationale Präventionsinitiative und wollte damit einen Dialog- und Vernetzungsprozess anstoßen; im Juli folgte die BMG-Präventionsoffensive *Gesundheit fördern, bevor Krankheit entsteht.* Und auch ein parteiübergreifender *Parlamentskreis Prävention* hat sich zusammengefunden. Was bislang jedoch in der politischen Debatte zu kurz kommt, ist die Verankerung der Prävention psychischer Störungen als fester Bestandteil in der nationalen Gesundheitspolitik. Das DGPPN-Positionspapier setzt genau hier an.

Psychische Störungen gehören zu den häufigsten und folgenschwersten Gesundheitsproblemen. Sie beginnen oft schon in jungen Jahren, beeinträchtigen Bildung, Erwerbsfähigkeit und gesellschaftliche Teilhabe und ziehen hohe volkswirtschaftliche Kosten nach sich. Gleichzeitig zeigt die Evidenz, dass ein erheblicher Teil der Krankheitslast vermeidbar wäre und dass viele Maßnahmen zur Förderung psychischer Gesundheit, Prävention und Frühintervention wirksam, kosteneffektiv bzw. kostensparend sind.

Die DGPPN fordert daher eine nationale Gesamtstrategie nach dem Prinzip *Mental Health in All Policies*, um psychische Gesundheit als ressortübergreifende Aufgabe auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene zu verankern. Konkret werden der Ausbau von Angeboten der Prävention und Frühintervention für junge Menschen sowie mehr Unterstützung für Kinder psychisch und suchtkranker Eltern gefordert, ebenso wie eine stärkere Förderung von bevölkerungsweiten Initiativen zu *Brain Health* und Demenzprävention. Einen weiteren Schwerpunkt sieht die DGPPN in der flächendeckenden Umsetzung und gesetzlichen Verankerung der Suizidpräventionsstrategie der Bundesregierung sowie beim Ausbau von Programmen wie *Mental Health First Aid* (MHFA) zur Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung.

Präventive Angebote sind bislang häufig projektbezogen, nicht nachhaltig finanziert und nur unzureichend miteinander vernetzt. Auch fehlen verbindliche Zuständigkeiten, sektorenübergreifende, familien- und lebensweltorientierte Strukturen sowie niedrigschwellige Angebote, kritisiert die DGPPN auch in ihrem Positionspapier und fordert von der Politik, in dem zu überarbeitenden Präventionsgesetz die psychische Gesundheit verbindlich zu verankern und nachhaltig abzusichern. Denn Prävention ist kein Randthema, sondern eine zentrale aktuelle gesundheitspolitische Aufgabe. Wer heute in psychische Gesundheit investiert, stärkt nicht nur die Lebensqualität vieler Menschen, sondern auch die Zukunftsfähigkeit der Gesellschaft.

Die Präventionsoffensive des BMG wird die Fachgesellschaft eng begleiten und die Notwendigkeit der Prävention psychischer Störungen immer wieder in den gesundheitspolitischen Fokus rücken.

☐ **Mehr zum Thema** | dgppn.de/aktuelles/stellungnahmen-und-positionen

☐ **DGPPN Kongress 2026** | **Symposium** | Neue Entwicklungen in der Prävention psychischer Störungen | 26.11.2026 | 08:30–10:00 Uhr



Vielseitig wirksam

Psychiatrie und Psychotherapie ist ein Fach mit außergewöhnlicher Bandbreite. Ärztinnen und Ärzte müssen körperliche und psychische Zusammenhänge verstehen, diagnostisch genau hinschauen, psychotherapeutische Beziehungen gestalten und zugleich das soziale Umfeld ihrer Patientinnen und Patienten berücksichtigen. Genau diese Kompetenzvielfalt rückt die neue Kampagne der Generation PSY, der Nachwuchsinitiative der DGPPN, in den Mittelpunkt.

Mit der Headline „Theta Burst ist kein neuer Energy-Drink" schlägt die Generation PSY einen neuen Pfad ein, denn es steht kein Krankheitsbild im Fokus der Serie, sondern die enorme Vielfalt an Fähigkeiten und Kenntnissen, Methoden und Tools, die in dieser Disziplin Anwendung finden.

Den Anfang der neuen Reihe machen die Stimulationsverfahren, bei denen in der vergangenen Dekade deutliche Fortschritte erzielt wurden. Ein Beispiel ist die Theta-Burst-Stimulation (TBS), eine spezielle Form der transkraniellen Magnetstimulation (TMS), bei der Magnetimpulse in kurzen, charakteristischen Impulsfolgen abgegeben werden. Während bei der klassischen TMS über einen längeren Zeitraum wiederholt Magnetimpulse auf bestimmte Hirnareale abgegeben werden, arbeitet die TBS schonender und mit sehr kurzen Impulsserien, wodurch Sitzungsdauern zum Wohle der Patientinnen und Patienten stark abgekürzt werden können.

Die Klaviatur diagnostischer und therapeutischer Kompetenzen in der Psychiatrie sucht ihresgleichen: Im Berufsalltag können neben *Hightech fürs Gehirn* so unterschiedliche Ansätze und sich in der Praxis häufig ergänzende Themen wie Psychotherapie oder die Behandlung mit Psychopharmaka auf dem Programm stehen. Charakteristisch für die Disziplin ist die Verbindung von neurobiologischem und medizinischem Wissen, psychotherapeutischer Kompetenz und einem sozialpsychiatrischen Blick auf das Lebensumfeld der Patientinnen und Patienten. Kaum ein anderes medizinisches Fach berührt so viele unterschiedliche Lebensbereiche und gesellschaftlich relevante Fragen.

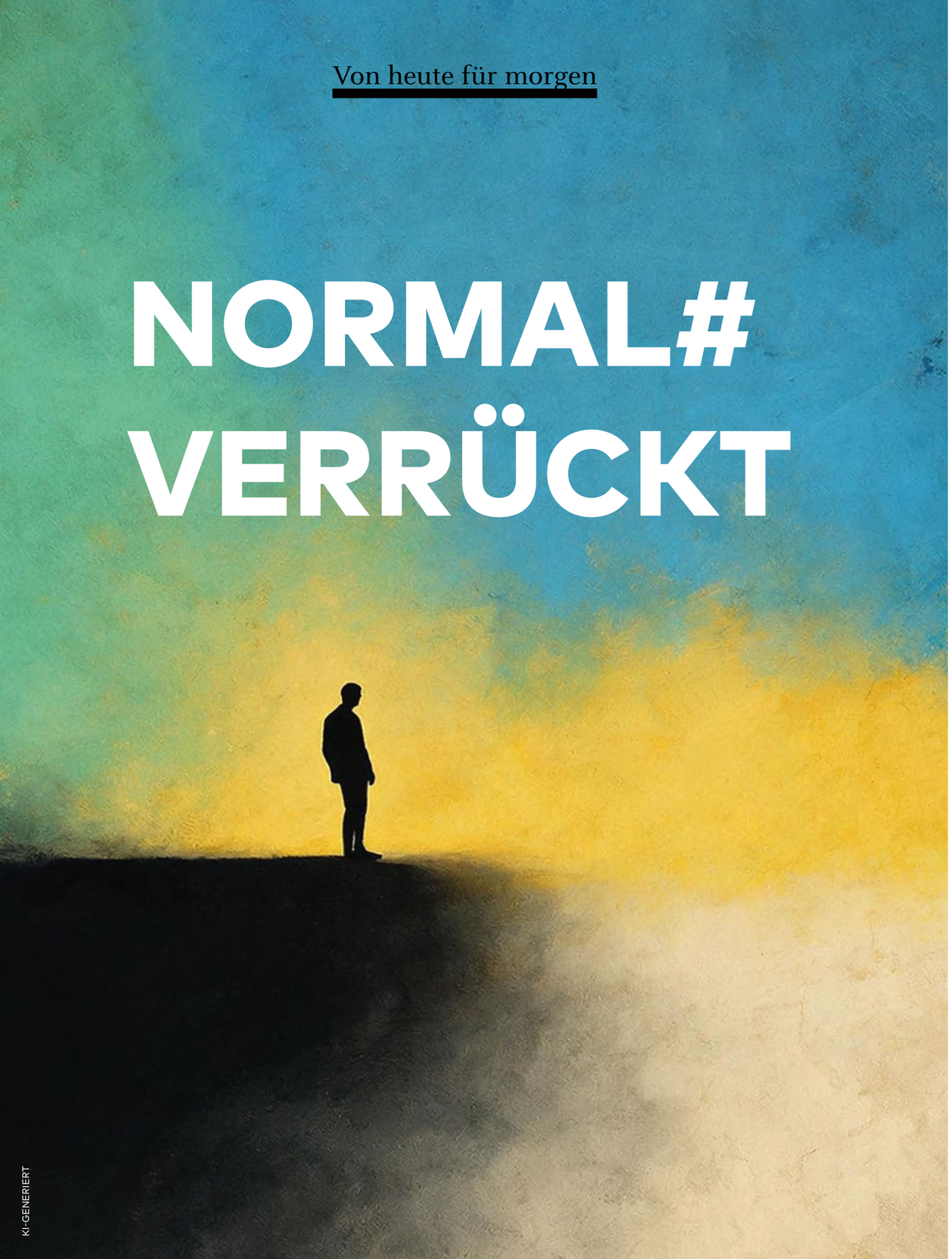
Dennoch werden die Vielfalt und Bedeutung der Psychiatrie außerhalb der eigenen Reihen häufig unterschätzt. Die neue Kampagne der Generation PSY will das ändern. Mit gewohnt lauter Bildsprache und pointierter Botschaft zeigt sie, was tatsächlich in diesem Berufsfeld steckt: ein anspruchsvolles medizinisches Fach, das Wissen und Kompetenzen aus unterschiedlichsten Bereichen verbindet – und Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit bietet, diese Vielfalt jeden Tag zu leben und eine ebenso anspruchsvolle wie erfüllende Tätigkeit auszuüben.

Erfahrung wirkt weiter. Unterstützen Sie uns im Mentoringprogramm!
Manches lässt sich nicht aus Lehrbüchern lernen. Genau hier setzt das Mentoringprogramm der *Generation PSY* an: Es bringt Medizinstudierende sowie junge Ärztinnen und Ärzte mit erfahrenen DGPPN-Mitgliedern zusammen. Gesucht werden engagierte Mentorinnen und Mentoren, die ihre Erfahrungen teilen und Begeisterung für die Psychiatrie und Psychotherapie weitergeben. Mentees erhalten Orientierung, praxisnahe Einblicke und persönliche Begleitung.
Begleiten Sie den psychiatrischen Nachwuchs auf einem Stück des Weges.

Mehr zum Thema | generation-psy.de/von-den-besten-lernen/

☐ **DGPPN Kongress 2026** | **Nachwuchs Lecture** | Back to the Future: Rolle der EKT in der modernen psychiatrischen Versorgung | 26.11.20206 | 12-13:00 Uhr

NORMAL# VERRÜCKT



KI-GENERIERT

Das Verstehen der psychiatrischen Zeitgeschichte steht erst am Beginn. Ein inzwischen abgeschlossenes DFG-Forschungsprojekt liefert dafür nun wichtige Beschreibungen und Analysen der langsamen Erosion der Unterscheidung von „normal" und „verrückt". Doch wie wird dies – über das Feld des Psychischen hinaus – die Gegenwart beeinflussen?

Die Geschichte der Psychiatrie ist auch eine Geschichte der Differenz von „normal" und „verrückt". Diese Differenz löst sich jedoch seit der Mitte des 20. Jahrhunderts zunehmend auf. „Einerseits gewinnt das, was im Volksmund als das „Verrückte" gilt, mit der Öffnung der psychiatrischen Anstalten eine alltägliche „Normalität"; andererseits werden Verhaltensweisen wie Rausch, Stress oder Aufmerksamkeitsdefizite als Pathologien Gegenstand psychiatrischer Betrachtungen. Anhaltende Trauerprozesse gelten nach ICD-11 als Krankheit, Verhaltensauffälligkeiten in der Schule werden nicht nur pädagogisch, sondern auch medizinisch behandelt. Demgegenüber werden verschiedenste Formen des expressiven Andersseins grundsätzlich als Ausdruck von Emanzipation erklärt.

Damit verlieren bewährte Erzählungen der Psychiatriegeschichtsschreibung, die auf Dichotomien setzen, ihre Deutungskraft. Denn was ist gesund, wenn die Differenz zum Abnormen schwindet? Wo fängt das „Verrückte" an, wenn das „Normale" vor einem Übermaß psychiatrischer Diagnosen gerettet werden muss?

Hier setzte die Forschungsgruppe *NORMAL#VERRÜCKT – Zeitgeschichte einer erodierenden Differenz* an. Das 2021 bis 2025 von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderte Verbundprojekt (FOR 3031) fokussierte den langsamen Zerfall der Unterscheidung von „normal" und „verrückt" im Umgang mit dem Anderen. Im Zentrum stand die Frage, wie sich die auflösenden Grenzziehungen gesellschaftlich und kulturell auswirken und welche tiefliegende Kraft diese Erosion in der gegenwärtigen Gesellschaft entfaltet. Ziel war es, mit dieser Perspektive einen Transformationsprozess zu thematisieren und zu kontextualisieren, der spätestens seit den 1960er Jahren immer größere Bereiche unseres Lebens mitbestimmt, und ihn im Sinne einer „psychiatrischen Zeitgeschichte" – wie auch ein von Cornelius Borck und Karen Nolte herausgegebenes Themenheft der Zeithistorischen Forschungen betitelt ist – zu erschließen.

Der Schwerpunkt lag auf der (west-)deutschen Nachkriegsgeschichte von der Liberalisierung in den 1960er Jahren bis zum Ende der Nachkriegsordnung in den 1990er Jahren.

Zeitgeschichte der Psychiatrie und Psychiatrische Zeitgeschichte

Seit dem frühen 19. Jahrhundert unterstützt die Psychiatrie die bürgerlichen Zivilgesellschaften europäischer Prägung beim Markieren einer Unterscheidung, mit der das Andere gegenüber der (bürgerlichen, westlichen, modernen, zivilisierten, männlichen etc.) Vernunft ausgegrenzt wird. Diese Unterscheidung funktioniert seit spätestens den



Einblick in die Ausstellung NORMAL#VERRÜCKT – Zeitgeschichte einer erodierenden Differenz

1960er Jahren zunehmend weniger: Der Umgang mit psychisch Kranken lässt sich nicht mehr als moderne Variante einer Befreiung der Irren von ihren Ketten erzählen. Die sogenannte „psychopharmakologische Revolution“, Dreh- und Angelpunkt der fortschrittsorientierten Psychiatriegeschichtsschreibung, gerät zur psychiatrischen Version eines Pharmageddon (Healy), wenn am Ende des 20. Jahrhunderts große Teile der Bevölkerung regelmäßig Psychopharmaka nehmen. Die größte Erfolgsgeschichte der neueren Psychiatrie – die Auflösung der Anstalten (Deinstitutionalisierung) – erweist sich als zunehmend fragwürdig, wenn die Grenzen der Anstalt in Form von Pflegeheimen oder Einrichtungen des Maßregelvollzugs wiedererrichtet werden. Gleichzeitig arbeitet die Psychiatrie selbst daran, fachliche Orientierung an der Unterscheidung von „normal“ und „verrückt“ aufzulösen, wenn Psychiaterinnen


KI-GENERIERT

und Psychiater ihre disziplinäre Identität in den Neurowissenschaften suchen. Bemerkenswert ist, dass diese Umorientierung ohne Bezug zur Ausweitung des psychiatrischen Wirkungsbereiches in den gesellschaftlichen Alltag erfolgt. Dort lässt sich eine enorme Ausweitung von wohlmeinender Fürsorge und Maßnahmen zum Ausgleich des psychischen Gefühlshaushalts beobachten, die das Psychische in allen Schattierungen einzuschließen suchen.

Wie lassen sich diese Verschiebungen und Verschränkungen von Wahnsinn und Rationalität, die Veralltäglichung des Anderen bei gleichzeitig wachsendem Bedürfnis nach eindeutigen Abgrenzungen beschreiben und begreifen? Blickt man auf die jüngere Geschichte zurück, so erscheint der langsame Zerfall der für das Selbstverständnis moderner Gesellschaften zentralen Unterscheidung von „normal“ und „verrückt“ als eine wichtige Entwicklung im Umgang mit dem psychisch Anderen. Heute müssen „normal“ und „verrückt“ wie in einem Vexierbild gemeinsam gedacht werden.

Um dieses wechselseitige Abhängigkeitsverhältnis zu historisieren, verfolgte die Forschungsgruppe die Leitidee einer erodierenden Differenz. Mit der geographischen Metapher der Erosion soll ausgedrückt werden, dass die scharfen Kanten und Abbruchzonen dieses Gegensatzes nicht einfach abgetragen und verflacht werden, sondern in einem beständigen Prozess durch Abschwemmungen, Anlagerungen und Ablagerungen dynamisch rekonfiguriert und neu ausgestaltet werden. Um ihrem Gegenstand gerecht zu werden, muss die Psychiatriegeschichte selbst zur zeithistorischen Forschung werden.

Die Forschungsgruppe begriff psychiatrische Zeitgeschichte folglich als eine Gesellschaftsgeschichte der Gegenwart, die das der bürgerlichen Gesellschaft zugrundeliegende Deutungsschema von „normal#verrückten“ Welten einer historischen Untersuchung zugänglich macht.

Psychiatrische Zeitgeschichte in acht Projekten

Die Teilprojekte der Forschungsgruppe haben vor allem jene Phänomenbereiche in den Blick genommen, die „quer“ zu traditionellen psychiatriehistorischen Themen liegen. Die Dezentrierung gelang über drei Momente: (1) Achtsamkeit für neue Akteurskonstellationen jenseits der Psychiatrie: andere Berufsgruppen, Aktivistinnen und Aktivisten sowie Psychiatrie-Erfahrene; (2) Untersuchung jener Handlungslogiken, in denen sich die Politiken, Ökonomien, Praktiken und Techniken des Umgangs mit dem Psychiatrischen widerspiegeln, d. h. neue Medien- und Aneignungstechniken, Risikomanagement und künstlerische Interventionen; und (3) schließlich ein methodisch fundierter, multiperspektivischer Zugriff auf eben diese neuen Akteurskonstellationen, Praktiken und Handlungsfelder.

Es wurden drei weitläufige, gegenläufige und gleichzeitige Prozesse verfolgt: Auf institutioneller Ebene ist ein paralleler Abbau und Aufbau von Einrichtungen zu beobachten. Die Deinstitutionalisierung und die Verlagerung der Versorgung in den ambulanten Bereich gehen beispielsweise mit dem Aufbau forensischer Einrichtungen oder Wohneinrichtungen für ältere Menschen einher. Auf konzeptueller Ebene finden sich Prozesse der Pathologisierung und De-Pathologisierung: Soziale Äußerungsformen werden in medizinische Diagnosen gefasst, zugleich verlieren die Diagnosen aber ihren Krankheitswert. Nicht zuletzt findet sich auf individueller Ebene eine kaum auflösbare Verklammerung von Ohnmacht und Ermächtigung. Im gleichen Maße, in dem Betroffene zum Beispiel als Erfahrungsexperten in eigener Sache auftreten, fallen sie aus einem psychiatrischen Schutzkonzept heraus. An diesen drei Entwicklungen orientierte sich die Vermessung des psychiatriehistorischen Feldes, die nun entlang der Teilprojekte kurz vorgestellt werden soll.

Das Projekt von Heiner Fangerau, Uta Hinz und Chantal Marazia (Düsseldorf), *Gefährlich krank. Der Maßregelvollzug in der BRD (1960–2000) im Feld gegenläufiger Strömungen*, ging von der Öffnung der Anstalten im Zuge der Psychiatriereform der 1970er und 1980er Jahre aus, die als Zeichen der Normalisierung des „Wahnsinns“ gilt. Seit den 1970er Jahren leerten sich in der Tat die Anstalten. Der Maßregelvollzug hingegen wuchs (und wächst). Diese Gegenläufigkeit wird zunehmend als Re- bzw. Transinstitutionalisierung und als Chiffre der modernen Risikogesellschaft diskutiert. Ausgehend von dieser Debatte untersuchte das Projekt die Entwicklung des westdeutschen Maßregelvollzugs von einer Institution der „Sicherung und Besserung“ hin zu einer Institution der „Besserung und Sicherung“.

Viola Balz (Dresden/Berlin) brachte das Projekt *Das besorgte Selbst. Prävention psychischer Störungen in BRD und DDR, 1949–2000* ein. Im Zentrum standen dabei drei zentrale Komponenten: Staatliche Vorsorge, (Sozial-)pädagogische Fürsorge und Psychologische Selbstsorge. Das Projekt konzentrierte sich auf neue Akteure im Feld (Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter) und stellte gegensätzliche Strebungen innerhalb des „besorgten Selbst“ in den Vordergrund, die sich im Mehr an Eigenverantwortung bei gleichzeitiger Entmächtigung im Zuge staatlicher Ansätze zur Vorsorge zeigen.

Mit dem Projekt *Berlin auf Droge. Heroinkonsum in der Mauerstadt zwischen Psychiatriereform und AIDS-Phobie in den 1970er- und 1980er-Jahren* nahmen Thomas Beddies und Oliver Falk (Berlin) die gesellschaftliche Sicht auf das Heroinproblem in den 1970er und 1980er Jahren in den Blick. Dabei ist substanzbezogene Sucht nicht allein als physische Erkrankung aufzufassen, sondern erzeugt darüber hinaus Definitionsprozesse und interessengeleitete Politik in rechtlichen, sozialen und medizinischen Spannungsfeldern. Als Einflussfaktoren wurden die Psychiatriereform und das Aufkommen von HIV/AIDS einbezogen, denn sie trugen im Drogenkontext zur Erosion von „normal“ und „verrückt“ wesentlich bei. Es kam zu einer Diversifizierung (aber auch einer neuen Unübersichtlichkeit) im Umgang mit den Konsumierenden, die bis in die Gegenwart wirkt.


KI-GENERIERT

Ein über die deutschen Grenzen hinausgehendes Projekt wurde von Samuel Dal Zilio und Benoît Majerus (Luxemburg) eingebracht: *Lebensläufe von Patient*innen – Heterogenität der Institutionen* fügte die Perspektive der psychiatrisierten Menschen auf die „Deinstitutionalisierung“ hinzu. Ziel war es, die Auflösung der Anstalten alltagsgeschichtlich zu beleuchten, und zwar anhand der Lebensläufe von Menschen, die Anfang der 1960er Jahre in der Psychiatrie lebten. Das Projekt konnte zeigen, dass es nicht zu einer wirklichen Deinstitutionalisierung, sondern zu einer Auffächerung von institutionellen Antworten kam.

Cornelius Borck (Lübeck) und Armin Schäfer (Bochum) widmeten sich mit Lisa Schmidt-Herzog und Pauline Adamek dem Thema *Alterität und Störung in Psychiatrie und Literatur seit den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts.*

Die für die 1970er Jahre beschriebene Dynamik einer Normalisierung psychischer Störungen, die allerdings mit einer verstärkten Pathologisierung alltäglicher Phänomene einherging, erfasste auch die Literatur. In diese Zeit fielen erste Auseinandersetzungen mit der internationalen Ethnographie psychischer Andersartigkeit. Das Teilprojekt untersuchte vergleichend die Auseinandersetzung mit Psychiatrie in der Literatur und die Rezeption der Ethnopsychiatrie als Orte, an denen Erfahrungen mit dem psychisch Anderen geäußert und überdacht werden.



Das Projekt *Normal#verrückte Kunst. Werke aus psychiatrischem Kontext zwischen Diagnostik und Ästhetik nach 1945* wurde von Caterina Flor Gümpel und Thomas Röske (Heidelberg) sowie Christof Beyer und Maike Rotzoll (Marburg) durchgeführt. Es ging von der Debatte über Werke aus psychiatrischem Kontext zwischen Pathologisierung und Aufwertung zur Kunst aus, die seit 1945 wesentlich von dem Künstler und Sammler Jean Dubuffet mit dem Begriff „Art brut" geprägt wurde. Seither standen diese Werke im Zentrum von Aushandlungsprozessen, in die sich neben Psychiaterinnen und Psychiater verstärkt andere Akteurinnen und Akteure einmischten. Trotz einer Erosion der Differenz von „normal" und „verrückt" haben sich die Kategorien bis heute nicht vollständig aufgelöst. Hierfür sorgen die ökonomischen Logiken des Kunstmarktes, in dem die Emanzipation der Kunst aus psychiatrischem Kontext nicht ohne gleichzeitige (Selbst-)Pathologisierung auskommt.

Ulrike Kloeppel, Vera Luckgei und Karen Nolte (Heidelberg) gingen im Teilprojekt *Frauen in ver-rückten Lebenswelten – Diskurse und Praktiken im Umgang mit ‚Verrücktheit' in der westdeutschen Frauengesundheitsbewegung von den 1970er bis 1990er Jahren* der Auflösung der Leitdifferenz aus einer geschlechtergeschichtlichen Perspektive nach. Mitte der 1970er Jahre wurden in der Bundesrepublik Deutschland erste Frauengesundheitszentren sowie Feministische Therapiezentren gegründet. Die Akteurinnen und Akteure vertraten eine dezidiert gesellschafts- und psychiatriekritische Position, da sie Pathologisierung und Psychiatrisierung von Frauen als Ausdruck patriarchaler Strukturen deuteten. Das Projekt fragte daher nach alternativen Konzepten ebenso wie nach dem Prozess der Professionalisierung der Frauenprojekte in den 1990er Jahren.

Volker Hess und Susanne Doetz (Berlin) schließlich brachten das Projekt *Verrückte Rationalitäten: Medientechniken und Protestbewegungen 1967–1991* in den Verbund ein. In den Blick genommen wurden jene Bewegungen, die in den Jahren zwischen gesellschaftlichem Aufbruch (1967/68) und der zu Ende gehenden Nachkriegszeit (1989/91) in der Bundesrepublik für andere Rationalitäten eintraten – nicht nur als sozial- und gesellschaftshistorische Phänomene, sondern als gelebte Form neuer Medientechniken. Zentral waren die Aspekte einer materialen Geschichte von Antipsychiatrie, Frauenbewegung und Esoterik/New Age, aber auch die Pluralisierung von Wahrheit und Wirklichkeit durch medientechnische Vervielfältigungstechniken.

Ausblick und Ausstellung

Das Verstehen der erodierenden Differenz von normal#-verrückt und die psychiatrische Zeitgeschichte stehen erst am Beginn: Wie wurde in dieser verwirrenden Unübersichtlichkeit Neues gestaltet? Vielfältige Ausformungen und Anwendungsweisen, wie die Folgen und Effekte der Erosion gelebt werden, stehen auf dem Prüfstand. Die vorgestellten Projekte lieferten Beschreibungen und Analysen einer Transformation des Sozialen. Doch weiter ist zu fragen, wie dies über das Feld des Psychischen hinaus die Gegenwart beeinflusst. Eine psychiatrische Zeitgeschichte kann hier der weiteren Forschung als fokussierende Linse dienen.

Ein Ergebnis der Forschungsgruppe war die Ausstellung *NORMAL#VERRÜCKT. Zeitgeschichte einer erodierenden Differenz*, die 2025 im Museum *Sammlung Prinzhorn* in Heidelberg gezeigt wurde. Während des DGPPN Kongresses 2026 wird sie als Plakatausstellung im Berliner CityCube präsent sein.

Für die Ausstellung war die Frage leitend, wie man eine erodierende Differenz visualisieren und erfahrbar machen kann. Es wurden neun exemplarische Objekte ausgewählt und im Parterre des großen Ausstellungsraumes präsentiert, die jeweils bedeutsame Aspekte oder typische Ambivalenzen der darzustellenden Erosion aufgreifen. Sie sollten, zunächst kaum kontextualisiert, Denkbewegungen auslösen. Beim Durchschreiten des Ausstellungsraumes vermittelte sich die Erosion im Sinne eines Verschwindens von Strukturen auch räumlich, zudem ergaben sich Bezüge zwischen den Objekten.

Die erodierende Differenz war für Besuchende zunächst als verwirrende Unübersichtlichkeit erfahrbar. Nach dem Aufstieg zur Galerie ließ sich ein Überblick über die Objekte gewinnen. Mit der Perspektive von oben („Metaebene") sowie durch erläuternde Texte und kontextualisierende Ausstellungsstücke in Pultvitrinen wurde der Bezug der Objekte zur Auflösung der Grenzen von „normal" und „verrückt" deutlich und gleichzeitig in einen größeren Zusammenhang gestellt: Eine intellektuelle Synthese wurde möglich.

Mehr zum Thema | Geförderte Projekte der DFG
gepris.dfg.de/project/419057548

DGPPN Kongress 2026 | **Plakatausstellung** | Halle B | 25.–28.11.2026

Literatur

Borck C, Nolte K (Hrsg) (2026) Psychiatrische Zeitgeschichte, Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History, Online-Ausgabe, 22(1) https://zeithistorische-forschungen.de/1-2026

Healy D (2012) Pharmageddon. University of California Press

Hess V, Schmiedebach HP (Hrsg) (2012) Kulturen des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne. Humboldt Spektrum 17(2010):74–78

Kaufmann D (1995) Aufklärung, bürgerliche Selbsterfahrung und die „Erfindung" der Psychiatrie in Deutschland: 1770–1850. Vandenhoeck & Ruprecht

Roelcke V (1999) Krankheit und Kulturkritik: Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790–1914). Campus Verlag

Röske T, Rotzoll M (Hrsg) (2025) Normal#Verrückt. Zeitgeschichte einer erodierenden Differenz (Ausstellungskatalog Sammlung Prinzhorn). Wunderhorn

Teile dieses Textes sind in anderer Form erschienen in Borck C, Nolte K (Hrsg) (2026) und Röske T, Rotzoll M (Hrsg) (2025).

Autorinnen und Autoren

Prof. Dr. med. Heiner Fangerau
ist Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Heinrich Heine Universität Düsseldorf. Als Sprecher leitete er die DFG-Forschungsgruppe *FOR 3031: NORMAL#VERRÜCKT. Zeitgeschichte einer erodierenden Differenz*.

Prof. Dr. med. Volker Hess
ist Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Als Mitglied der DFG-Forschungsgruppe widmete er sich vor allem dem Teilprojekt *Verrückte Rationalitäten: Medientechniken und Protestbewegungen, 1967–1991*.

Prof. Dr. med. Maike Rotzoll
ist Professorin am Institut für Geschichte der Pharmazie und Medizin der Universität Marburg. Zusammen mit Thomas Röske befasste sie sich im Rahmen der DFG-Forschungsgruppe vor allem mit *Normalverrückte Kunst. Werke aus psychiatrischem Kontext zwischen Diagnostik und Ästhetik nach 1945*.

PD Dr. phil. Thomas Röske
leitet die Sammlung Prinzhorn am Zentrum für psychosoziale Medizin des Universitätsklinikum Heidelberg. Im Rahmen der DFG Forschungsgruppe widmete er sich gemeinsam mit Maike Rotzoll vor allem dem Teilprojekt *Normal#verrückte Kunst. Werke aus psychiatrischem Kontext zwischen Diagnostik und Ästhetik nach 1945*.

Sammlung PRINZHORN

IMPRESSUM

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

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

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

Registergericht:
VR 26854 B, Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg

Redaktion
Psyche im Fokus entsteht im Teamwork:
Natalie Berger | Theresa Decker | Julie Holzhausen | Katja John | Sandra Krüger | Julia Sander | Miriam Steinmann | Franziska Taffelt | Emilia von Wedel | Robert Zeidler

Layout und Reinzeichnung
Irene Pranter

Auflage
14.500 Exemplare

Erscheinungsdatum
Oktober 2026

Design- und Gestaltungskonzept
wenkerottke.

Schlusskorrektur
Heide Frey

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

MIX
Papier aus verantwortungsvollen Quellen
FSC® C020935
FSC
www.fsc.org

ABBILDUNGEN

Titelseite: KI-generiert; S. 1: DGPPN/Claudia Burger; S. 10: iStock/Vincenzo De Bernardo; S. 13: privat, Universitätsklinikum Tübingen/Beate Armbruster, Celine Werhan, Helena Heilig; S. 14: Charité/Simone Baar, privat, DGPPN/Claudia Burger, privat; S. 16: Magnific; S. 20–25: DGPPN/Kathrin Vogt; S. 30–31: DGPPN/Irene Pranter/Magnific; S. 34–37: DGPPN Claudia Burger; S. 40: iStock; S. 42: KI-generiert; S. 43: Sammlung Prinzhorn; S. 44–46: KI-generiert

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

24.–27.11.2027

DGPPN KONGRESS 2027

dgppnkongress.de

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