



ulm university universität
uulm



Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg
Department of Psychiatry II Ulm University
Bezirkskrankenhaus Günzburg

bezirkskliniken
schwaben 

Jahresbericht / Annual Report
2010–2011

Impressum / Imprint

Department of Psychiatry II Ulm University

Bezirkskrankenhaus Günzburg

Head: Prof. Dr. med. Thomas Becker

Ludwig-Heilmeyer-Str. 2

D - 89312 Günzburg

Phone: 08221 / 96 - 2002

Fax: 08221 / 96 - 2400

E-Mail: psychiatrie@bkh-guenzburg.de

www.uni-ulm.de/psychiatriell

www.bkh-guenzburg.de

Editorial Office: Thomas Becker, Beate Dillinger, Liliya Sommer

Layout: deutsch_design, Ulm

Photography: fotolia (cover), employees and deutsch_design

Logos (Empowerment, CEDAR, ENMESH): Art Therapy, BKH Günzburg

Print: Druckerei Schirmer, Ulm

Status: May 2012

1. Vorwort / Preface	5
2. Ziele und Aufgaben / Objectives and Core Activities	
2.1. Versorgungsforschung Mental Health Services Research	8
2.2. Psychoimmunologie Psychoimmunology	11
2.3. Psychopharmakologie und Psychopathologie Psychopharmacology and Psychopathology	13
2.4. Sektion Gerontopsychiatrie Division of Old Age Psychiatry	14
3. Forschungsaktivitäten / Research Activities	
3.1. Versorgungsforschung Mental Health Services Research	18
3.2. Psychoimmunologie Psychoimmunology	50
3.3. Psychopharmakologie und Psychopathologie Psychopharmacology and Psychopathology	52
3.4. Sektion Gerontopsychiatrie Division of Old Age Psychiatry	54
4. Wissenschaftliche Publikationen / Scientific publications	
4.1. Zeitschriften / Journals 2010	58
4.2. Zeitschriften / Journals 2011	61
4.3. Bücher und Buchbeiträge / Books and Book Chapters 2010	64
4.4. Bücher und Buchbeiträge / Books and Book Chapters 2011	65
5. Qualifikationsarbeiten / Theses	66
6. Lehrangebote Psychiatrie II / Teaching Activities	68
7. Veranstaltungen Psychiatrie II / Advanced Training and Meetings	
7.1. Fortbildungen / Advanced training	72
7.2. Tagungen / Meetings	74
8. Pinnwand / Notice Board	80
9. Perspektiven / Perspectives	85
10. Mitarbeiter / Staff	87
11. Lagepläne / Maps	89





Jahresbericht 2010/2011
Annual Report 2010/2011

Thomas Becker

Wir freuen uns über einen neuen Zweijahresbericht 2010/2011. Die Zeit ist wie im Flug vergangen, die Aktivitäten in Forschung und Lehre sind weitergegangen. Unser Blick ist schon ganz auf das Jahr 2012 und die Zukunft gerichtet. Dennoch ist es sinnvoll, einen Moment innezuhalten und die Arbeit der Jahre 2010 und 2011 zu dokumentieren.

Wichtig für alle Leser des Berichts ist der Hinweis, dass die kontinuierliche klinische Arbeit, also die vielfältigen Aktivitäten der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg in der Krankenversorgung im vorliegenden Zweijahresbericht zur Forschung und Lehre nicht dargestellt sind. Sie finden an anderer Stelle Würdigung.

An dieser Stelle sei herzlich all jenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gedankt, die mit ihrer Arbeit die im Folgenden beschriebenen Forschungsprojekte, Veranstaltungen, Publikationen und anderen Ergebnisse möglich gemacht haben. Von zentraler Bedeutung waren und sind für das Gelingen alle Mitarbeiter/innen der Klinik, die mit ihrer Offenheit und Unterstützung die Forschung auf den Stationen, in der Psychiatrischen Institutsambulanz und im Home Treatment-Team unterstützt und ermöglicht haben.

Forschung und Lehre werden durch die Arbeit im Team wesentlich gestärkt – und neben den wissenschaftlichen Arbeitsgruppen innerhalb der Klinik verdanken wir eine Vielzahl von Anregungen unseren Kooperationspartnern in der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm, im Bezirkskrankenhaus Günzburg, in den Nachbarfakultäten sowie in anderen Kliniken, Instituten und Arbeitsgruppen in Deutschland und im Ausland.

Schließlich gilt unser großer Dank jenen, die die Rahmenbedingungen schaffen – sowohl in der Medizinischen Fakultät als auch in den Bezirkskliniken Schwaben. Die Arbeit der Klinik stößt im Dekanat, beim Vorstand der Bezirkskliniken Schwaben und beim Klinikumsvorstand des Universitätsklinikums Ulm auf große und fortwährende Unterstützung.

Schließlich gilt es, Frau Beate Dillinger, Frau Liliya Sommer und deutsch_design herzlich für die redaktionelle Arbeit und Gestaltung des Zweijahresberichts zu danken.

Wir hoffen, dass der Bericht Ihr Interesse findet.

Here is a new biannual report 2010/2011 of the Department of Psychiatry II of Ulm University based at the Bezirkskrankenhaus Günzburg. Time passes by, and we are now all concentrated on the activities of 2012 and beyond. However, there is good reason to document the activities of the past two years.

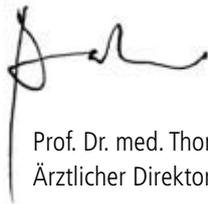
In reading this report the reader should bear in mind that the activities of clinical services at the department (inpatient, ambulatory, community and home treatment teams) are not described in this report which is restricted to research and teaching. The continuous commitment and wide range of achievements of the clinical services are acknowledged elsewhere.

This is the place to, firstly, thank all staff members of the clinical services who support research projects and the implementation of trials. Their understanding and commitment is greatly appreciated. Team work is important in research, and we want to, secondly, acknowledge the tremendous support of our activities by collaborators within the Medical Faculty, neighbouring faculties at Ulm University and partners elsewhere in Germany and abroad.

We also, thirdly, want to thank all those who ensure we can work in a research environment that will support our activities in research and teaching. We acknowledge the generous and sustained support by our Faculty and the executive management of both the Bezirkskliniken Schwaben and Ulm University Hospital.

Finally, the tremendous work of Beate Dillinger, Liliya Sommer and deutsch design in editing this biannual report is gratefully acknowledged.

We hope you will find the report interesting.



Prof. Dr. med. Thomas Becker
Ärztlicher Direktor / Head of Department

**Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie II der Universität Ulm
Bezirkskrankenhaus Günzburg**

**Department of Psychiatry II
Ulm University
Bezirkskrankenhaus Günzburg**




**Aufgaben, konzeptionelle und methodische Anforderungen
 der psychiatrischen Versorgungsforschung**
 Mental Health Services Research

Reinhold Kilian

Unter dem Begriff der Versorgungsforschung lassen sich alle Forschungsaktivitäten versammeln, deren Ziel darin besteht, die medizintechnischen, sozialen, psychologischen, ökonomischen und organisatorischen Einflussfaktoren einer wirksamen und effizienten Gesundheitsversorgung zu ermitteln und damit die notwendigen wissenschaftlichen Grundlagen für eine Verbesserung des gesundheitlichen Versorgungssystems zu liefern.

Die Notwendigkeit der Etablierung von Versorgungsforschung als einem eigenständigen Forschungszweig neben der medizinischen Grundlagenforschung und der klinischen Forschung ergibt sich aus der zunehmenden Komplexität medizinischer Forschungsergebnisse und der daraus resultierenden Notwendigkeit die Relevanz dieser Forschungsergebnisse für die Praxis der gesundheitlichen Versorgung zu beurteilen.

Die zunehmende Komplexität medizinischer Forschungsergebnisse zeigt sich zum einen in dem exponentiellen Anstieg der Zahl medizinwissenschaftlicher Publikationen und zum anderen in der wachsenden Spezialisierung medizinischer Forschungszeige. Für die praktizierenden Ärzte, für die Patienten, aber auch für Gesundheitspolitiker oder Vertreter der Gesundheitsverwaltung stellt die so erzeugte Fülle von Informationen eine Zunahme von Wahlmöglichkeiten dar, deren Inanspruchnahme die menschliche Kapazität zur Informationsverarbeitung bei weitem übersteigt. Mit steigender Informationsfülle steigt aber, in scheinbar paradoxer Weise, auch die Menge der fehlenden Informationen. Da mit jeder Form der medizinischen Behandlung neben den intendierten auch eine Vielzahl von nicht intendierten Wirkungen einhergehen, ergibt sich aus jeder neuen Behandlungsmethode ein Bedarf an zusätzlichem Wissen darüber, welche nicht intendierten, nicht nur kurz- sondern auch langfristigen Auswirkungen die jeweilige Behandlungsmethode auf den Patienten (z.B. Nebenwirkungen) aber auch auf das gesamte Gesundheitswesen (z.B. Gesundheitsausgaben) hat.

Obwohl die klinische Forschung die zentrale Grundlage des Wissens über die Wirksamkeit medizinischer Behandlungsmethoden bildet, kann sie den dargestellten Wissensbedarf nur teilweise decken. Mit ihrem Fokus auf die unmittelbare Wirksamkeit (efficacy) muss die klinische Forschung jedoch insbesondere langfristige mittelbare Wirkungen und auch die Mehrzahl potenzieller Einflussfaktoren auf die Wirksamkeit so weit wie möglich ausblenden. Experimentelle Untersuchungsdesigns unter streng kontrollierten Rahmenbedingungen mit randomisierter Zuordnung von Probanden entsprechen dieser Notwendigkeit, lassen aber die Frage offen, was passiert wenn die Behandlung unter dem Einfluss vielfältiger Störfaktoren an sehr heterogenen Patientenpopulationen durchgeführt wird. Ebenfalls in klinischen Studien weitgehend unberücksichtigt bleibt die Frage der direkten und der indirekten Behandlungskosten und ihres Verhältnisses zum jeweiligen Nutzen der Behandlung.

Für den Bereich der psychiatrischen Versorgung erhöht sich die Komplexität der medizinischen Behandlungsfolgen noch dadurch, dass psychische Erkrankungen in der Regel auch mit erheblichen Beeinträchtigungen der sozialen und beruflichen Fähigkeiten verbunden sind. Während diese Beeinträchtigungen zur Zeit der Anstaltspsychiatrie als unbeeinflussbare Krankheitsfolgen hingenommen und durch eine dauerhafte Hospitalisierung der Betroffenen kompensiert wurden,

erhebt die moderne psychiatrische Behandlung den Anspruch einer zumindest teilweisen Wiederherstellung sozialer und beruflicher Fähigkeiten und damit verbunden auch der subjektiven Lebensqualität der Patienten.

Psychiatrische Versorgungsforschung muss demnach einerseits Wissen darüber liefern, in welcher Weise sich die Anwendung klinisch erprobter psychiatrischer Behandlungsmethoden in der Routineversorgung auf die psychische und die körperliche Verfassung der Patienten, aber auch auf ihre soziale und berufliche Integration und letztendlich auf ihre subjektive Lebensqualität auswirkt. Zu anderen muss Versorgungsforschung der Frage nachgehen, welche ökonomischen, sozialen, rechtlichen und politischen Auswirkungen psychiatrische Behandlungsformen auf den verschiedenen gesellschaftlichen Ebenen haben.

Um diesen Anforderungen gerecht werden zu können muss die psychiatrische Versorgungsforschung in der Lage sein, Erkenntnisse der medizinischen Forschung im Zusammenhang mit Erkenntnissen aus den Sozial-, Wirtschafts-, Politik- und Rechtswissenschaften zu betrachten. Hieraus ergibt sich die Notwendigkeit eines interdisziplinären wissenschaftlichen Zugangs der durch ein entsprechend breites Methodenspektrum gestützt werden muss.

Spezifische methodische Anforderungen der psychiatrischen Versorgungsforschung ergeben sich aus der Notwendigkeit der Berücksichtigung der subjektiven Patientenperspektive bei der Beurteilung von Behandlungsergebnissen, aber auch bei der Bedarfsermittlung und bei der Beurteilung der Versorgungsqualität. Neben der Entwicklung geeigneter Instrumente zur quantitativen Erfassung globaler Indikatoren wie z.B. der subjektiven Lebensqualität oder der Behandlungszufriedenheit ist bei der Analyse der subjektiven Patientenperspektive in vielen Fällen der Einsatz qualitativer Forschungsmethoden notwendig. Die Analyse der Behandlungseffektivität unter Routinebedingungen erfordert komplexe Untersuchungsdesigns die es ermöglichen, einerseits der Heterogenität der Patientenmerkmale und der Vielfalt möglicher Einflussfaktoren Rechnung zu tragen und andererseits Aussagen über kausale Wirkungszusammenhänge zuzulassen. Im Unterschied zu klinischen Studien sind die Untersuchungsdesigns von Studien im Rahmen der Versorgungsforschung in der Regel durch deutlich größere Stichprobenumfänge und erheblich längere Untersuchungszeiträume gekennzeichnet. Obwohl zur Reduzierung möglicher Verzerrungen durch unbekannte Einflussfaktoren auch bei Untersuchungen im Rahmen der Versorgungsforschung eine randomisierte Zuweisung der Studienteilnehmer zu Experimental- und Kontrollgruppe grundsätzlich empfohlen wird, birgt auch die Randomisierung Gefahren, die sich nachteilig auf die Aussagekraft einer Studie auswirken können. Wird aus stichhaltigen Gründen auf eine Randomisierung der Studienteilnehmer verzichtet, so müssen mögliche Einflussfaktoren der Behandlungswirksamkeit durch die Anwendung geeigneter Auswertungsmethoden statistisch kontrolliert werden. Die Notwendigkeit langer Studienzeiträume erfordert ebenfalls den Einsatz spezieller statistischer Methoden die insbesondere auch die Berücksichtigung von Stichprobenausfällen, d.h. des Verlustes von Studienteilnehmern im Langzeitverlauf, erlauben. Auch die Einbeziehung gesundheitsökonomischer Aspekte in die Beurteilung des Nutzens medizinischer Maßnahmen erfordert die Anwendung spezifischer Methoden für die Erfassung der direkten und indirekten Krankheitskosten, die Analyse von Kostendaten und die Gegenüberstellung von Behandlungskosten und -ergebnissen.

Health services research contains all research activities to examine the technical, social, psychological, organisational and economic preconditions of an effective and efficient provision of health care and provide the scientific basis for the improvement of the health care system. The need for establishing health services research as a field of medical science results from the fact that, due to its increasing complexity, the results of medical research must be carefully assessed with regard to their practical relevance. The exponential increase of scientific medical publications and the ongoing specialisation of medical disciplines produce an enlarging amount of

information to be considered in medical practise. Paradoxically, for medical practice the enlargement of available information leads to an increasing lack of knowledge because each new insight into human bodily functions opens new possibilities for interventions (e. g. genetics) and each new treatment option generates additional side-effects and interactions with other treatments. Beyond their effects on the daily medical practice and the well-being of patients these developments also affect the whole health care system by causing new requirements for decision making and resource allocation.

While clinical research provides the necessary basic knowledge on the causal effects of medical interventions it covers only in part the growing need for knowledge resulting from this development. Since it is focused on efficacy clinical research necessarily has to exclude all potential factors potentially influencing the causal process by randomisation of study participants and by controlling the possible impact of environmental factors as far as possible. However, this experimental knowledge leaves the question of what happens under real world conditions where medical practice has to deal with heterogeneous patient populations and openness to uncontrollable environmental influences. In addition, efficacy research provides no information about the economic and the societal consequences of new medical interventions.

In the case of mental health services research the complexity of medical innovation is boosted by the fact that mental illness affects nearly all dimensions of human life. While in earlier periods the negative effects of mental disorder on social and occupational functioning were regarded as unavoidable consequences of the illness and hidden behind the walls of institutions, modern psychiatry claims to empower the patients to live outside of institutions at an acceptable quality of life level by supporting the recovery of social and vocational capacities. As a consequence, mental health services research has to provide knowledge about how clinically tested medical and psycho-social intervention methods under real world treatment conditions affect the patients' psychological and physical well-being but also their social and vocational integration and finally their subjective quality of life. In addition, mental health services research must assess the societal, political, legal and economic consequences of the implementation of new mental health care interventions.

To fulfil these tasks mental health services research has to consider both results of clinical studies and results from other human sciences, such as psychology or biology, but also from social, political, economic and legal sciences. This requires an interdisciplinary scientific framework as well as a broad spectrum of conceptual approaches and empirical research methods. Specific methodological requirements of mental health services research result on the one hand from the consideration of the subjective patient perspective in the appraisal of intervention outcomes but also from the assessment of service needs and general service quality. For this purpose, the application of qualitative research methods is extremely useful not only with regard to explorative hypothesis development but also as a source of insight into the meaning of mental health services for their users.

On the other hand, mental health services research needs methods for handling the complexity of real world study designs resulting from patient heterogeneity, long time perspectives and the variety of environmental factors to be controlled. This includes statistical methods for the analysis of longitudinal data, the control of selection bias and environmental factors and the identification of homogeneity or heterogeneity with regard to particular characteristics. In addition, the exploding amount of relevant scientific publications leads to the need for adequate methods for systematic literature search and meta-analysis.



**Aufgaben und Ziele der Arbeitsgruppe
Psychoimmunologie**
Working Group Psychoimmunology

Karl Bechter

Die Forschungsarbeit von CA Prof. Dr. K. Bechter und die seiner Mitarbeiter ist seit über 25 Jahren der klinischen Grundlagenforschung gewidmet, z.B. der Frage der Virusätiologie und der bakteriellen Ätiologie psychiatrischer Störungen, möglicherweise bedingt durch infektiös ausgelöste Autoimmunreaktionen bzw. immunpathologische Vorgänge. Kooperation gibt es mit Grundlagenforschern aus Virologie, Immunologie, Biochemie und Neurologie.

Eigene und internationale Forschungsergebnisse zeigen zunehmend die Bedeutung von Erregern in der Verursachung oder Auslösung psychischer Erkrankungen. Ein Erreger mag direkt ursächlich wirken. Meistens führt wohl nur ein komplexes Zusammenwirken von drei Faktoren (Gene, Umwelt, Immunsystem) letztendlich zur Krankheit. Umgekehrt tritt bei der Mehrzahl von Personen, die mit einem bestimmten Erreger infiziert wurden, gar keine Erkrankung auf. Diese sogenannte niedrige Pathogenität gehört zu diesem Szenario, ist für den Infizierten eigentlich günstig, für die Beweisführung einer teilursächlichen Rolle des jeweiligen Einzelfaktors aber eine klinisch-wissenschaftliche Herausforderung. Relevante Erreger in einem solchen Geschehen sind vermutlich Borna-Disease-Virus, verschiedene Herpes-Viren (EBV, HSV 1 und 2, HSV 6), Mumpsvirus, Cytomegalie-Virus, Parvoviren (besonders B19), auch endogene Retroviren z.B. HERV-W, ferner Chlamydien, Borrelien, Toxoplasmen.

Es gibt wissenschaftliche Kooperationen mit folgenden Universitätsinstituten:

- Institut für Virologie der Universität Gießen, Frau Dr. S. Herzog
- Sektion Exp. Anästhesie der Universität Ulm, Frau Prof. M. Schneider und H. Hohmann
- Institut für Medizinische Chemie und Biochemie, Universität Innsbruck, Prof. Dr. D. Fuchs
- Neurologische Abteilung des RKU Ulm, Universität Ulm, Prof. Dr. H. Tümani und Mitarbeiter
- Max-Planck-Institut München, Prof. C. Turck und G. Maccarrone
- Universität Göttingen, Prof. Dr. H. Reiber
- Immunpathologisches Labor, Universitätsklinikum Tübingen, Prof. Dr. R. Klein
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ludwig-Maximilians-Universität München, Prof. Dr. N. Müller

Wir danken der Margarete-Ammon-Stiftung, München, für großzügige Unterstützung.

Weitere Informationen zu wissenschaftlichen Projekten:

Margarete-Ammon-Stiftung, München (www.ammon-stiftung.de)

For 25 years, the research of Prof. Bechter and his co-workers and cooperation partners has dealt with basic clinical research and translational research. Over years, the focus was whether and how viruses, bacteria and other infectious agents may induce psychiatric disorders, possibly by autoimmune pathways. The range of studies included clinical studies, epidemiologic studies, brain imaging and protein and cell analytic approaches on blood and cerebrospinal fluid. A main focus of virus research was Borna Disease Virus together with the Institute of Virology, University

of Giessen (Dr. S. Herzog, Prof. R. Rott, now Prof. H. Thiel). In the meanwhile, a number of viruses have been taken into focus including cytomegaly virus, Herv-W endogenous retrovirus, borrelia, streptococci, mumps virus, Epstein-Barr virus and others. There are other candidates including chlamydia, toxoplasma or parvovirus B-19. A common pathogenetic mechanism may be infection-associated autoimmunity in close interaction with genetic factors. Large recent studies on the genetic contribution to severe psychiatric disorders, are compatible with this hypothesis. A clinical challenge is the differential diagnosis from differing etiopathogenesis. For example, chronic fatigue syndrome may be associated with autoimmunity, may represent a post infectious syndrome, or may be associated with functional neck syndromes. A major diagnostic tool, considered the gold standard in modern neurology, to diagnose neuroinflammation is cerebrospinal fluid (CSF) investigation. This method may also prove especially sensitive in severe psychiatric disorders such as therapy-resistant depression or other psychoses. Various projects on the improvement of diagnostics and therapy in resistant psychiatric disorders are under way or planned. For continuous support we are grateful to the Margarete-Ammon-Stiftung, Munich.



**Aufgaben und Ziele der Arbeitsgruppe
Psychopharmakologie und Psychopathologie**
Psychopathology and Psychopharmacology
Research Unit

Markus Jäger

Die Arbeitsgruppe Psychopharmakologie und Psychopathologie (Leitung: PD Dr. M. Jäger) befasst sich mit klinisch orientierter Forschung in Psychiatrie und Psychotherapie. Ziel ist zum einen, die medikamentöse Therapie zu optimieren. Solche klinischen Studien erfolgen meist als multizentrische Studien in Kooperation mit anderen Kliniken und Forschungseinrichtungen. Ein anderer Schwerpunkt liegt in den Bereichen von Diagnostik und Klassifikation von psychischen Störungen, was auch im Hinblick auf die aktuellen Vorbereitungen zu ICD-11 und DSM-V von Bedeutung ist. Hierbei wird insbesondere auch auf die historischen psychopathologischen Grundlagen der psychiatrischen Diagnostik Bezug genommen. Darüber hinaus werden Verlaufsuntersuchungen zu einzelnen psychiatrischen Krankheitsbildern durchgeführt.

Die Forschungsschwerpunkte liegen derzeit in folgenden Bereichen:

- Hinsichtlich von Optimierung der medikamentösen Therapie in der Psychiatrie beteiligt sich die Arbeitsgruppe an multizentrischen Therapiestudien. Kooperationspartner sind meist andere Universitätskliniken. So wird aktuell beispielsweise der Frage nachgegangen, ob bei Patienten mit einer Schizophrenie im Falle einer Non-response auf ein bestimmtes Antipsychotikum eine frühe Umstellung (bereits nach 2 Wochen) erfolgen soll oder ob die Kombination von zwei verschiedenen Antipsychotika einen zusätzlichen Nutzen bringt.
- Basierend auf der historischen und aktuellen Literatur sowie auf eigenen empirischen Vorbeunden, werden Arbeiten zur Diagnostik und Klassifikation psychischer Krankheiten erstellt.
- Mittels der Qualitativen Sensorischen Testung (QST) wird das Schmerzempfinden von Patienten mit psychiatrischen Störungen untersucht.

The Psychopathology and Psychopharmacology Research Unit (head: PD Dr. M. Jäger) focuses on clinical research in psychiatry. Research areas include the improvement of the pharmacological treatment in psychiatry (participation in multicentre clinical trials), psychopathological course and outcome of psychiatric disorders and basic principles of classification and diagnosis in psychiatry.

Current research projects focus on:

- Pharmacological treatment of patients with schizophrenic disorders. E.g., a forthcoming study will examine whether patients without early improvement will benefit from an early change of antipsychotic medication.
- Diagnosis and classification of psychotic disorders, particularly schizoaffective disorders.
- Pain in psychiatric disorders.



Gerontopsychiatrie: alte Patienten, neue Aufgaben Old Age Psychiatry: Old Patients, New Tasks

Matthias Riepe

Gerontopsychiatrie ist unter den Bedingungen der alternden Gesellschaften Europas zusammen mit der Akutgeriatrie eine der am schnellsten wachsenden Zweige der Medizin. Beiden Teilbereichen der Altersmedizin ist gemeinsam, dass sie von den jeweiligen Stammdisziplinen, der Psychiatrie bzw. der Inneren Medizin, nur bedingt akzeptiert sind. Dies hängt sicher auch damit zusammen, dass Ärzte der jeweiligen Fachrichtungen, wenn sie sich in den Altersbereich begeben, ausbildungsfremde Aufgaben lösen müssen: der Psychiater ist mit der Vielzahl der Komorbiditäten bei älteren Menschen nicht vertraut und häufig überfordert und der Internist ist mit der Vielzahl der neuropsychiatrischen Syndrome häufig nicht vertraut und ebenfalls überfordert. Zusammengefasst als Altersmedizin hat dieser Zweig der Medizin für den Rest des 21. Jahrhunderts eine zentrale Bedeutung in der Propädeutik des Verständnisses psychischer Erkrankungen und dem Verständnis des Wertesystems der Gesellschaft.

Gerontopsychiatrie und Akutgeriatrie in der Klinischen Versorgung

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen im Alter ist hoch, z. B. von Depressionen und Demenzerkrankungen. Annähernd ebenso hoch ist die Prävalenz internistischer Erkrankungen im Alter, z. B. von Bluthochdruck und Herzrhythmusstörungen. Es ist daher wahrscheinlich, dass ein älterer Patient behandlungsbedürftige Erkrankungen sowohl des internistischen Fachgebietes als auch des psychiatrischen Fachgebietes hat. Dies wird auch deutlich an den klassischen Zielbereichen der Altersmedizin, den **4 i**: **impaired intellect** (kognitive Beeinträchtigungen), **immobility** (Immobilität), **incontinence** (Inkontinenz) und **instability** (Gleichgewichtsstörungen und Stürze). Bei den **4 i** handelt es sich nicht um nosologische Entitäten sondern um multifaktorielle Syndrome mit sowohl neuropsychiatrischen als auch internistischen und möglicherweise weiteren Ursachen. Erschwerend kommt hinzu, dass Medikamente zur Behandlung gerontopsychiatrischer Syndrome aufgrund internistischer Komorbiditäten u. U. nicht angewandt werden können oder aber Medikamente zur Behandlung internistischer Erkrankungen gerontopsychiatrische Syndrome mit verursachen können und umgekehrt. Gleichermaßen gilt, dass zur Durchführung psychiatrischer Therapien eine gewisse körperliche Leistungsfähigkeit ebenso Voraussetzung ist, wie gewisse psychische Ressourcen Voraussetzung für somatische Rehabilitationsbehandlungen sind. Diese Verzahnung psychiatrisch-neurologischer und internistischer Randbedingungen in den häufigsten altersmedizinischen Syndromen verlangt ein interdisziplinäres Vorgehen nicht nur in der Diagnostik, sondern auch in der Therapie. Es ist daher nur folgerichtig, dass die Gerontopsychiatrie als eine psychiatrische Geriatrie und die internistische Geriatrie in Zukunft immer mehr gemeinsam und interdisziplinär die altersmedizinische Versorgung übernehmen.

Klinische Forschung in der Altersmedizin

Streng genommen werden die meisten Medikamente in der Altersmedizin off-label eingesetzt. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass bei klinischen Studien generell Risikopopulationen gemieden werden und daher vergleichsweise sehr wenig klinische Studien an älteren Patientenkohorten vorliegen. Der Verweis auf das ‚nil nocere‘ greift jedoch zu kurz. Im gerontopsychiatrischen Bereich

haben im Spontanverlauf Mortalität und Ko- bzw. Multimorbidität primär eine hohe Ereigniswahrscheinlichkeit. Vor dem Hintergrund des unausweichbaren demographischen Wandels ist es daher die Aufgabe der Gerontopsychiatrie, darauf hinzuweisen, dass klinische Studien auch beim Auftreten unerwünschter Ereignisse fortgeführt werden können wie es ja auch in anderen Indikationen mit einer primär hohen Ereigniswahrscheinlichkeit für Komplikationen, z. B. der Onkologie, geschieht. Eine spezielle methodische Schwierigkeit der chronisch progredienten Alterserkrankungen liegt darin, dass Analyseverfahren, wie sie in der Erwachsenenmedizin üblich sind, z. B. die Kalkulation von Effektstärken und Meta-Analysen, aufgrund der Interaktion von Progression der Erkrankung und Konstruktion der klinischen Messinstrumente als additive Skalen nicht übernommen werden kann und die klinische Forschung in der Altersmedizin daher vor der Aufgabe der Entwicklung neuer Messinstrumente und der Durchführung entsprechender Klinischer Studien steht.

Lange Zeit galt der Grundsatz, dass ältere Menschen nicht von einer Psychotherapie profitieren können. Als zu verfestigt galten Reaktionsmuster und Verhaltensweisen. In den letzten Jahren erscheinen jedoch zunehmend Berichte an kleineren Stichproben über erfolgreiche psychotherapeutische Interventionen. Für die klinische Versorgung spielen diese Berichte jedoch noch eine untergeordnete Rolle. Nicht zuletzt von psychotherapeutischer Seite ist die mangelnde Bereitschaft zur Intervention noch durch das alte Dogma der Untherapierbarkeit älterer Menschen geprägt. Gerade aufgrund neuer Erkenntnisse zu erhaltener Neuroplastizität auch im Alter oder bei altersassoziierten Erkrankungen sollten diese Bemühungen verstärkt und in Analogie zu medikamentösen Verfahren in methodisch sauberer Weise untersucht werden. Vor dem Hintergrund der erforderlichen Kosteneffizienz sollten bei dieser anstehenden systematischen Überprüfung psychotherapeutischer Interventionen die gesundheitsökonomischen Implikationen gleich mitberücksichtigt werden, ebenso wie bei der Evaluation der komplementären nichtärztlichen und nichtpsychologischen Therapieverfahren (aktivierende Pflege, Ergotherapie etc.) in der Gerontopsychiatrie. Dabei kann die Voraussage gewagt werden, dass die numbers needed to treat (NNT) bei keinem dieser Verfahren im gerontopsychiatrischen Bereich hinter der anderer degenerativer Erkrankungen zurückbleiben wird.



Hilfsmittelversorgung

Medizinische Hilfsmittel sind in den letzten Jahrhunderten komplexer geworden: z.B. sind aus einfachen Hörrohren im Laufe der letzten 100 Jahre komplexe Hörgeräte geworden. Diese gehören als technische Hilfsmittel ebenso wie pharmakologische Behandlungen zur umfassenden Heilversorgung älterer (und teils auch jüngerer) Patienten. Für andere Funktionsbereiche mit altersbedingten Einschränkungen sind die Herausforderungen an Hilfsmittel so komplex, dass sie erst mit den heutigen technischen Möglichkeiten angegangen werden können, z.B. was die räumliche Orientierung betrifft. Es ist eine der Aufgaben der Erwachsenenmedizin, die körperlichen Voraussetzungen für eine Reintegration in die Arbeitswelt zu überprüfen. Es ist eine vergleichbare und genauso folgenschwere Aufgabe der Gerontopsychiatrie, abzuschätzen, ob Erkrankter (und Angehöriger) im gewohnten sozialen Umfeld verbleiben können oder einer Institutionalisierung bedürfen. Um nicht vorschnell auf die Institutionalisierung zurückzugreifen, ist es daher auch die Aufgabe der Gerontopsychiatrie, Impulse zur Aufrechterhaltung der Mobilität älterer Menschen in bürgerschaftlich organisierten Projekten zu geben oder technische Hilfsmittel zu ersinnen und ihre Alltagstauglichkeit zu überprüfen, so dass es gelingt, ältere und erkrankte Menschen im gewohnten sozialen Umfeld zu belassen und außerdem dennoch die Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen.

Neurobiologische und Systembiologische Forschungsansätze

Die pathophysiologischen Rahmenbedingungen im Alter sind anders als im jungen Erwachsenenalter. Vorerkranktes Gewebe oder Gewebe, das durch eine Vorerkrankung verändert wurde, reagieren auf nachfolgende Interventionen anders als zuvor gesundes und junges Gewebe. Insbesondere in einer Zeit, in der zunehmend von personalisierter Medizin gesprochen wird, sollten ebenso Bemühungen zu einer Altersstratifizierung von Interventionen erfolgen. Sonst werden Diagnose- und Therapieprinzipien bei älteren Menschen angewandt, denen sowohl eine empirische Grundlage in klinischen Studien fehlt als auch eine grundlagenwissenschaftliche Fundierung.

Phänotypisch sind viele der neuropsychiatrischen Symptome in der Gerontopsychiatrie nicht von Symptomen der Erwachsenenpsychiatrie zu unterscheiden. Allerdings wird im gerontopsychiatrischen Bereich häufiger eine Läsion zentralnervöser Strukturen nachzuweisen sein. Wenn auch im Augenblick mit bildgebenden oder neurochemischen Verfahren häufig noch kein Substrat und kein Korrelat psychischer Symptome im Erwachsenenalter dargestellt werden kann, so ist die Gerontopsychiatrie doch ein Zugangsweg, die neuroanatomische Topik psychiatrischer Symptome zu erhellen.

Ethische Implikationen der Altersmedizin

In den nächsten Jahren wird die Diskussion um Ressourcenallokation im Gesundheitssystem zunehmen. Hier liegt eine gesellschaftliche Rolle der Gerontopsychiatrie. Wenn die Würde des Menschen unantastbar ist, darf auch das Gesundheitssystem nicht so ausgelegt sein, dass Therapien für Ältere grundsätzlich mit einer niedrigeren Priorität erfolgen.

Zusammenfassung

Für einen jungen Menschen, auch für einen jungen Arzt, mag Gerontopsychiatrie nur eine Randerscheinung der Medizin und der Gesellschaft sein, die nicht von scheinbar Wichtigerem ablenken darf. Diese Anmutung kann aber der genauen Prüfung nicht standhalten. Gerontopsychiatrie hilft dabei, die biologische Grundlage psychiatrischer Symptome zu erschließen und ist deshalb gerade auch für Erwachsenenpsychiater unerlässlich. Gerontopsychiatrie schärft außerdem den Blick auf ethische Fragen, z. B. auf Fragen der Priorisierung oder Rationierung medizinischer Leistungen in Abhängigkeiten von biologischen Variablen (z. B. dem Alter) oder auf die Frage nach der Würde des Menschen und dem Respekt vor dem Leben.

Old Age Psychiatry together with care for the elderly from a background in Internal Medicine belongs to the fastest growing disciplines among the Medical specialties. Mainstream Psychiatry and mainstream Internal Medicine treat Old Age Medicine with contempt. This may result from the feeling of insufficiency since the conventional Psychiatrist is not familiar with the multiple comorbidities in the elderly and may feel overwhelmed. Similarly, the Internal Medicine practitioner did not learn much in his education on central nervous system symptoms and psychiatric conditions and therefore may feel unfamiliar and overwhelmed as well. Nevertheless, Old Age Psychiatry together with Old Age Internal Medicine will come closer together in true Old Age Medicine in the remaining years of this century.

The central syndromes of Old Age Medicine are the **4 i**: impaired **intellect**, **immobility**, **incontinence** and **instability**. These are not nosological entities but rather multifactorial syndromes with causes in multiple discipline among which Psychiatry and Internal Medicine are the most frequent. But more than that - psychiatric therapies require physical fitness to a certain extent and vice versa, somatic treatment and rehabilitation require cognitive and emotional resources.

Old Age Psychiatry needs to push the issue of Clinical Studies in the elderly. Analytic instruments of Adult Psychiatry, calculation of effect sizes and meta-analyses are not suitable in Old Age Psychiatry. Thus, Old Age Medicine has to develop appropriate methods and perform the corresponding studies. Otherwise, treatment will remain off-label and without rational foundation. Clinical Studies in the elderly often are avoided for reasons of fearing mortality or other adverse events. These, however, have a high probability in old age, anyway, and therefore, even studies with some degree of adverse events or mortality need to be advanced as for other fatal syndromes such as oncological ones.

Until recently, psychotherapy in old age was considered futile, not the least by psychotherapists themselves. But much to the contrary, recent evidence supports residual neuroplasticity in old age. Therefore, the assessment of the effectiveness of psychotherapeutic procedures with variables, known from pharmaceutical studies, and even health economics outcomes is worthwhile and should be put forward as also the assessment of other therapies such as occupational therapy or nursing strategies.

Old tissue and tissue that underwent disease episodes respond differently to new disease episodes than young tissue. Failure to acknowledge this results in futile medical strategies. Therefore, treatment pathophysiology in old age animal models needs to be assessed as well as pharmaceutical strategies in clinical studies in old age cohorts.

Not the least, Old Age Psychiatry allows a view on how society deals with its weak members. Thinking about the issues of Old Age Psychiatry sharpens the arguments on the dignity of man and the respect for human life.

Anwendungsstudie zur praktischen Erprobung und Validierung der Qualitätsindikatoren für die Integrierte Versorgung von Menschen mit einer Schizophrenie (AOK QI)

Implementation and Validation Study of Quality Indicators for Integrated Care of People with Schizophrenia

Projektpartner / Project Partners:

 Max Schmauß und Thomas Messer,
 Bezirkskrankenhaus Augsburg

MitarbeiterInnen / Staff Psychiatrie II, Universität Ulm:

 Thomas Becker (Projektleitung)
 Markus Kösters (Projektleitung)
 Constanze Lahmeyer
 Ann-Christien M. Holtrup
 Ying Zhang

Finanzierung / Finance:

AOK Bundesverband

Fördersumme / Funding:

50.100 Euro

Laufzeit / Duration:

2010 – 2011


Hintergrund:

Nach Erarbeitung eines Indikatorensets für die Integrierte Versorgung bei der Schizophrenie auf der Grundlage einer Literaturrecherche und eines Workshops (gefördert durch den AOK-Bundesverband; Weinmann und Becker 2009) soll das entwickelte Indikatorenset von 12 Basis- und 22 Qualitätsindikatoren auf seine Praxistauglichkeit, Validität und Versorgungsrelevanz evaluiert werden.

Zielsetzung:

Hauptziel der Studie ist die Prüfung der Anwendbarkeit der Indikatoren (Verfügbarkeit und Struktur von Abrechnungs-, Leistungserbringerdaten und Daten aus der Patientenbefragung) und die Darstellung der Erfüllungsraten der Indikatoren.

Es wird ein Vergleich der ermittelten Werte/Erfüllungsraten mit internationalen Vergleichswerten angestrebt.

Außerdem werden Kovarianz- und Faktorenanalysen zur Identifikation von Indikatoren, die gleiche Aspekte der Behandlungsqualität abbilden und ähnliche Erfüllungsraten haben bzw. sich im Zeitverlauf gleichsinnig ändern, durchgeführt, und es werden Cluster hinsichtlich Behandlungsqualität identifiziert.

Methode:

84 Patienten am BKH Günzburg und Augsburg mit der Diagnose einer Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störung (F2x.x), die bei der AOK versichert sind, wurden rekrutiert. Die Patienten willigten ein, an einer Zufriedenheitsbefragung teilzunehmen und dass die AOK-Abrechnungsdaten im Rahmen der Anwendungsstudie zur Messung der Qualitätsindikatoren verwendet werden dürften. Alle Patienten wurden zudem mit PANSS, CGI, Camberwell Assessment of Need – European Version (CAN-EU) etc. untersucht und mit einer deutschen Version der Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) zu ihrer Behandlungszufriedenheit befragt.

Die AOK Bayern stellt die Abrechnungsdaten der Patienten pseudonymisiert zur Verfügung. Es werden Erfüllungsraten einzelner Qualitätsindikatoren und Konformitätsraten für alle 22 Qualitätsindikatoren berechnet. Weiterhin wird der Einfluss der Fallschwere und anderer Case-Mix-Variablen auf die Erfüllungsraten berechnet.

Ergebnisse:

An der Befragung nahmen 84 Patienten teil. Es liegen Teilergebnisse für den stationären Bereich vor, die aber durch die noch fehlenden Daten der ambulanten Versorgung ergänzt werden müssen. Diese Ergebnisse lassen vermuten, dass das Indikatorenset für die Qualitätsbewertung in der Routineversorgung anwendbar ist. Evidenzbasierte Referenzen oder Red-Flag-Werte zur Definition eines Maßstabs fehlen noch.

Summary:

After developing a set of quality-indicators to assess integrated care for patients with a diagnosis of schizophrenia, these were evaluated in practice to address feasibility and validity. Aims of the study are:

- Testing the applicability of the indicators
- Reporting the conformance rates of the indicators
- Adjustment of the red-flag values from international literature for psychiatric care in Germany
- Examination of the variables which could be used for case-mix-adjustment
- Covariance and factor analyses for identification of indicators showing similar issues of quality of care and which have related fulfilment rates and identification of clusters for care quality.

For evaluation 84 patients of two centres with a diagnosis of schizophrenia have been surveyed. These patients completed a questionnaire about satisfaction at baseline and after six months. This is an ongoing project, and administrative data are currently available for inpatient care only. Use of quality indicators appears to be feasible in routine care. Evidence-based reference or red-flag values that can be used for benchmarking are lacking.

BÄKO – Bestandsaufnahme der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland: Versorgungspraxis und Kooperation der Leistungserbringer
Service Provision of Mentally Ill Persons in Germany: Provision Practice and Cooperation of Care Providers**Projektpartner / Project Partners:**

Ulrich Hegerl, Anke Bramesfeld, Klinik und Polyklinik für Psychiatrie, Universität Leipzig
Hermann Spießl, Bezirksklinikum Regensburg
Barbara Kowalenko, Städtisches Klinikum Eisenhüttenstadt

MitarbeiterInnen / Staff Psychiatrie II, Universität Ulm:

Reinhold Kilian (Projektleitung)
Thomas Becker (Projektleitung)
Carolin Losert

Finanzierung / Finance:

Bundesärztekammer über Universität Leipzig

Fördersumme / Funding:

15.000 Euro

Laufzeit / Duration:

2009 – 2010

Hintergrund:

An der Versorgung psychisch kranker Menschen in Deutschland sind mehrere Sektoren und verschiedenste Leistungserbringer beteiligt. Das Versorgungsangebot variiert von Region zu Region erheblich. Dies macht die Versorgung einerseits vielseitig, andererseits aber auch unübersichtlich und erfordert eine gute Kooperation zwischen den Leistungserbringern.

Zielsetzung:

Umfassende Daten zur komplementären und medizinisch psychiatrischen Versorgungspraxis und zur Kooperationspraxis der Leistungserbringer über die Sektoren hinaus fehlen, sind aber für eine sinnvolle Versorgungsplanung und -entwicklung essentiell.

In einem von der Bundesärztekammer geförderten Forschungsprojekt wurden diese fehlenden Daten erhoben. Hierfür wurde die Versorgungspraxis und die Kooperationspraxis der Leistungserbringer in vier exemplarischen Regionen in Deutschland (Leipzig, Eisenhüttenstadt, Regensburg und Günzburg) untersucht. Das machte es möglich, die Versorgung zwischen städtischen und ländlichen, strukturstarken und strukturschwachen Regionen zu vergleichen.

Methode:

Es wurde eine systematische Bestandserhebung aller an der psychiatrischen Versorgung in diesen Regionen beteiligten Institutionen durchgeführt. In Diskussionsgruppen wurde mit den Leistungserbringern über Kooperationserfahrungen und -erwartungen gesprochen und schließlich mit einer systematischen Befragung die Kooperationspraxis der Leistungserbringer quantitativ erfasst.

Ergebnisse:

Insgesamt zeigt sich, dass die Kooperation der Niedergelassenen wenig interdisziplinär ist. Anlass zur Kooperation ist vor allem der Austausch über gemeinsame PatientInnen. Die Befragten scheinen mit dem vorhandenen Maß an Kooperation relativ zufrieden und wünschen sich eher mehr als weniger. Die Qualität der Kooperation wird eher positiv bewertet, wobei die Niedergelassenen die Zusammenarbeit mit komplementären psychosozialen Einrichtungen schlechter bewer-

ten als die Kooperation mit FachärztInnen und Kliniken. Die Befragten wenden nur einen kleinen Teil ihrer Arbeitszeit für Kooperation auf und widmen diesen größtenteils der Kooperation mit dem medizinischen Bereich. Selbsthilfegruppen spielen für die Arbeit der meisten niedergelassenen FachärztInnen und PsychotherapeutInnen eine Rolle. Wichtige Fachtreffen sind vor allem die Qualitätszirkel sowie Inter- und Supervisionsgruppen; interdisziplinäre Treffen spielen in der Praxis kaum eine Rolle. Die in den Fokusgruppen ermittelten positiven Einflussfaktoren wurden bestätigt, wobei Vergütung fehlt und von einem Teil der Befragten gewünscht wird, der gemeinsame Besuch von Gremien weniger wichtig scheint und die Schaffung lokaler Koordinierungsstellen wohl besonders positiv begrüßt werden würde. PsychotherapeutInnen kooperieren deutlich weniger als FachärztInnen. Die Unterschiede zwischen den Versorgungsregionen bleiben bei allen diesen Ergebnissen unwesentlich. Wie eingangs gesagt, ist davon auszugehen, dass diejenigen Niedergelassenen, die an der Untersuchung unentgeltlich teilgenommen haben, eher mehr an Kooperation interessiert sind als diejenigen, die nicht teilgenommen haben. Es kommt hinzu, dass der positive Anklang des Kooperationsbegriffs dazu geführt haben könnte, dass die Befragten im Sinne sozialer Erwünschtheit geantwortet haben. Die gefundenen Werte dürften deshalb in der Gesamtgruppe der niedergelassenen FachärztInnen und PsychotherapeutInnen etwas anders ausfallen als in unserer Stichprobe. Insbesondere die Häufigkeiten der Kooperationen und der Zeitaufwand für Kooperation sind in der Gesamtgruppe sicherlich (noch) niedriger.

Summary (cited from the publication Ungewitter C et al 2012, listed below):

The study assessed the regional structure of mental health services and the practice of cooperation of mental health service providers. The aim was to identify starting points for improving mental health care.

All surveyed regions have a well-developed and complex service system available. Cooperation in mental health care takes place in flexible networks rather than in fixed relationships. An explicit concept of cooperation does not exist. Time and resources promote cooperation. Psychiatrists and psychotherapists working in outpatient care mainly cooperate among themselves and rarely on an interdisciplinary basis. In particular psychotherapists are usually not part of cooperation networks.

Publikation / Publication:

Ungewitter C, Böttger D, El-Jurdi J, Kilian R, Losert C, Ludwig K, Steinkohl V, Bramesfeld A. (2012). Struktur und Kooperation in der Versorgung psychisch Kranker Service structure and cooperation in mental health care. *Nervenarzt* (DOI 10.1007/s00115-011-3433-1)

Klinische Entscheidungsfindung und Behandlungsergebnis in der Routineversorgung von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung (CEDAR)
 Clinical Decision Making and Outcome in Routine Care for People with Severe Mental Illness

Projektpartner / Project Partners:

Mike Slade, King's College London
 Mario Maj, Second University of Naples
 Anikó Égerházi, University of Debrecen
 Povl Munk-Jørgensen, Aarhus University Hospital
 Wulf Rössler, University of Zurich

MitarbeiterInnen / Staff Psychiatrie II, Universität Ulm:

Bernd Puschner (Projektleitung)
 Thomas Becker (Projektleitung)
 Katrin Arnold
 Esra-Sultan Ay
 Jana Konrad
 Sabine Loos
 Petra Neumann
 Nadja Zentner

Finanzierung / Finance:

Europäische Kommission, 7. Forschungsrahmenprogramm (Contract No. 223290)

Fördersumme / Funding:

549.000 Euro

Laufzeit / Duration:

2009 – 2012


Hintergrund:

Für klinische Entscheidungsfindung liegen für körperliche Erkrankungen bereits vielfältige Forschungsergebnisse vor, insbesondere für zeitlich umgrenzte Entscheidungsprozesse bei plötzlich auftretenden, lebensbedrohlichen Ereignissen (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall oder Brustkrebs) oder auch für Stadien längerfristiger Erkrankungen (z.B. Fibromyalgie oder Krebs). Im Bereich wiederkehrender oder chronischer Erkrankungen, insbesondere für schwere psychische Erkrankungen, besteht allerdings noch ein erheblicher Bedarf an Informationen, ob und wie klinische Entscheidungsfindung umgesetzt wird. Daher wird von der Europäischen Kommission die Studie "Klinische Entscheidungsfindung und Behandlungsergebnis in der Routineversorgung von Menschen mit

schwerer psychischer Erkrankung“ (Akronym CEDAR) gefördert, die seit April 2009 in sechs europäischen Ländern (Dänemark, Deutschland, Ungarn, Italien, Schweiz, und England) durchgeführt wird.

Zielsetzung:

Zentrales Ziel von CEDAR ist die Untersuchung der unmittelbaren, kurz- und langfristigen Effekte von klinischer Entscheidungsfindung auf wichtige Aspekte des Behandlungsergebnisses (Symptomschwere, Lebensqualität, Bedarfe). Zugleich werden moderierende Faktoren wie therapeutische Arbeitsbeziehung und Recovery-Orientierung berücksichtigt.

Methode:

In einem ersten Schritt werden geeignete Messinstrumente generiert, um klinische Entscheidungsfindung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen adäquat zu erfassen. Es werden spezielle Instrumente entwickelt, die den Entscheidungsstil, die Kernelemente von Entscheidungsfindung in der Routineversorgung, sowie die Beteiligung an Entscheidungen und die Zufriedenheit mit klinischen Entscheidungen messen. Von diesen Instrumenten werden sowohl Patienten- als auch Klinikerversionen entworfen und vor ihrem Einsatz hinsichtlich ihrer psychometrischen Eigenschaften getestet. Im Anschluss kommen diese Instrumente in einer multinationalen prospektiven Beobachtungsstudie zum Einsatz (zweimonatliche Messzeitpunkte während einer einjährigen Beobachtungsphase, N = 560). Zentrales Ziel von CEDAR ist die Untersuchung der unmittelbaren, kurz- und langfristigen Effekte von klinischer Entscheidungsfindung auf wichtige Aspekte des Behandlungsergebnisses (Symptomschwere, Lebensqualität, Bedarfe). Zugleich werden wichtige moderierende Faktor wie therapeutische Arbeitsbeziehung und Recovery-Orientierung berücksichtigt.

Aktueller Stand / Erwartete Ergebnisse:

Die Rekrutierung wurde im Januar 2011 abgeschlossen.

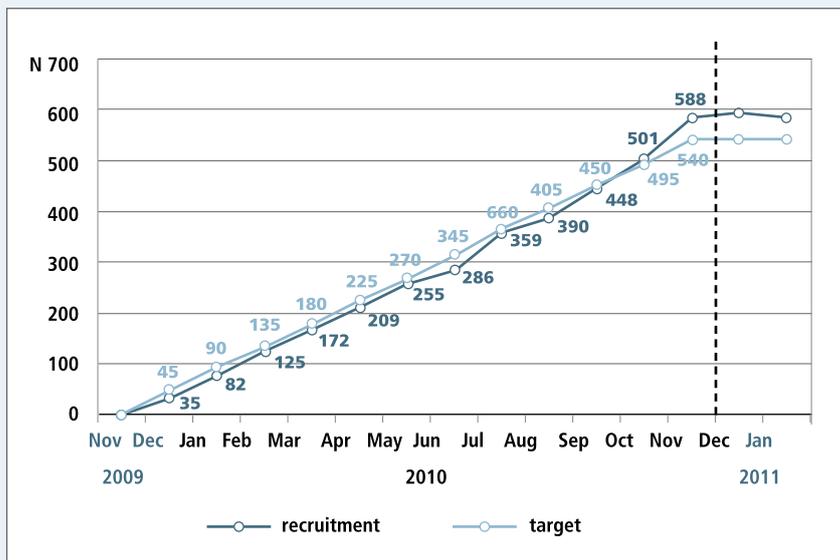


Abbildung 1: Rekrutierungsverlauf

Die Erhebungen zu den einzelnen Messzeitpunkten (T0-T6) wurden im Januar 2012 beendet. Zurzeit werden die Daten überprüft und in finale Datensätze gebracht. Publikationen sind in Bearbeitung.

Messzeitpunkt		gesamt N	
		Patient	Behandler
Einschlusskriterien überprüft		708	
ausgeschlossen		119	
Einschlusskriterien nicht erfüllt		37	
Teilnahme abgelehnt		79	
andere Gründe		3	
eingeschlossen		588	
T0	durchgeführt	588	575
	nicht durchgeführt	0	14
T1	durchgeführt	538	497
	nicht durchgeführt	50	85
T2	durchgeführt	525	477
	nicht durchgeführt	60	92
T3	durchgeführt	508	479
	nicht durchgeführt	64	86
T4	durchgeführt	511	474
	nicht durchgeführt	55	81
T5	durchgeführt	507	465
	nicht durchgeführt	55	77
T6	durchgeführt	528	504
	nicht durchgeführt	21	23

Abbildung 2: Teilnehmerfluss

Summary:

A considerable amount of research has been conducted on clinical decision making (CDM) in short-term physical conditions. However, there is a lack of knowledge on CDM and its outcome in long-term illnesses, especially in the care of people with severe mental illness. By means of a multinational study in six European countries (Denmark, Germany, Hungary, Italy, Switzerland and the UK), CEDAR aims to fill this gap.

Firstly, specific instruments will be developed to measure CDM style, CDM in routine care, and CDM involvement and satisfaction from both the perspectives of patients and therapists. Secondly, instruments will be used in a prospective observational study (bi-monthly assessments during a one-year observation period; N = 560) in order to investigate the effect of CDM on key dimensions of clinical outcome that include crucial effect moderators such as the therapeutic relationship.

Results will make it possible to delineate quality indicators of CDM as well as to specify prime areas for further improvement. With its explicit focus on the patient role in CDM, CEDAR will also contribute to strengthening the service-user perspective.

Publikation / Publication:

Puschner B, Steffen S, Slade M, Kaliniecka H, Maj M, Fiorillo A, Munk-Jørgensen P, Larsen J, Égerházi A, Nemes Z, Rössler W, Kawohl W, Becker T (2010): Clinical Decision Making and Outcome in Routine Care for People with Severe Mental Illness (CEDAR): Study protocol. BMC Psychiatry, 10 (90) (<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/90>)

Die Entwicklung eines Verfahrens zur Messung von Empowerment in der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen (Empowerment)

The Development of a Method for the Measurement of Empowerment in the Psychiatric Treatment of People with Severe Mental Disorder

Projektpartner / Project Partners:

Gabriele Schleuning, Michael Welschehold, Atriumhaus München
Herbert Matschinger, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Leipzig

MitarbeiterInnen / Staff Psychiatrie II, Universität Ulm:

Reinhold Kilian (Projektleitung)
Thomas Becker (Projektleitung)
Christine Hertle
Susann Hörand (Standort München)

Finanzierung / Finance:

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF),
Förderschwerpunkt Versorgungsnahe Forschung
Chronische Erkrankungen und Patientenorientierung

Fördersumme / Funding:

260.000 Euro

Laufzeit / Duration:

2008 – 2011



Hintergrund:

Trotz der weitgehenden Übereinstimmung über die zentrale Bedeutung von Empowerment für die psychiatrische Behandlung fehlen bislang standardisierte Verfahren zur Messung von Empowerment im psychiatrischen Behandlungsprozess. Gegenwärtig existieren deshalb auch nur sehr wenige Untersuchungen zu der Frage, in welchem Umfang in der Behandlung chronischer psychischer Erkrankungen Empowerment-Prinzipien tatsächlich zum Tragen kommen. Für die psychiatrische Versorgungsforschung bedeutet das Fehlen geeigneter Messmethoden, dass ein zentraler Bestandteil der Qualität des therapeutischen Prozesses nicht angemessen beurteilt werden kann. Damit fehlt zum einen die Möglichkeit, potenzielle Ursachen einer mangelnden Empowerment-Orientierung des psychiatrischen Behandlungsprozesses zu identifizieren. Zum anderen lässt sich nicht präzise ermitteln, welche Bedeutung Empowerment tatsächlich für das Ergebnis des Behandlungsprozesses hat.

Zielsetzung:

Ziel des Projektes ist die Entwicklung und die Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften eines standardisierten Verfahrens zur Messung von Empowerment im Prozess der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit affektiven (ICD-10 F30-F39) und schizophrenen (ICD-10 F20-F29) Störungen. Das Instrument soll verschiedene inhaltliche Dimensionen von Empowerment berücksichtigen, aber zugleich für den Einsatz in der Routineversorgung geeignet sein und daher nicht mehr als 25 Items umfassen.

Fokusgruppen mit Patienten, Angehörigen und Experten	
Stadt	Land
Patienten	Patienten
Frauen F3	Frauen F2
Frauen F3	Frauen F2
Männer F3	Männer F2
Männer F3	Männer F2
Eltern	Partner
Eltern	Partner
Experten	Experten

Qualitative Inhaltsanalyse
Generierung von Items und Antwortskalen
Pilotfragebogen
Pilotstudie
Stadt n = 220 / Land n = 220
Explorative Analysen
Itemanalysen / Itemauswahl
Feldtestfragebogen
Feldstudie
Stadt n = 200 / Land n = 200
Konfirmatorische Analysen
IRT Analysen
Empowerment Fragebogen
Praxistest

Ergebnisse:

Ziel des Projektes war die Entwicklung und die Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften eines standardisierten Verfahrens zur Messung von Empowerment im Prozess der psychiatrischen Behandlung von Patienten mit affektiven (ICD-10 F30-F39) und schizophrenen (ICD-10 F20-F29) Störungen. Grundlage der Instrumentenentwicklung war die Durchführung von 14 Fokusgruppen mit Patienten, Angehörigen und Experten zur Festlegung der inhaltlichen und der dimensional Struktur eines ersten Pilotinstrumentes. Auf Grundlage der inhaltsanalytischen Auswertung der Fokusgruppensdaten wurde ein Pool von 247 Items zu den gefundenen inhaltlichen Dimensionen formuliert. Zur Vorselektion der Items wurde eine Preteststudie mit 40 Probanden durchgeführt. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Preteststudie wurden 88 Items für ein Pilotinstrument ausgewählt. Im Rahmen der Pilotstudie wurden 445 Patienten untersucht. Die im Rahmen der Pilotstudie gewonnenen Daten wurden mittels explorativer Faktorenanalyse hinsichtlich

ihrer inhaltlichen Struktur und mittels item-response Analysen hinsichtlich ihrer psychometrischen Eigenschaften untersucht. Der auf der Grundlage der Ergebnisse der Auswertungen der Pilotstudienendaten erstellte Feldtestfragebogen umfasst 52 Items. Im Rahmen der Feldteststudie wurden 368 Patienten untersucht. Zur Prüfung der Kriteriumsvalidität wurden im Rahmen der Feldteststudie die Krankheitsschwere und die subjektive Lebensqualität erfasst. Auf der Grundlage der Ergebnisse der Feldteststudie wurde die finale Version des Fragebogens zur Erfassung von Empowerment im psychiatrischen Behandlungsprozess von Patienten mit affektiven und schizophrenen Erkrankungen (EPAS) erstellt. Der Fragebogen umfasst ein Basismodul mit 33 Items für die Bereiche „Alltagsbewältigung“, „Soziale Beziehungen/Sexualität/Freizeitgestaltung“; „Behandlungspartizipation“; „Hoffnung/Selbstwirksamkeit“; „Selbstwertgefühl“ sowie jeweils 5 Items für Empowerment im Bereich der beruflichen Tätigkeit und 5 Items für Empowerment im Bereich der Versorgung minderjähriger Kinder. Der Fragebogen kann als Instrument zur Erfassung der Ergebnisse psychiatrischer Interventionen verwendet werden, deren Ziel die Förderung von Empowerment ist.

Summary:

This project comprises multi-stage development of a 33-item instrument for the assessment of "empowerment" in people with affective and schizophrenia-type disorders. Domains include: "everyday functioning", "social relations/sexual expression/leisure time", "treatment participation", "hope/self-efficacy", "self-respect", and five items each on empowerment in the workplace and empowerment in child care.

Europäisches Profil der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung in der psychiatrischen Versorgung

European Profile of Prevention and Promotion in Mental Health
 (EuroPoPP-MH)

Projektpartner / Project Partners:

Gerry Carton, Chiara Samele, Institute of Mental Health, London
 (Koordinierendes Zentrum)

MitarbeiterInnen / Staff Psychiatrie II, Universität Ulm:

Thomas Becker
 Paulo Kling Lourenço
 Liliya Sommer

Finanzierung / Finance:

European Executive Agency for Health and Consumers (EAHC) (Contract No 2010 62 01)

Fördersumme / Funding:

2.500 Euro

Laufzeit / Duration:

02.2011 – 09.2011

Hintergrund:

Psychische Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sind zwei unersetzliche Komponenten der modernen psychiatrischen Versorgung und spielen eine wichtige Rolle in der Gesundheitspolitik jedes europäischen Staates. Informationen über die Entwicklung von settingbezogenen Maßnahmen in diesen Gebieten sowie über deren Durchführung und Finanzierung sind auf der europäischen Ebene jedoch selten. Aus diesem Grund ist ein Vergleich und die Analyse der Situation in Europa schwierig.

Zielsetzung:

Recherche und Dokumentation von Aktivitäten (Gesetze, Projekte, Studien, Programme) der psychiatrischen Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in den Settings Schule, Arbeitsplatz und Pflegeheimen in Deutschland. Ziel des Projektes ist es, einen Überblick über diese Aktivitäten in Deutschland und Europa zu ermöglichen.

Methode: Institutionen- und Expertenbefragung, Internetrecherche.

Ergebnisse: Das Projekt ist abgeschlossen. Studienergebnisse liegen noch nicht vor.

Summary:

The Institute of Mental Health, Nottingham, UK, is conducting a project to review and provide up-to-date information on mental health systems (including legislation / policies, mental health status in the population, functioning of mental health services) across 27 European member states and selected other countries in Europe. Part of this project focuses on the extent of implementation of policies and interventions / activities to prevent mental illness and to promote mental health within each country.

Psychiatrischer Fachdiskurs zu Kinderwunsch und Elternschaft bei psychisch Kranken

Psychiatric Discourse on Desire for Children and Parenthood
among People with Mental Illnesses

Projektpartner / Project Partners:

Heiner Fangerau, Gisela Badura-Lotter, Institut für Geschichte,
Theorie und Ethik der Medizin, Universität Ulm

MitarbeiterInnen / Staff Psychiatrie II, Universität Ulm:

Silvia Krumm (Projektleitung)

Carmen Checchia

Finanzierung / Finance:

Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG), Fachbereich Soziologie

Fördersumme / Funding:

209.000 Euro

Laufzeit / Duration:

2011 – 2014

Hintergrund:

Während Elternschaft von Menschen mit psychischen Erkrankungen bis weit in das 20. Jahrhundert hinein durch Institutionalisierung und Sterilisierung vielfach verhindert wurde, können die betroffenen Personen heute idealerweise selbst über die Frage entscheiden, ob sie Kinder möchten oder nicht. Da jedoch eine Elternschaft bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung sowohl für die betroffene Person wie auch für das (potenzielle) Kind mit erheblichen Risiken assoziiert sein kann, ist davon auszugehen, dass sich die Beschäftigten in der Psychiatrie in einem Spannungsfeld zwischen Respektierung der Autonomie einerseits und Fürsorge gegenüber den Betroffenen andererseits bewegen. Erschwert wird der Umgang mit diesem Thema durch den Mangel an gesicherten Erkenntnissen zum Einfluss von Schwangerschaft und Mutterschaft auf den Verlauf psychischer Erkrankungen sowie zu den Effekten einer Psychopharmakabehandlung während der Schwangerschaft auf das ungeborene Kind. Gleichzeitig ist festzustellen, dass zum professionellen Umgang mit dem Kinderwunsch und damit zusammenhängenden Themen (z.B. Familienplanung, humangenetische Beratung, Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Elternschaft) kaum Befunde vorliegen.

Zielsetzung:

Unter der Annahme, dass der Umgang mit reproduktiven Themen in der Behandlung psychisch kranker Frauen und Männer mit einem Kinderwunsch sowohl durch kollektive wie individuelle Sichtweisen der Professionellen zu Kinderwunsch und psychischer Erkrankung beeinflusst wird, ist es das Ziel der Untersuchung, den psychiatrischen Fachdiskurs sowie die subjektiven Einstellungen der in der Psychiatrie Beschäftigten zu Kinderwunsch und Elternschaft empirisch zu untersuchen. In Zusammenarbeit mit dem Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Universität Ulm soll der psychiatrische Fachdiskurs darüber hinaus einer moraltheoretischen Analyse unterzogen werden. Im Zentrum steht die Frage, ob und in welcher Weise die Professionellen ethische Konflikte im Zusammenhang mit den genannten Aspekten bei psychisch kranken Menschen wahrnehmen und wie sie diese im Rahmen ihrer praktischen Handlungsorientierung bewältigen. Weiterhin wird die Frage untersucht, ob und in welcher Weise sich die Berufsgruppen in den verschiedenen Handlungsfeldern (Medizin, Pflege, Psychologie, Sozialpädagogik) in ihren Einstellungen zum Kinderwunsch etc. unterscheiden und welche Motive bei der Durchsetzung einer spezifischen diskursiven Praxis in Bezug auf reproduktive Themen vorherrschen.

Methode:

In einem ersten Schritt werden bereits vorhandene Daten zum professionellen Umgang mit reproduktiven Aspekten bzw. ethischen Konflikten anhand einer Dokumentenanalyse untersucht und aus diskursanalytischer Perspektive ausgewertet. Das primäre Ziel liegt in der Rekonstruktion der normativen Argumentationen im Zusammenhang mit einem Kinderwunsch psychisch kranker PatientInnen seit der Psychiatriereform (Arbeitspaket 1: verantwortlich: Gisela Badura-Lotter).

In einem zweiten Schritt werden Gruppendiskussionen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern durchgeführt, die an der stationären Behandlung von psychisch kranken Menschen beteiligt sind. Die zentralen Fragestellungen für die Gruppendiskussionen richten sich auf die kollektiven Verständigungsprozesse zum professionellen Umgang mit einem Kinderwunsch, auf die Konflikte und Bewältigungsstrategien im Umgang mit diesem Thema sowie auf einen möglichen Hilfe- und Unterstützungsbedarf (Arbeitspaket 2, verantwortlich: Silvia Krumm).

Schließlich wird unter Verwendung des problemzentrierten Interviews auf die Erfassung der subjektiven Wahrnehmungen, Bewertungen und Verarbeitungsformen der Professionellen im Sinne spezifischer Orientierungen im Umgang mit reproduktiven Aspekten bei Menschen mit psychischen Erkrankungen gezielt (Arbeitspaket 3, verantwortlich: Silvia Krumm).

Aktueller Stand:

- Arbeitspakete 1 (Dokumentenanalyse):
 Voraussichtlicher Abschluss der empirischen Lehrbuchanalyse: März/April 2012
 Voraussichtlicher Abschluss der empirischen Leitlinienanalyse: April/Mai 2012
 Start der ethischen Analyse: April 2012
- Arbeitspaket 2 (Gruppendiskussionen):
 Voraussichtlicher Abschluss der empirischen Erhebung: März 2012
 Voraussichtlicher Abschluss der rekonstruktiven, diskursanalytischen Auswertung: April/Mai 2012
- Arbeitspaket 3 (Einzelinterviews):
 Voraussichtlicher Beginn der empirischen Erhebung: Mai 2012
- Projektbezogene Präsentationen:
Vortrag im Kolloquium Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin (öffentlich), Ulm 2011, 1.6.2011: Der professionelle Diskurs zu Kinderwunsch bei psychisch Kranken
Gisela Eisenreich-Ringvorlesung „Ethik in der Medizin“, Institut für Geschichte der Medizin, Düsseldorf: Kinderwunsch bei psychisch Kranken – ethische Fragen eines unlösbaren Konfliktes?
DGPPN Kongress 2011, 23.-26.11.2011: Der psychiatrische Fachdiskurs zu Kinderwunsch und Elternschaft bei Menschen mit psychischen Erkrankungen – erste Befunde einer interdisziplinären qualitativen Studie

Summary:

Up until the midst of the 20th century people with mental illnesses were kept from reproduction through sterilisation and sex-segregated hospitalisation. Nowadays, affected people are – at least formally - free to decide for or against parenthood. Since there are substantial reproductive risks for the affected person as well as for the (unborn) child, one might assume that professionals find themselves within an area of tension between respecting reproductive autonomy of their patients while feeling the need for protecting the patient or the (unborn) child from severe harm. This problem is even more complicated by the lack of sufficient knowledge on the effects of reproduction on the illness course and the effects of medication during pregnancy on the unborn child.

We assume that mental health care is affected by professionals' collective and individual perceptions of reproductive issues.

This study investigates the psychiatric discourse as well as subjective attitudes of mental health professionals with regard to desire for children and parenthood (in a broader sense family planning, contraception, genetic counselling etc.). In collaboration with the Institute of the History, Philosophy and Ethics of Medicine in Ulm, the study also aims at the ethical analysis of psychiatric discourse. The main question of the study is if and to what extent professionals perceive ethical conflicts with regard to reproductive issues among their patients and how they cope with them within their action orientation. Also, the study aims at potential differences between the members of the four professional groups that will be included in the study (psychiatrists, nurses, psychologists, social workers) and at the specific motives that play a role in the implementation of discourse practices (which may also include tabooing). Finally, it will be assessed if there is a need for support in dealing with reproductive issues of mentally ill patients.

**Generischer Notfallplan und adaptives Prozessmodell zum Schutz der Kommunalverwaltung im Pandemiefall (GenoPlan):
Teilprojekt SuSiPan (Subjektive Sicherheit im Pandemiefall)**
 Generic Emergency Plan and Adaptive Process Model to Protect Local Government in the Event of a Pandemic

Projektpartner / Project Partners:

Franz Porzsolt (Projektleitung), Universität Ulm
 IBM Deutschland GmbH, Bonn
 IDS Scheer AG, Saarbrücken
 Robert-Koch-Institut, Berlin
 Universität Paderborn, Lehrstuhl Computeranwendung und Integration in Konstruktion und Planung (C.I.K.)
 Universitätsklinikum Ulm, Arbeitsgruppe Klinische Ökonomik
 Stadt Dortmund / Feuerwehr Dortmund, Stabsstelle für Bevölkerungsschutz

MitarbeiterInnen / Staff Psychiatrie II, Universität Ulm:

Reinhold Kilian
 Silvia Krumm
 Carolin Losert

Finanzierung / Finance:

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Fördersumme / Funding:

133.500 Euro

Laufzeit / Duration:

2009 – 2012



Zielsetzung:

Im Forschungsvorhaben wird die Kommunalverwaltung als kritische Infrastruktur betrachtet. Im Pandemiefall soll abgesichert werden, dass sie handlungsfähig bleibt, um Schutz- und Bekämpfungsmaßnahmen für die gesamte Bevölkerung ergreifen zu können. Hierzu wird im Projekt der sogenannte Generische Notfallplan erstellt, durch den die notwendigen Handlungsalternativen in der Katastrophenlage aufgezeigt werden.

Mögliche Handlungsalternativen und geeignete Maßnahmen werden am Beispiel des konkreten Szenarios der Stadt Dortmund, die mit ihren fast 600.000 Einwohnern von den unterschiedlichen Phasen einer Pandemie getroffen wird, aufgezeigt. Wie und mit welcher Intensität Funktions- und Aufgabenbereiche der Kommunalverwaltung im Fall einer Pandemie aufrechterhalten werden können und müssen, soll in diesem Projekt identifiziert und durch komplementäre Lösungen beantwortet werden.

Methode:

Im Rahmen des Teilprojektes sollen die Einflussfaktoren des subjektiven Sicherheitsgefühls von Verwaltungsmitarbeitern im Fall einer Influenza Pandemie untersucht werden. Dazu sollen zuerst im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche die für die Thematik potenziell relevanten wissenschaftlichen Veröffentlichungen gesichtet und im Hinblick auf ihre Übertragbarkeit auf die Frage der Einflussfaktoren des subjektiven Sicherheitsgefühls von Mitarbeitern der öffentlichen Verwaltung im Fall einer Influenza Pandemie geprüft werden.

Auf der Basis der Ergebnisse der Literaturanalyse wird ein Themenkatalog erstellt, der die Grundlage für die Durchführung von Fokusgruppen mit Mitarbeitern der öffentlichen Verwaltung der Stadt Dortmund bildet. Im Rahmen der Fokusgruppen soll untersucht werden, ob und in welchem Umfang die in der Literatur thematisierten Einflussfaktoren des subjektiven Sicherheitsgefühls auch für das Sicherheitsgefühl von Mitarbeitern der öffentlichen Verwaltung im Fall einer Influenza Pandemie von Bedeutung sind und welche zusätzlichen Aspekte potenziell bedeutsam sind.

Die Ergebnisse der Fokusgruppen werden dann zur Generierung von Items für einen standardisierten Fragebogen zur Relevanz der verschiedenen Einflussfaktoren für das subjektive Sicherheitsgefühl und die individuelle Motivation zur Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit der Verwaltung unter den Bedingungen einer Influenza Pandemie verwendet.

Aktueller Stand / Erwartete Ergebnisse:

Als Kriterium für die Wirksamkeit der Informationsstrategie werden auf der Grundlage der vorangegangenen Untersuchungen bestimmte Grenzwerte für das subjektive Sicherheitsgefühl festgelegt, deren Unterschreiten die Gefahr eines Funktionsausfalls auf Grund von Panikreaktionen (z.B. Verlassen des Arbeitsplatzes aus Angst vor Ansteckung oder Gefährdung der Familie) und deren Überschreiten die Gefahr eines Funktionsausfalles wegen mangelnder Sicherheitsvorkehrungen (z.B. durch die Vernachlässigung von Selbstschutzmaßnahmen) indizieren.

Summary:

The sub-project SuSiPan examines the factors influencing subjective safety among people working in the municipal administration during an influenza pandemic.

If subjective safety decreases below critical values, panic could evolve and people might leave their workplace, worrying about their own safety and the safety of their family. If subjective safety exceeds a certain level which is determined by the critical values necessary, safety precautions could be ignored. Both scenarios could lead to functional deficiencies in the administration.

Information about factors of subjective safety and about critical values are gathered through different approaches. First, focus groups based on the findings of a systematic literature review were conducted. Resulting from the focus group sessions' findings, a standardised questionnaire, focusing on the relevance of different factors and the individual motivation for keeping the administration going during a pandemic, will be developed, then sent to selected municipal administration employees in Dortmund and finally analysed.

Europäisches Netzwerk zur Förderung der Gesundheit von Bewohnern
 psychiatrischer Behandlungs- und Pflegeeinrichtungen (HELPS)
 European Network for Promoting the Health of Residents in Psychiatric
 and Social Care Institutions



Projektpartner / Project Partners:

16 Forschungseinrichtungen aus 14 Ländern

MitarbeiterInnen / Staff Psychiatrie II, Universität Ulm:

Reinhold Kilian (Projektleitung)

Thomas Becker (Projektleitung)

Carolin Losert

Prisca Weiser

Finanzierung / Finance:

Europäische Kommission,
 Framework Public Health Programme
 (FP7-HEALTH-2007-B, Contract No. 2006334)

Fördersumme / Funding:

832.239 Euro

Laufzeit / Duration:

2008 – 2011



Hintergrund:

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen weisen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Risiko gravierender körperlicher Erkrankungen auf. Als Ursachen hierfür werden zum einen Nebenwirkungen der Psychopharmaka und zum anderen Merkmale der Lebensweise und der Lebensbedingungen der Betroffenen vermutet. Bislang gibt es für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen kaum systematische Ansätze zur gesundheitlichen Prävention. Wegen der erheblichen regionalen Unterschiede der allgemeinen Lebensbedingungen und der gesundheitlichen Versorgung ist darüber hinaus bei Angehörigen dieser Zielgruppe in den Ländern der erweiterten Europäischen Union mit einer erheblichen Varianz somatischer Gesundheitsrisiken zu rechnen.

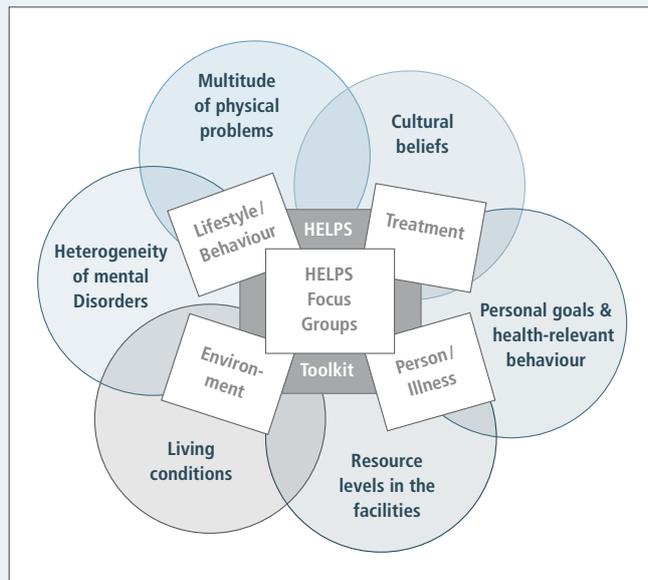
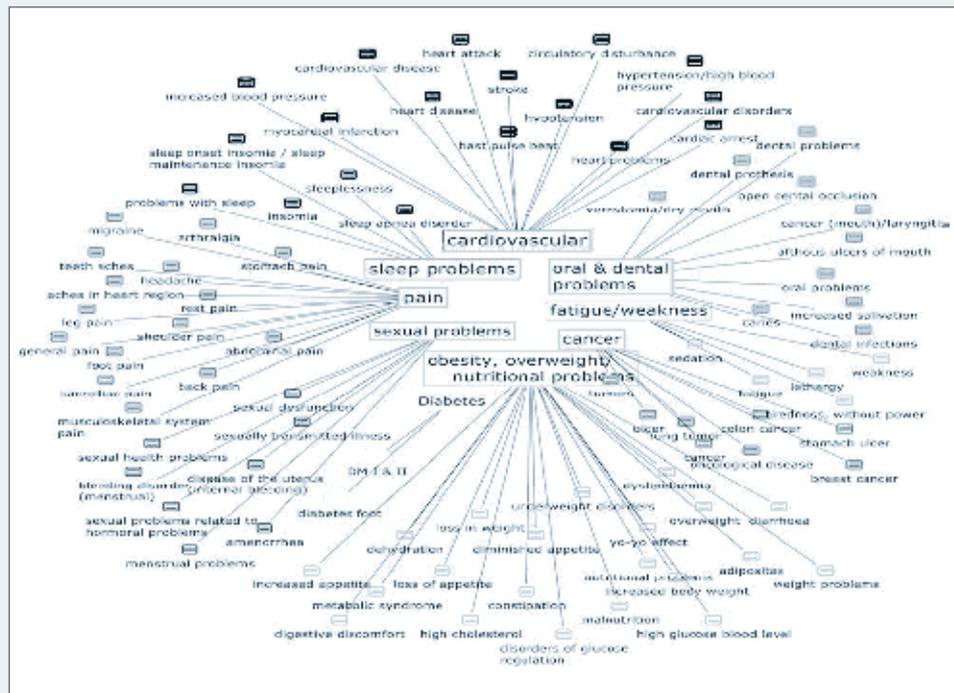


Zielsetzung:

Ziel des HELPS Projektes war der Aufbau eines europäischen Expertennetzwerks und eines Informationssystems zur Förderung der körperlichen Gesundheit von Bewohnern psychiatrischer Behandlungs- und Pflegeeinrichtungen. Dazu wurden über Fokusgruppen, Delphibefragungen und systematische Literaturrecherchen Informationen zu Ursachen und zur Verbreitung körperlicher Gesundheitsrisiken in psychiatrischen Behandlungs- und Pflegeeinrichtungen in Europa sowie zu Früherkennungs- und Präventionsansätzen gesammelt. Die so gewonnenen Daten wurden in ein elektronisches Informationssystem übertragen, dessen praktische Anwendbarkeit in psychiatrischen Behandlungs- und Pflegeeinrichtungen der beteiligten Länder erprobt wird.

Methode:

In Zusammenarbeit mit Wissenschaftlern, Stakeholdern, Gesundheitsexperten und Betroffenen strebt HELPS die Entwicklung eines Toolkits zur Förderung der körperlichen Gesundheit an, das in unterschiedlichen psychiatrischen Einrichtungen in Europa angewandt werden kann. Das HELPS Toolkit soll es Bewohnern und Mitarbeitern dieser Einrichtungen ermöglichen, die wichtigsten Gesundheitsrisiken in der jeweiligen Einrichtung zu identifizieren und die im spezifischen Setting am besten geeigneten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung auszuwählen. Die Initiatoren von HELPS erwarten, dass eine intensive und weit verbreitete Nutzung des Toolkits zu einer signifikanten Verbesserung des Gesundheitszustands und der Lebensqualität von Menschen mit psychischen Erkrankungen beitragen kann. Die Verbreitung des Toolkits soll Grundlage einer europäischen Datenbasis zu den Lebensbedingungen von Bewohnern psychiatrischer Einrichtungen werden. Insgesamt sollen die Ergebnisse des Projekts einen wesentlichen Beitrag zur Förderung und Erhaltung der Menschenrechte, der Würde und des Gesundheitszustands der betroffenen Menschen leisten.



Das HELPS-Toolkit besteht aus einer Reihe von Interventionen, bei denen Mitarbeiter psychiatrischer Einrichtungen Personen mit schweren psychischen Erkrankungen, die in psychiatrischen oder sozialen Einrichtungen leben, helfen, individuelle Strategien zu einem gesunden Lebensstil zu entwickeln. Weiter beinhaltet das Toolkit Screeningvorschläge zur Erfassung des körperlichen Zustands der Betroffenen sowie Fragebögen, um ungesunde Verhaltensmuster in den Bereichen Ernährung, körperliche Aktivitäten, Rauchen, Alkoholkonsum und Mundhygiene zu erfassen. Das HELPS-Toolkit kann in Einzel- und Gruppensettings angewendet werden. In den einzelnen Einheiten arbeiten die professionellen Mitarbeiter gemeinsam mit den Betroffenen und bieten Informationen und Vorschläge, die die Betroffenen für ihre körperliche Gesundheit und ihren in-

individuellen Lebensstil verwenden können. Dabei sollen die Betroffenen selbst persönliche Ziele entwickeln und festlegen, aber auch Unterstützung bei der praktischen Umsetzung der Strategien im Alltag erfahren (Prinzip des Empowerment).

Das HELPS-Toolkit beinhaltet Interventionsmaßnahmen (Handbücher und Arbeitsblätter), ein Screening-und-Monitoring-Blatt, Fragebögen zur Erfassung des aktuellen Gesundheitszustands und Verhaltensweisen der Patienten zu den Bereichen Ernährung, körperliche Aktivität, Rauchen, Alkoholkonsum sowie Zahngesundheit und Mundhygiene.

Die HELPS Interventionsmaßnahmen können sowohl in Einzel- als auch im Gruppensetting verwendet werden. Die Vorteile des individuellen Formates liegen darin, dass die Intervention genauer auf den Bedarf des Einzelnen ausgerichtet werden kann, dass mehr Zeit für individuelle Anliegen des Patienten zur Verfügung steht und mehr Zeit auf individuelle Sorgen und Fragen des Patienten verwendet werden kann. Der Hauptvorteil des Gruppenformates liegt darin, dass der Betroffene vermehrt Feedback, soziale Unterstützung, Ideen und Vorschläge von den anderen Teilnehmern erhalten kann. Gruppenformate können auch ökonomischer sein. Aber es bleibt auch die Möglichkeit, Gruppen- und Einzelsitzungen flexibel zu kombinieren.

Summary:

Physical illness is a major health issue in people with severe mental illness, and higher prevalence rates have been reported, e. g. for hepatitis, cardiovascular diseases, metabolic problems and dental ill health. Due to the high somatic co-morbidity the premature mortality of people with severe mental disorders is also increased in comparison to the general population. Iatrogenic factors, deprived living conditions and an unhealthy lifestyle have been identified as causes of increased morbidity and mortality. Since only few efforts have been made to develop effective prevention strategies, a multi-disciplinary network of experts from 14 European countries developed a "physical health promotion toolkit" for routine application in mental health care facilities across Europe. This toolkit intends to empower residents and staff to identify risk factors.

HELPS is a European Commission funded project under the Framework Programme Public Health.

Publikation / Publication:

Weiser P, Becker T, Losert C, Alptekin K, Berti L, Burti L, Burton A, Dernovsek M, Dragomirecka E, Freidl M, Friedrich F, Genova A, Germanavicius A, Halis U, Henderson J, Hjorth P, Lai T, Larsen JI, Lech K, Lucas R, Marginean R, McDaid D, Mladenova M, Munk-Jørgensen P, Paziuc A, Paziuc P, Priebe S, Prot-Klinger K, Wancata J, Kilian R. (2009) European network for promoting the physical health of residents in psychiatric and social care facilities (HELPS): background, aims and methods. BMC Public Health. Aug 28;9:315-327

**Systematische Untersuchung des „efficacy-effectiveness gap“
bei der Depressionsbehandlung mit Venlafaxin und Duloxetin**
Systematic Evaluation of the „Efficacy-Effectiveness Gap“
in the Treatment of Depression with Venlafaxin and Duloxetine

MitarbeiterInnen / Staff Psychiatrie II, Universität Ulm:

Markus Kösters (Projektleitung)

Ann-Christien Holtrup

Finanzierung / Finance:

Nachwuchsakademie des Netzwerkes Versorgungsforschung Baden-Württemberg
(MWK – Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst in Baden-Württemberg)
und Zentrum Medizin und Gesellschaft sowie Medizinische Fakultät der Universität Ulm

Fördersumme / Funding:

50.000 Euro

Laufzeit / Duration:

2011 – 2013 (18 Monate)

Hintergrund:

Es ist vielfach beschrieben, dass es bei der Übertragung von Ergebnissen aus randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) auf Alltagsbedingungen zu einem Effektivitätsverlust kommt, dem sogenannten „efficacy-effectiveness gap“. „Efficacy“ bezeichnet die Wirksamkeit einer Maßnahme unter experimentellen Bedingungen, wohingegen „effectiveness“ die Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen beschreibt. Zur Erklärung des Effektivitätsverlustes wird häufig vor allem auf die fehlende Realitätsnähe von RCTs, z.B. durch Patientenselektion, verwiesen. Allerdings ist nicht jede randomisierte klinische Studie per se artifiziell. Studien, die sich bewusst näher an der Versorgungspraxis orientieren, werden häufig als „pragmatic trials“ oder „practical clinical trials“ bezeichnet. Dennoch ist festzustellen, dass der überwiegende Teil der RCTs eher den efficacy-Studien zuzuordnen ist. Eine kürzlich veröffentlichte systematische Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von Venlafaxin und Duloxetin in der akuten Depressionsbehandlung fordert z.B. die Durchführung pragmatischer Trials, da die Beurteilung der Medikationen unter Alltagsbedingungen vor allem aufgrund der hochselektiven Patientenpopulationen in den eingeschlossenen RCTs erschwert ist.

Zielsetzung:

Das Vorhaben verfolgt zwei Ziele: Erstens soll eine systematische Erfassung und Metaanalyse aller Studien vorgenommen werden, die die Wirksamkeit von Venlafaxin und Duloxetin bei der Depressionsbehandlung in nichtrandomisierten oder nichtkontrollierten Studien untersuchen. Zweitens soll darüber hinaus unter Einbezug von Effektivitätsdaten aus RCTs der Unterschied der Effektstärken zwischen verschiedenen Studientypen quantifiziert werden. Es ist geplant, den Einfluss von Faktoren, die die Alltagsnähe bestimmen, auf diese Effektstärken zu untersuchen, um so mögliche Einflussfaktoren (Dosierung, Compliance, Schweregrad etc.) auf den Effektivitätsverlust unter Alltagsbedingungen zu ermitteln.

Methode:

Mit Hilfe einer umfangreichen systematischen Literaturrecherche werden alle nichtrandomisierten Studien identifiziert, die die Wirksamkeit von Venlafaxin und Duloxetin bei der Depressionsbehandlung unter Alltagsbedingungen untersuchen. Als Ergebnisparameter werden die Ansprechraten und die Prä-Post-Effektstärken zur Bestimmung des Therapieeffektes sowie die Gesamtabbruchraten und Abbruchraten aufgrund unerwünschter Ereignisse herangezogen. Diese werden in

Metaanalysen in einem Modell zufälliger Effekte aggregiert. Besondere Bedeutung kommt dabei der Betrachtung der Studienheterogenität zu, die mittels I^2 -Parameter bestimmt wird. In Abhängigkeit von der Studienheterogenität werden Subgruppenanalysen und Meta-regressionen durchgeführt, um Einflüsse von Studienqualität, Stichprobenmerkmalen etc. auf die Effektstärken zu untersuchen. Aus Vorarbeiten steht ein umfassender Datensatz zur Verfügung, der efficacy Daten aus über 70 Studien enthält, in denen insgesamt mehr als 17.000 Patienten mit Venlafaxin oder Duloxetin behandelt wurden. Aus diesen Studien können ebenfalls die genannten Ergebnisparameter bestimmt werden, so dass ein direkter Vergleich der Effekte aus efficacy- und effectiveness-Studien möglich ist. Mittels verschiedener statistischer Methoden (z.B. Regressionsanalysen, Clusteranalysen) soll in explorativen Analysen anschließend geprüft werden, ob Faktoren bestimmbar sind, die einen Einfluss auf die Effektunterschiede haben.

Aktueller Stand:

Das Projekt begann planmäßig im September 2011. Erste Ergebnisse werden Ende 2012 erwartet.

Summary:

There is broad consensus that there is a gap between the "efficacy" of a drug, proven in a randomised controlled trial, and the "effectiveness" of this drug in everyday clinical practice. This consensus is based on anecdotal evidence and observations and has not been evaluated systematically.

This study will systematically review non-randomised and uncontrolled trials examining the effectiveness of venlafaxine and duloxetine in the treatment of depression. This data will be analysed in comparison with the efficacy data from a previous review, aiming to identify factors influencing the effect size.

Deutsch-Chinesische Kooperation: Metaanalysen bei neueren Antidepressiva
German-Chinese Research Initiation: Comparison of Chinese and Western
Meta-Analyses**Projektpartner / Project Partners:**

Weidong Jin und Yongchun Ma, Tongde Hospital of Zhejiang, China

MitarbeiterInnen / Staff Psychiatrie II, Universität Ulm:

Thomas Becker (Projektleitung)

Markus Kösters (Projektleitung)

Ying Zhang

Finanzierung / Finance:

Robert Bosch Stiftung

Fördersumme / Funding:

8.000 Euro

Laufzeit / Duration:

2009 – 2010

Hintergrund:

Bei der Methodenentwicklung wurde dem Verzerrungspotential von Überblicksarbeiten besondere Aufmerksamkeit gewidmet. In verschiedenen Studien konnte beispielsweise gezeigt werden, dass es in Fachzeitschriften eine Tendenz gibt, vorrangig signifikante (und im Sinne der Untersuchungshypothese positive) Ergebnisse zu publizieren und daher die Ergebnisse von Metaanalysen verzerrt sein können. Weniger gut untersucht ist, ob auch die Publikationssprache zu Verzerrungen beitragen kann. Es ist aufgrund des größeren Renommées englischsprachiger Zeitschriften denkbar, dass diese häufiger signifikante Ergebnisse berichten („language bias“). Dies wird auch von Leitlinien und Experten anerkannt, es ist aber nicht eindeutig belegt, ob dies auch zu einer Verzerrung von Übersichtsarbeiten führt. Eindeutig ist jedoch, dass klinische Studien aus bestimmten Sprach- bzw. Kulturkreisen bislang weitgehend unberücksichtigt sind. Vor diesem Hintergrund haben wir Kontakt zu einer chinesischen Forschergruppe (Prof. Dr. Weidong Jin, Tongde Hospital of Zhejiang Province) aufgenommen, die wie unsere Arbeitsgruppe Metaanalysen zur Wirksamkeit und Verträglichkeit von Venlafaxin durchgeführt und publiziert hat.

Zielsetzung:

Im Rahmen eines von der Robert-Bosch-Stiftung geförderten Anbahnungsvorhabens sollte eine Kooperation zwischen den Arbeitsgruppen etabliert werden, die das Ziel hat, eine Strategie zur Integration der Evidenz chinesischer und westlicher Studien zu entwickeln.

Methode:

Aus der chinesischen Arbeitsgruppe waren im Mai 2009 Prof. Dr. Weidong Jin und Dr. Yongchun Ma zu Besuch in Ulm/Günzburg. Der Gegenbesuch in Hangzhou fand im Januar 2010 statt.

Ergebnisse:

Es ist gelungen, eine andauernde Kooperation zwischen den Arbeitsgruppen zu etablieren, aus der bisher eine Publikation hervorgegangen ist.

Summary:

It is commonly accepted that publication bias can affect the results of metaanalyses. The neglect of studies published in non-English journals could also lead to a publication bias in metaanalyses, but results from studies are inconclusive. Due to the costs and efforts of translation and literature retrieval, not much has been done to minimise this bias. With our partners from the Tongde Hospital of Zhejiang Province we develop strategies to avoid this potential bias and to combine study results from Chinese and Western studies.

A first visit of Prof. Dr. Weidong Jin and Dr. Yongchun Ma from the Zhejiang province Mental Health Institute took place in May 2009. The return visit of the German group in Hangzhou took place in January 2010.

The now established cooperation has led to one scientific publication so far.

Publikation / Publication:

Kösters M, Zhang Y, Ma Y C, Weinmann S, Becker T, Jin WD (2011): What can we learn from Chinese randomised controlled trials? A systematic review and meta-analysis of Chinese venlafaxine studies. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 31(2), 194-200 (IF 4.857)

S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“

Development of Guidelines for Psychosocial Therapies in the Treatment of People with Severe Mental Illness in Germany

Projektpartner / Project Partners:

Steffi Riedel-Heller (Projektleitung), Uta Gühne,
Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health, Universität Leipzig
Stefan Weinmann, Berlin

MitarbeiterInnen / Staff Psychiatrie II, Universität Ulm:

Thomas Becker (Projektleitung)
Katrín Arnold
Esra-Sultan Ay

Finanzierung / Finance:

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)

Fördersumme / Funding:

74.600 Euro (Günzburg / Ulm)

Laufzeit / Duration:

03 / 2009 – 04 / 2011

Hintergrund:

Im Rahmen der Erstellung der „S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ wurde systematisch nach Evidenz für eine Reihe psychosozialer Interventionen gesucht, um auf dieser Basis und unter Einbeziehung eines nominalen Konsensusprozesses Empfehlungen für die Behandlung schwer psychisch kranker Menschen abzuleiten.

Zielsetzung:

Die „S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien“ soll von einem bestimmten Personenkreis als Entscheidungsgrundlage bzw. Handlungshilfe angewendet werden: Erwachsene mit schweren psychischen Erkrankungen (severe mental illness) und deren Angehörige, professionell psychiatrisch Tätige sowie andere Personen und Entscheidungsträger im Gesundheits- und Sozialsystem.

Methode:

Die Leitlinie der DGPPN reiht sich in das Leitlinienprogramm der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.) ein und erfüllt die methodischen Anforderungen von S3-Leitlinien.

Es erfolgte zunächst die Definition klinisch relevanter Fragestellungen, die in der Leitlinie erarbeitet werden sollten. Auf der Basis vorher festgelegter Kriterien erfolgte eine systematische und transparent dokumentierte Literaturrecherche mit dem Ziel, auf Basis der gefundenen Evidenz der Literatur Statements und Empfehlungen für die Behandlung schwer psychisch kranker Menschen abzuleiten. Im Rahmen eines strukturierten Gruppenprozesses, an dem Vertreter von 40 Organisationen aus dem Feld psychosozialer Therapien beteiligt waren („Konsensusgruppe“), erfolgte die Diskussion und Konsentierung der erarbeiteten Empfehlungen.

(Für das detaillierte methodische Vorgehen vgl. die AWMF-Methodik zur Erstellung von S3-Leitlinien unter <http://www.awmf.org/leitlinien.html>).

Aktueller Stand:

Nach der Einarbeitung der Änderungsvorschläge seitens der beteiligten Organisationen erfolgte die endgültige Abstimmung. Die Veröffentlichung der Leitlinie ist bis ca. Ende 2012 zu erwarten.

Summary:

In Germany, psychosocial therapies tend to be covered only cursorily by existing evidence based treatment guidelines. Given that psychosocial interventions constitute a large and essential part of modern multimodal therapy of psychiatric disorders, a comprehensive systematic search for the body of evidence in this field is necessary. A research team aimed at filling this gap by developing an evidence based guideline for psychosocial therapies for people with severe mental illness.

The developed guideline ought to provide support for evidence based decision making in mental health care.

The guideline has been developed in accordance with the methodological requirements set by the Association of the Scientific Medical Societies in Germany (AWMF). For each of the selected psychosocial interventions a systematic literature search was undertaken in order to collect the existing evidence for its effectiveness. Recommendations were derived from the evidence and were consented upon in a nominal group process before being published.

Systematischer Review von Metaanalysen zur Wirksamkeit von SSRI und SNRI (Meta-Metaanalyse)

Systematic Review of Meta-Analyses on the Efficacy of SSRI and SNRI in the Treatment of Major Depression

Projektpartner / Project Partners:

Corrado Barbui und Andrea Cipriani, University of Verona

MitarbeiterInnen / Staff Psychiatrie II, Universität Ulm:

Markus Kösters (Projektleitung)

Thomas Becker (Projektleitung)

Ying Zhang

Finanzierung / Finance:

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Fördersumme / Funding:

ca. 135.000 Euro

Laufzeit / Duration:

04 / 2008 – 04 / 2010

Hintergrund:

Behandlungsleitlinien und -empfehlungen beruhen zum großen Teil auf den Ergebnissen von systematischen Überblicksarbeiten. In der Regel wird dabei einer Metaanalyse eine hohe Evidenzgüte attestiert, obwohl eine Reihe von Studien in verschiedenen medizinischen Fachrichtungen zeigt, dass die Qualität der Metaanalysen insgesamt als eher moderat zu bezeichnen ist. Vor allem, wenn die Ergebnisse einer systematischen Übersicht quantitativ in einer Metaanalyse zusammengefasst werden, können diese Ergebnisse von einer Vielzahl von Einflussfaktoren abhängen, wie z.B. von den gewählten Ein- und Ausschlusskriterien oder den gewählten Effektgrößen. In der Literatur haben einige der Einflussfaktoren, wie zum Beispiel eine Verzerrung von Ergebnissen durch einen Publikationsbias eine große Aufmerksamkeit erfahren, während andere Einflussfaktoren, z.B. die Wahl der Effektstärken gänzlich unberücksichtigt blieben.

Mittlerweile existieren Richtlinien für die Erstellung und Darstellung von systematischen Reviews bzw. Metaanalysen, für die Evaluation von systematischen Überblicksarbeiten aus dem Bereich der Antidepressiva wurde sogar eigens eine Konsensusleitlinie publiziert. Diese Empfehlungen gehen jedoch nicht auf eine systematische Erfassung von systematischen Reviews zurück, bis heute existiert keine Arbeit, die eine systematische Erfassung der Qualität sowie der verwendeten Methoden vorgenommen hat. Das Projekt will diese Lücke durch eine systematische Erfassung von Metaanalysen (also eine „Meta-Metaanalyse“) schließen und die oben genannten Fragestellungen beleuchten. Mittlerweile existieren Richtlinien für die Erstellung und Darstellung von systematischen Reviews bzw. Metaanalysen. Diese Empfehlungen gehen jedoch nicht auf eine systematische Erfassung von systematischen Reviews zurück, bis heute existiert keine Arbeit, die eine systematische Erfassung der Qualität sowie der verwendeten Methoden vorgenommen hat.

Zielsetzung:

Ziel des Projekts war die Durchführung eines systematischen Reviews von Metaanalysen zur Wirksamkeit von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) in der Depressionsbehandlung. Das Projekt beantwortet (1.) die Frage, welche Qualität vorhandene systematische Reviews zur Depressionsbehandlung mit SSRI haben und (2.) welche methodischen Aspekte einen Einfluss auf die Ergebnisse von systematischen Reviews haben.

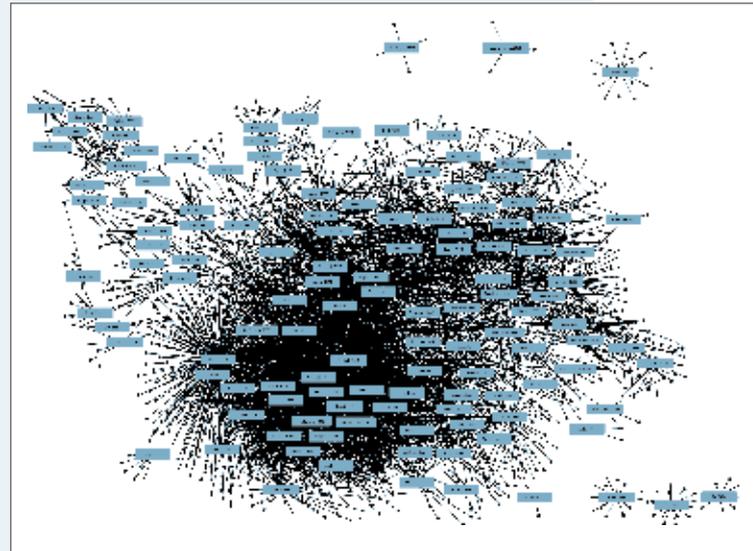
Methode:

Nach einer systematischen Literaturrecherche wurden die identifizierten systematischen Reviews von zwei unabhängigen Ratern hinsichtlich der Ein- und Ausschlusskriterien geprüft. Die eingeschlossenen Studien wurden dann hinsichtlich der Studienqualität beurteilt und relevante Daten aus den Metaanalysen extrahiert. Verschiedene Einflussfaktoren auf die Effekte einer Metaanalyse wurden mittels Regressionsanalysen oder durch die Testung von Mittelwertunterschieden geprüft.

Ergebnisse:

Erste Ergebnisse der Studie wurden auf dem 19. Cochrane Colloquium, Madrid 2011 vorgestellt. Insgesamt wurden 134 Metaanalysen eingeschlossen, die je nach verwendetem Kriterium eine moderate bis gute Qualität hatten. Weitere Analysen haben gezeigt, dass es in den letzten Jahren einen deutlichen Anstieg der Qualität der Metaanalysen gegeben hat. Die Ergebnisse der Analysen zeigten jedoch auch, dass die derzeit zur Verfügung stehenden Instrumente zur Beurteilung der Qualität von Metaanalysen verbesserungswürdig sind.

Die durchgeführten Analysen zur Identifikation von Einflussfaktoren wiesen lediglich für die Beteiligung der pharmazeutischen Industrie an der Publikation auf einen signifikanten Einfluss auf die Effektstärken hin, für alle anderen geprüften Faktoren konnte kein Einfluss gezeigt werden.



Summary:

The main objective of this study was to examine the quality of meta-analyses of serotonin reuptake inhibitor treatment of depression and to shed light on the influence of methodological aspects on the results of these meta-analyses.

Results of a comprehensive literature search were screened for inclusion or exclusion by two independent investigators. Relevant data was extracted from the included studies, and quality assessment of systematic reviews was performed. Influence of a variety of factors on the results of reviews was analysed by regression analyses and t-tests.

The analyses included 134 studies. Depending on the rating scale, the average quality of included studies was moderate or good, with a significant increase of study quality over the past 20 years. Blinding of reviews regarding authors and results had no impact on quality ratings. The results pointed out that there is room for improvement of current quality measurements for systematic reviews.

Only involvement of drug companies in the publication of meta-analyses showed an impact on the effects of the review. All other factors tested failed to reveal statistically significant relationships with the results of reviews.

Individualisiertes Behandlungsmanagement bei chronisch rezidivierender Depression: Wirksamkeit einer Internet-gestützten Interventionsstrategie
Internet-Delivered Intervention Strategy for Recurrent Depression:
Towards Individualised Disease Management (SUMMIT)

Projektpartner / Project Partners:

Hans Kordy, Universitätsklinikum Heidelberg (Koordinierendes Zentrum)
Matthias Backenstraß, Universitätsklinikum Heidelberg
Helmut Vedder, Psychiatrisches Zentrum Nordbaden, Wiesloch
Martin Bürgy, Bürgerhospital Klinikum Stuttgart
Ulrich Hegerl, Universitätsklinikum Leipzig
Harald Freyberger, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Johannes Hüsing, KKS, Universitätsklinik Heidelberg

MitarbeiterInnen / Staff Psychiatrie II, Universität Ulm:

Thomas Becker
Bernd Puschner
Paulo Kling-Lourenço
Liliya Sommer

Finanzierung / Finance:

Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG)

Fördersumme / Funding:

38.365 Euro (Günzburg / Ulm)

Laufzeit / Duration:

2010 – 2013

Hintergrund:

Depressionen sind ernste psychische Erkrankungen. Sie können die Lebensqualität der Betroffenen und deren soziales Umfeld dauerhaft und erheblich belasten. Depressionen können sehr gut mit modernen psychotherapeutischen Verfahren und/oder Medikamenten behandelt werden. In Studien hat sich jedoch gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit für ein Wiederauftreten depressiver Episoden mit der Anzahl vorausgegangener Episoden ansteigt. Rückfälle sind demnach auch nach einer erfolgreichen Therapie nicht auszuschließen, insbesondere, wenn eine Person bereits mehrere depressive Episoden erlebt hat. Die Forschung wendet sich daher zunehmend der Frage zu, wie Rückfälle vermieden oder zumindest in ihren Auswirkungen begrenzt werden können und somit die Lebensqualität depressiv erkrankter Menschen nachhaltig verbessert werden kann. Es hat sich gezeigt, dass insbesondere die Förderung der eigenen Kompetenz im Umgang mit der Depression hilfreich ist, um weiteren Erkrankungsphasen vorzubeugen oder diese im Verlauf abzumildern. Solche so genannten Selbstmanagementverfahren kommen daher gezielt in der modernen Psychotherapie depressiver Erkrankungen zum Einsatz und werden vermehrt zur Rückfallvorsorge eingesetzt.

Zielsetzung:

Ziel dieses Projekts ist es, Menschen, die wiederholt Phasen einer depressiven Erkrankung durchlaufen haben, eine kontinuierliche Begleitung und Unterstützung über das Medium Internet anzubieten. Hierfür haben wir ein Internet-Programm entwickelt, das „Supportive Monitoring und Krankheitsmanagement über das Internet“, kurz SUMMIT, heißt. In der Studie soll die Wirksamkeit dieses über 12 Monate andauernden internet-gestützten, individuellen Krankheitsmanagements überprüft werden. Zu diesem Zweck werden Patienten, die bereits mehrere depressive Episoden hatten und aufgrund einer weiteren, aktuellen depressiven Episode eine stationäre Behandlung

in einem der sechs beteiligten Studienzentren in Anspruch nehmen, zur Teilnahme an der Studie eingeladen.

Methode:

SUMMIT ist eine multizentrische, randomisierte Studie. Nach dem Klinikaufenthalt nehmen Patienten an einer 12 Monate andauernden Internet-gestützten Intervention teil. Die Intervention besteht aus einem individualisierten Krankheitsmonitoring, einem Online-Forum, einem individualisierten Krisenplan und aus einer im Internet-Chat basierten Unterstützung. Die Patienten werden gebeten, jede zweite Woche einen standardisierten Fragebogen im Internet auszufüllen, um die Symptomschwere und den Krankheitsstatus zu ermitteln. Die Fragebögen werden sofort ausgewertet und die Studienteilnehmer bekommen umgehend eine Rückmeldung. Im Krisenfall werden die oben genannten Maßnahmen eingeleitet.

Aktueller Stand:

Die Rekrutierung läuft bis zum Ende März 2012.

Summary:

Major depression (MD) is a highly prevalent, disabling disorder that is associated with loss of quality of life in affected individuals and their families, as well as with large economic burdens to the society. Most MD disorders follow a recurrent course, and the risk of relapses is high especially in individuals who have experienced three or more previous episodes. Thus, cost-effective and accepted disease management programs are urgently needed in order to increase sustainability of standard treatments and improve well-being and quality of life in people with recurrent depression.

A multi-center open-label randomised controlled trial was conducted to investigate the efficacy of an individualised intervention based on internet technology (IT) for patients with recurrent MD (vs. treatment as usual). In the experimental condition, individuals participate in an IT-based intervention for 12 months after their index inpatient treatment. The intervention consists of supportive monitoring, an online forum for peer support, and crises management either with or without personal clinical support. Based on bi-weekly assessments of symptom severity, participants are asked to report symptom severity on a standardised instrument and receive supportive feedback tailored to their symptom course. If the monitoring signals the beginning of a crisis, individualised crises management is initiated.

Six clinical centers are participating in this trial. The sample consists of N = 234 adults receiving treatment at one of six participating centers who have experienced at least three previous episodes of a MD and who have internet access. Primary outcome is the number of "well weeks" over 24 months after index treatment assessed through the "Longitudinal Interval Follow Up Evaluation". Secondary outcomes are the number of relapses, course of depression symptoms, service utilisation, and quality of life. Negative mood regulation expectancies and attributional style will be examined as potential moderators.

Low monetary and non-monetary expenditures of such automated, yet individualised interventions may open new perspectives for providing helpful, acceptable and affordable disease management for individuals who suffer from a chronic condition such as recurrent MD.

Dokumentation und Vergleich der psychiatrischen Unterbringungspraxis in ländlichen Regionen Bayerns, Baden-Württembergs und Mecklenburg-Vorpommerns

Documentation and Comparison of the Involuntary Psychiatric Admission-praxis in Rural Areas of Bavaria, Baden-Württemberg and Mecklenburg-Western Pomerania

Projektpartner / Project Partners:

 Paul-Otto Schmidt-Michel; Tilman Steinert, Universität Ulm, ZfP Die Weissenau
 Gerhard Längle, Universität Tübingen, ZfP Münsterklinik Zwiefalten
 Peter Brieger, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Bezirkskrankenhaus Kempten
 Sabine Herpertz, Universität Rostock, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

MitarbeiterInnen / Staff Psychiatrie II, Universität Ulm:

 Reinhold Kilian (Projektleitung)
 Thomas Becker (Projektleitung)
 Karel Frasch

Paulo Kling Lourenço

Finanzierung / Finance:

 Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)
 über Forschungsnetz Psychische Gesundheit

Fördersumme / Funding:

56.000 Euro

Laufzeit / Duration:

2008 – 2010

Hintergrund:

Obwohl unterschiedliche Datengrundlagen einen systematischen Vergleich schwierig machen, deuten vorliegende Untersuchungen darauf hin, dass Deutschland im europäischen Vergleich die dritthöchste Rate psychiatrischer Zwangseinweisungen aufweist. Trendanalysen zeigen darüber hinaus, dass die Zahl der Zwangseinweisungen in Deutschland seit 1990 deutlich angestiegen ist. Weder für die internationalen Unterschiede noch für die Veränderungen der Zwangseinweisungsraten gibt es gegenwärtig befriedigende Erklärungen.

Als mögliche Erklärung werden vor allem unterschiedliche Rechtsgrundlagen angenommen. Allerdings können die dazu vorliegenden Untersuchungen die vorgefundene Varianz bislang nur unzureichend erklären. Hinsichtlich des in einigen Ländern zu verzeichnenden Anstiegs psychiatrischer Zwangseinweisungsraten wird von einigen Autoren vermutet, dass dieser seine Hauptursache in dem gleichzeitigen Anstieg der allgemeinen psychiatrischen Krankenhauseinweisungen hat, während andere Autoren bereits von einer Tendenz zur Reinstitutionalisierung sprechen.

Eine nähere Betrachtung der Raten psychiatrischer Zwangseinweisungen in Deutschland zeigt, dass bereits auf der Ebene der Bundesländer erhebliche Unterschiede sowohl in den absoluten Raten als auch in den Veränderungen bestehen. Als mögliche Ursachen dieser Unterschiede kommen einerseits länderspezifische Besonderheiten der rechtlichen Grundlagen bzw. der Rechtsanwendung, andererseits aber auch Unterschiede der psychiatrischen Infrastruktur sowie der Behandlungskultur in Frage.

Angesichts der vorliegenden Daten besteht Grund zu der Vermutung, dass zwischen den Bundesländern grundlegende Unterschiede in der Unterbringungspraxis bestehen, die nicht durch Unterschiede der rechtlichen Rahmenbedingungen oder der Prävalenz schwerer psychischer Störungen erklärbar sind. Angesichts der Tatsache, dass eine unfreiwillige psychiatrische Einweisung

nur als Ultima Ratio zur Abwendung von Fremd- oder Selbstgefährdung legitim ist, erscheint eine systematische Analyse der Gründe für die Unterschiede zwischen Bundesländern dringend erforderlich.

Zielsetzung:

Eine systematische vergleichende Dokumentation der Unterbringungspraxis in den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern und Mecklenburg-Vorpommern am Beispiel einzelner Versorgungssektoren. Die Ergebnisse des Projektes sollen dazu beitragen:

- Die Transparenz psychiatrischer Unterbringungsverfahren zu erhöhen;
- regionale Unterschiede der Häufigkeit unfreiwilliger psychiatrischer Einweisungen zu verstehen;
- eine Grundlage für die kritische Reflektion der Unterbringungspraxis und für eine Reduzierung von Zwangseinweisungen auf das unbedingt notwendige Maß zu schaffen;
- ein Instrument zur Erfassung der Merkmale von Zwangseinweisungen zu entwickeln;
- ein Ratinginstrument zur Einschätzung des Selbst-/Fremdgefährdungsgrades von Betroffenen zu erstellen;
- alle Zwangseinweisungen in den beteiligten Kliniken über einen Zeitraum von 3 Monaten zu erfassen;
- qualitative und quantitative Auswertungen zu bekommen.

Methode:

Über einen Zeitraum von drei Monaten wurden alle Unterbringungsfälle in jeweils zwei Einrichtungen der psychiatrischen Regelversorgung Bayerns, Baden-Württembergs und Mecklenburg-Vorpommerns mit einem standardisierten Verfahren systematisch dokumentiert. Um die Homogenität der Datenerhebung zu gewährleisten, wurde diese in allen Einrichtungen von derselben Person im Rahmen eines Rotationsverfahrens durchgeführt. Datengrundlage der Dokumentation waren die Aufnahme-Dokumentationen der Kliniken, die gerichtsärztlichen Gutachten, sowie die Polizeiberichte, Grundlage der Erfassung der Unterbringungskosten bildeten die Kosten des Klinikaufenthaltes, die Kosten des Polizeieinsatzes sowie die Kosten des Begutachtungs- und Gerichtsverfahrens.

Ergebnisse:

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung bestätigen, dass sich die Unterbringungszahlen in den an der Untersuchung beteiligten Regionen deutlich unterscheiden. So wurden während des Untersuchungszeitraums in den untersuchten Regionen Bayerns und Mecklenburg-Vorpommerns pro Kopf der Bevölkerung mehr als drei mal so viele Menschen unfreiwillig in psychiatrische Kliniken eingewiesen wie in Baden-Württemberg. Während der Anteil der Zwangseinweisungen an der Gesamtzahl der Einweisungen in Baden-Württemberg bei unter 4% lag, erfolgten in Bayern 16% und in Mecklenburg-Vorpommern 10% aller Einweisungen während des Untersuchungszeitraums als Zwangseinweisungen. Auch die Unterbringungsquote pro Psychiatriebett lag in Baden-Württemberg im Untersuchungszeitraum bei 0,4, während sie in Bayern bei 1,6 und in Mecklenburg-Vorpommern bei 1,4 lag.

Zusammenfassend besteht Grund zu der Annahme, dass ein fachkundiger Umgang mit Menschen in psychischen Krisensituationen die Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen reduziert. Die schnelle und flächendeckende Verfügbarkeit psychiatrischer Not- und Krisendienste könnte also einen wichtigen Einflussfaktor regionaler Unterschiede bei der Unterbringungshäufigkeit bilden.

Summary:

Against a background of relatively high rates of involuntary hospital treatment in Germany this project analyses episodes of involuntary hospitalisation in psychiatric inpatient services in three German federal states (Bavaria, Baden-Wuerttemberg and Mecklenburg-Western Pomerania).

Nachweis des Virus der Borna'schen Erkrankung (BDV) beim Menschen
 Identification of Borna Disease Virus

Projektpartner / Project Partners:

Sibylle Herzog und Mitarbeiter, Institut für Virologie der Universität Gießen
 Marion Schneider, Klinik für Anästhesiologie, Universitätsklinikum Ulm
 Hayrettin Tumani und Mitarbeiter, Neurologische Abteilung des RKU Ulm

MitarbeiterInnen / Staff Psychiatrie II, Universität Ulm:

Karl Bechter (Projektleitung)
 Horst-Günter Maxeiner

Finanzierung / Finance:

Margarete Ammon Stiftung

Fördersumme / Funding:

80.000 Euro

Laufzeit / Duration:

bis 2012

Hintergrund: Verursachung von psychischen Erkrankungen durch BDV

Zielsetzung: Verbesserte Diagnostik psychischer Erkrankungen, Virus- und Erregernachweis

Methode: Laboruntersuchungen von Liquor und Blut

Summary:

The Psychoimmunology Working group aims at improving cerebrospinal fluid (CSF) diagnostics in severe psychiatric disorders. One focus was to diagnose mild encephalitis (ME) induced by various infectious agents including bacteria, viruses, and protozoa. A longstanding focus project is the search for Borna Disease Virus and its role for human disease presumably psychiatric and neurological syndromes. Recent CSF investigations demonstrated low grade CSF pathologies compatible with the ME hypothesis in about 40% of therapy-resistant affective and schizophrenic disorders. In addition, in part of the cases CSF lymphocyte activation was found. CSF was beyond hypothesised to interact in peripheral tissues reached via the PCOP (= peripheral CSF outflow pathway), possibly explaining a number of difficult to explain findings in classical inflammatory and low level inflammatory CSF disorders in general. A first step in this direction was the demonstration of CSF cell trafficking along peripheral nerves for the first time in an oncological case.

Publikationen / Publications

Bechter K., Reiber H., Herzog S., Fuchs D., Tumani H. and Maxeiner H. G., 2010. Cerebrospinal fluid analysis in affective and schizophrenic spectrum disorders: identification of subgroups with immune responses and blood-CSF barrier dysfunction. *Journal of Psychiatric Research* 44, 321-30

Maxeiner H. G., Rojewski M. T., Schmitt A., Tumani H., Bechter K. and Schmitt M., 2009. Flow cytometric analysis of T cell subsets in paired samples of cerebrospinal fluid and peripheral blood from patients with neurological and psychiatric disorders. *Brain, Behaviour and Immunity* 23, 134-42

Bechter K., 2011. The peripheral cerebrospinal fluid outflow pathway - physiology and pathophysiology of CSF recirculation: a review and hypothesis. *Neurology, Psychiatry and Brain Research* 17(3), 51-66

Schmitt M., Neubauer A., Greiner J., Xu X., Barth T. F. and Bechter K., 2011. Spreading of Acute Myeloid Leukemia Cells by Trafficking along the Peripheral Outflow Pathway of Cerebrospinal Fluid. *Anticancer Research* 31(6), 2343-2345

Besserung von Persönlichkeitsstörungen durch Neurochirurgie von Arachnoidalzysten; retrospektive Diagnose geringfügiger organischer Persönlichkeitsstörungen

Personality Disorders Improved after Arachnoid Cyst Neurosurgery, then Rediagnosed as 'Minor' Organic Personality Disorders

MitarbeiterInnen / Staff Psychiatrie II, Universität Ulm:

Karl Bechter (Projektleitung)

Gregor Antoniadis

Klaus Seitz

Rainer Wittek

Finanzierung / Finance:

Eigenmittel

Laufzeit / Duration:

beendet

Hintergrund:

Arachnoidalzysten als Ursache psychiatrischer Erkrankungen

Zielsetzung:

Frage Op-Indikation bei Arachnoidzysten und psychiatrischen Erkrankungen

Methode:

Prä-post-Vergleich

Summary:

In preliminary case studies the hypothesis was forwarded that in some cases arachnoid cysts may cause personality disorders and can be improved by arachnoid cyst neurosurgery.

Publikation / Publication:

Bechter, K., Wittek, R., Seitz, K. and Antoniadis, G., 2010. Personality disorders improved after arachnoid cyst neurosurgery, then rediagnosed as 'minor' organic personality disorders. Psychiatry Research 184, 196-200

SWITCH-Studie zur Untersuchung der Effektivität der Umstellung gegenüber der Fortsetzung der antipsychotischen Behandlung bei Patienten mit einer Schizophrenie, die nach zwei Wochen nicht ausreichend auf die Behandlung angesprochen haben

The SWITCH Study – Efficacy of Early Antipsychotic Switch versus Maintenance in Patients with Schizophrenia Poorly Responding to two Weeks of Antipsychotic Treatment

Projektpartner / Project Partners:

Stefan Leucht (Projektleitung), TU München

MitarbeiterInnen / Staff Psychiatrie II, Universität Ulm:

Thomas Becker

Markus Jäger

Fabian Lang

Finanzierung / Finance:

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Fördersumme / Funding:

30.000 Euro

Laufzeit / Duration:

2010 – 2012

Hintergrund:

Aktuelle Behandlungsleitlinien zur Therapie der Schizophrenie empfehlen das Fortführen der antipsychotischen Therapie für mindestens 4-8 Wochen vor der Umstellung auf ein alternatives Medikament aufgrund fehlender Wirksamkeit der Behandlung. Im Gegensatz zu diesen Empfehlungen konnte kürzlich gezeigt werden, dass geringes Ansprechen auf die Therapie in der Frühphase der Behandlung mit einem schlechteren Ansprechen im weiteren Verlauf der Behandlung assoziiert ist. Dennoch ist weiterhin unklar, ob Patienten mit geringgradigem frühem Ansprechen tatsächlich von einer frühzeitigen Umstellung der Medikation profitieren würden.

Zielsetzung:

Das Ziel der Studie ist es, die frühzeitige Umstellung der antipsychotischen Medikation nach 2 Wochen Therapie mit der Fortführung der Behandlung in unveränderter Form bei schizophrenen Patienten zu vergleichen, die unzureichend auf die antipsychotische Behandlung ihrer akuten Krankheitsepisode angesprochen haben.

Methode:

Prospektive, multizentrische, randomisierte, aktiv-kontrollierte, flexibel dosierte, doppelblinde Studie

Phase I: Die Patienten werden zunächst randomisiert einer doppelblinden zweiwöchigen Behandlung mit flexiblen Dosen von oralem Amisulprid (200-800 mg /Tag) oder Olanzapin (5-20 mg / Tag) zugeteilt.

Phase II: Diejenigen Patienten, die nach den initialen 2 Wochen von der Behandlung profitiert haben (PANSS-Verminderung $\geq 25\%$), werden über 6 weitere Wochen unter doppelblinden Bedingungen mit demselben Studienmedikament in flexibler Dosierung behandelt („Responder-Gruppe“).

1. Experimentelle Intervention („Switch-Gruppe“): Umstellung auf das alternative Studienmedikament (orales Olanzapin 5-20 mg/Tag oder orales Amisulprid 200 - 800 mg/Tag).
2. Kontrollintervention („Non-Switch-Gruppe“): Fortführung der Behandlung mit demselben Studienmedikament, das bereits initial über 2 Wochen gegeben wurde. Gesamtbehandlungsdauer maximal 8 Wochen, beide Studienmedikamente sind in Deutschland zur Behandlung der Schizophrenie zugelassen. Anschließende Weiterbeobachtung („safety follow-up“) aller Patienten für 30 Tage.

Wesentliche Einschlusskriterien: Vollstationäre oder tagklinische Behandlung von Patienten mit einer DSM-IV TR Diagnose einer Schizophrenie, schizoaffektiven Störung oder schizophreniformen Störung; PANSS-Summenwert bei Baseline > 75, mind. 2 „PANSS psychosis cluster items“ \geq 4, CGI-S \geq 4; kürzliche Zunahme des Versorgungsgrades (tagklinisch/vollstationär).

Primärer Outcome-Parameter: Anteil der Patienten in symptomatischer Remission bei Studienende (8 Wochen), die nach 2 Wochen nur ein geringgradiges Ansprechen zeigten, verglichen zwischen der „Switch-Gruppe“ und der „Non-Switch-Gruppe“.

Aktueller Stand:

Zum aktuellen Zeitpunkt wurden von 20 geplanten Probanden fünf in die Studie eingeschlossen.

Summary:

Current treatment guidelines for schizophrenia recommend the continuation of an antipsychotic drug for at least 4-8 weeks, even in the case of a non-response. However, recent studies revealed that an early non-response is a strong predictor for subsequent non-response. As yet, it is unclear if patients without an early improvement will benefit from an early change of antipsychotic medication. Against this background, the present study aims to examine the effects of an early switch to another antipsychotic drug in case of a non-response within the first 2 weeks of treatment.

**Effektivität einer optimierten Ergotherapie bei Demenz
im häuslichen Setting (ERGODEM)****Efficacy of an In-Home Occupational Therapy Intervention
in Patients with Alzheimer's Disease****Projektpartner / Project Partners:**Vjera Holthoff, Matthias Schützwohl, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden
(Koordinierendes Zentrum)

Thomas Kallert, Park-Krankenhaus Südost, Leipzig

MitarbeiterInnen / Staff Psychiatrie II, Universität Ulm:Thomas Becker, Matthias W. Riepe, Marcella Böhm,
Agnieszka Chrobok, Sandra Kugelman, Katharina Lukschanderl
Claudia Schiffczyk**Finanzierung / Finance:**

Bundesgesundheitsministerium (BMG), „Leuchtturmprojekte Demenz“

Fördersumme / Funding:

87.000 Euro

Laufzeit / Duration:

2008 – 2010

Hintergrund:

Dementielle Erkrankungen sind bislang nicht heilbar. Allerdings lassen ergotherapeutische Interventionen positive Effekte auf die Alltagskompetenz der Betroffenen und Verbesserungen der Lebensqualität und Gesundheit der Angehörigen erkennen. Doch sind insbesondere im deutschen Sprachraum validierte ergotherapeutische Programme in der Demenzbehandlung nicht etabliert.

Zielsetzung:

Die Studie fokussierte die Verbesserung der Alltagskompetenz demenzerkrankter Patienten und ihrer Angehörigen, um den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit längstmöglich zu erhalten. 100 Patienten mit der Diagnose einer milden bis mittelgradigen Alzheimer- und vaskulären Demenz erhielten randomisiert ein standardisiertes, professionell ausgeführtes ergotherapeutisches Behandlungsprogramm über 6 Wochen. Die nachhaltige Verbesserung der vom Betroffenen priorisierten Alltagskompetenzen durch individuelles Training stand im Vordergrund. Ein betreuender Angehöriger war in die Behandlung involviert. Im Rahmen einer mitlaufenden Pilotstudie wurde mit identischem Design eine kleinere Stichprobe (n = 60) von Patienten mit Demenz untersucht. Für diese Diagnose lagen für den Interventionstyp bisher keine Forschungsdaten vor.

Ergebnisse:

ERGODEM bestätigt die Ergebnisse der bislang größten Ergotherapiestudie bei Demenzerkrankten aus den Niederlanden (Graff et al., 2006; 2007). In beiden Studien konnte nachgewiesen werden, dass die spezialisierte und individualisierte Ergotherapie im häuslichen Setting zu einer signifikanten Steigerung der Alltagsfähigkeiten und signifikanten Minimierung der Belastung der Angehörigen, sowie Verbesserung der Lebensqualität führt. Darüber hinaus liefert ERGODEM zusätzliche und neue Befunde zu den Einflüssen der Ergotherapie auf die Verhaltensauffälligkeiten und zu der Nachhaltigkeit des Therapieeffekts über insgesamt 6 Monate nach Abschluss der Intervention. ERGODEM wies nach, dass die Ergotherapie bis 6 Monate nach Beendigung der Therapie einen Effekt auf die klinische Progredienz der Demenz ausüben kann.

Demenz und Multimorbidität bei Migranten mit nicht-deutscher Muttersprache im urbanen Raum (MIGRANT-DEM)

Dementia and Multimorbidity in Non-Native-German Speaking Migrant Populations in Urban Areas (MIGRANT-DEM)

Projektpartner / Project Partners:

Ulrike Beinhoff, Klinik für Psychiatrie, Charité Berlin

MitarbeiterInnen / Staff Psychiatrie II, Universität Ulm:

Matthias W. Riepe (Projektleitung)

Ertan Altintas

Rana Kalkan

Zaruhi Stepanyan

Finanzierung / Finance:

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Fördersumme / Funding:

490.000 Euro

Laufzeit / Duration:

2008 – 2010

Hintergrund: Die Prävalenz von Demenzerkrankungen wird kalkuliert aufgrund epidemiologischer Studien in verschiedenen Ländern und Untersuchung in der jeweiligen Muttersprache. Die berichtete Prävalenz von Demenz ist für verschiedene Länder sehr unterschiedlich. Zumindest zum Teil sind die unterschiedlichen Angaben zur Prävalenz auf methodische Unterschiede in der Untersuchung und Diagnose von Demenzerkrankungen zurückzuführen. Die Untersuchung von Patienten mit Migrationshintergrund auf kognitive Defizite und Demenzerkrankungen ist ein in der Häufigkeit zunehmendes Problem in der Gesundheitsversorgung von älteren Patienten.

Zielsetzung: Die Ziele des Teilprojektes waren die Untersuchung der Validität sprachgebundener Screening- und Diagnostikverfahren bei Probanden und Patienten mit russisch- bzw. türkischsprachigem Migrationshintergrund und die Entwicklung von spracharmen Instrumenten zur Diagnostik von Gedächtnisstörungen. Außerdem wurden Barrieren zur Nutzung des Gesundheitssystems in der Zielpopulation erfasst.

Methode: Prospektive Kohortenstudie.

Ergebnisse: Die Übersetzung international gebräuchlicher Verfahren kann in der Diagnostik von Patienten mit demenziellen und depressiven Störungen genutzt werden. Es wurden Normwerte für kognitive Screeningverfahren in der jeweiligen Sprache erstellt. Ein spracharmes Testverfahren wurde entwickelt, das in der Lage ist, Probanden und Patienten zu unterscheiden. Darüber hinaus wurde die Kulturspezifität von Screeningverfahren zur Erfassung depressiver Syndrome beschrieben.

Summary:

MIGRANT-DEM focuses on the validity of language-based screening and diagnostic instruments in patients with cognitive deficits and Russian or Turkish migration background. The project aims at the development of non-language-based screening and diagnostic instruments in this target group.

Stationäre Kurzzeitrehabilitation zum Erhalt von Partizipation und sozialer Interaktion als Infrastrukturmaßnahme im sozialen Umfeld bei Alzheimer-Erkrankung (SKEPSIS)

Short-term Inpatient Rehabilitation in Patients with Alzheimer's Disease and their Caregivers (SKEPSIS)

Projektpartner / Project Partners:

Friedemann Müller, Barbara Romero, Alzheimer-Therapiezentrum Bad Aibling

MitarbeiterInnen / Staff Psychiatrie II, Universität Ulm:

Matthias W. Riepe (Projektleitung)

Christina Jonas

Constanze Lahmeyer

Hedwig Lys-Feldhoff

Claudia Schiffczyk

Finanzierung / Finance:

Bundesministerium für Gesundheit (BMG)

Fördersumme / Funding:

310.000 Euro

Laufzeit / Duration:

2008 – 2010

Hintergrund:

Aufgrund der demographischen Entwicklung wird die Zahl der von der Alzheimer Erkrankung betroffenen Patienten und deren Angehörigen in den nächsten Jahren zunehmen. Derzeitiger Schwerpunkt der Therapie der Alzheimer-Erkrankung ist die medikamentöse Behandlung. Es ist jedoch allgemein akzeptiert, dass nichtmedikamentöse Maßnahmen eine wichtige Rolle in der Behandlung und Betreuung von Patienten mit Alzheimer Demenz haben.

Zielsetzung:

Im Rahmen der Studie wurden die Effekte eines kurzzeitigen stationären Aufenthaltes auf einer Special Care Unit – im Alzheimer-Therapiezentrum Bad Aibling – untersucht. Das Baseline- und Verlaufsassessment von Patienten und Angehörigen erfolgte im häuslichen Umfeld.

Methode:

Prospektive quasi-randomisierte Kohortenstudie.

Ergebnisse:

Die Auswertung der baseline Daten zeigt, dass die selbsteingeschätzte Lebensqualität des Patienten bei Patienten mit kognitiven Defiziten keine valide Messgröße ist. Eine mögliche Alternative hätte die stellvertretende Einschätzung der Lebensqualität durch den Angehörigen („substituted judgement“) sein können. Diese Einschätzung wird jedoch durch angehörigenseitige Variablen moduliert und ist ebenfalls ungeeignet. Auch die Beurteilung von Alltagsaktivitäten wird durch angehörigenseitige Variablen moduliert und ist daher nur bedingt geeignet zur Einschätzung des Schweregrades der Demenz und der Beurteilung von Therapieeffekten. Die Auswirkung der Intervention auf kognitive und nichtkognitive Symptome der Patienten wird z. Zt. noch ausgewertet.

Summary:

Proxies' assessment of the QoL of patients with dementia is related to the proxies' health, and the difference of patients' and proxies' QoL-rating is correlated with dementia severity even in mild dementia stages. QoL measure use ratings of impact is not captured since patients' and proxies' self-assessments of their own QoL do not reflect severity of disease. Variables render the score obtained with generic quality of life assessment meaningless in capturing the impact of dementia. Decisions on initiation or discontinuation of treatment or allocation of other resources for patients with dementia therefore need not depend on generic assessment of quality of life. Intervention effects of the SKEPSIS trial are currently analysed.

4.1. Zeitschriften / Journals 2010

1. Barabassy A, Beinhoff U, **Riepe MW** (2010): Cognitive estimation in aged patients with major depressive disorder. *Psychiatry Research* 176, 26-29 (IF 2.373)
2. **Bechter K** (2010): Etiopathogenesis of Psychoses. *Acta Clinica Croatica* 49 (suppl.2), S. 60-61 (IF 0.188)
3. **Bechter K** (2010): "Mild Encephalitis" – Brain-organic Pathologies Between Neurologic and Psychiatric Disease? *Pteridines* 21, 29-65 (IF 0.379)
4. **Bechter K**, Reiber H, Herzog S, Fuchs D, Tumani H, **Maxeiner HG** (2010): Cerebrospinal fluid analysis in affective and schizophrenic spectrum disorders: Identification of subgroups with immune responses and blood-CSF barrier dysfunction. *Journal of Psychiatric Research* 44, 321-330 (IF 3.723)
5. **Bechter K**, **Wittek R**, **Seitz K**, **Antoniadis G** (2010): Personality disorders improved after arachnoid cyst neurosurgery, then rediagnosed as 'minor' organic personality disorders. *Psychiatry Research: Neuroimaging* 184, 196-200 (IF 3.435)
6. **Becker T** (2010): Psychiatrische Dienste – viel Evidenz, aber wo geht es hin? *Die Psychiatrie* 7(2), 81-86
7. **Becker T** (2010): Jeder Mensch ein Künstler. *Psychiatrische Praxis* 37(1), 1-2 (IF 1.174)
8. **Becker T** (2010): SNRIs no more effective than SSRIs for acute major depression treatment. *The Brown University Psychopharmacology UPDATE* 21 (12), 5-6
9. **Becker T**, Riedel-Heller SG, van Treeck B (2010): Tätigkeitsbericht des DGPPN-Referats "Versorgung und Sozialmedizin" 2009. *Der Nervenarzt* 81(5), 645-646 (IF 0.776)
10. Catty J, Koletsis M, White S, **Becker T**, Fioritti A, **Kalkan R**, Lauber C, Lissouba P, Rössler W, Tomov T, van Busschbach JT, Wiersma D, Burns T (2010): Therapeutic relationships: their specificity in predicting outcomes for people with psychosis using clinical and vocational services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 45(12), 1187-1193 (IF 2.147)
11. Gallas C, **Puschner B**, Kühn A, Kordy H (2010): Dauer und Umfang ambulanter Psychotherapie und Implikationen für die Versorgungspraxis. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 60(1), 5-13 (IF 0.904)
12. **Handel S**, **Jäger M** (2010): Emotionale Instabilität und Suizidalität in Folge einer Transsexualität. *Der Nervenarzt* 81(3), 335-338 (IF 0.776)
13. **Heinrich A**, Adamaszek M (2010): Anti-Borna disease virus antibody responses in psychiatric patients: Long-term follow up. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 64(3), 255-261 (IF 1.326)
14. Icks A, Chernyak N, Bestehorn K, Brüggengjürgen B, Bruns J, Damm O, Dintsios CM, Dreinhöfer K, Gandjour A, Gerber A, Greiner W, Hermanek P, Hessel F, Heymann R, Huppertz E, Jacke C, Kächele H, **Kilian R**, Klingenberg D, Kolominsky-Rabas P, Krämer H, Krauth C, Lungen M, Neumann T, Porzsolt F, Prenzler A, Pueschner F, Riedel R, Rütther A, Salize HJ, Scharnetzky E, Schwerd W, Selbmann HK, Siebert H, Stengel D, Stock S, Völler H, Wasem J, Schrappe M. (2010): Methoden der gesundheitsökonomischen Evaluation in der Versorgungsforschung. *Das Gesundheitswesen* 72, 1-17 (IF 0.450)

15. **Jahn H, Becker T** (2011): Schizophrenie, Substanzmissbrauch, Kriminalität und Gewaltbereitschaft (Kommentar). *Info Neurologie und Psychiatrie* 12(1), 16-17.
16. **Jäger M, Becker T, Weinmann S, Frasch K** (2010): Treatment of schizoaffective disorder – a challenge for evidence-based psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 121, 22-32 (IF 3.733)
17. Jäger S, Steinert T, Pfiffner C, Längle G, Eschweiler G, Bayer W, Croissant D, **Weiser P, Becker T, Kilian R** (2010): Are there effects of the type of antipsychotic medication on the subjective quality of life in patients suffering from schizophrenia? *European Psychiatry* 25 (suppl.1), P03-68
18. **Jäger M, Riedel M, Obermeier M, Schennach-Wolff R, Seemüller F, Messer T, Laux G, Pfeiffer H, Naber D, Schmidt L-G, Gaebel W, Klosterkötter J, Heuser I, Kühn K-U, Lemke M-R, Rütther E, Klingberg S, Gastpar M, Bottlender R, Möller H-J** (2010): Time course of antipsychotic treatment response in schizophrenia: Results from a naturalistic study in 280 patients. *Schizophrenia Research* 118, 183-188 (IF 4.458)
19. **Jahn H, Becker T** (2010): Ein gefährliches Quartett. Schizophrenie, Substanzmissbrauch, Kriminalität und Gewaltbereitschaft. *INFO Neurologie und Psychiatrie* 12(1), 16-17
20. **Kilian R, Losert C, Park A-L, McDaid D, Knapp M** (2010): Cost-effectiveness analysis in child and adolescent mental health problems. *International Journal of Mental Health Promotion* 12(4), 45-57
21. **Krumm S, Kilian R, Becker T** (2010): "Ein Kind wäre schon ein Wunsch..." – Psychische Erkrankung und Kinderwunsch aus der subjektiven Sicht betroffener Frauen – Eine qualitative Untersuchung. *Psychiatrische Praxis* 37(3), 134-141 (IF 1.174)
22. Längle G, Bayer W, Eschweiler G, Jaeger S, Pfiffner C, **Weiser P, Croissant D, Kilian R, Becker T, Steinert T** (2010): Effects of Longterm Treatment with Atypical Neuroleptics for patients with schizophrenia (ELAN): Medication use, adherence, functional impairment, quality of life. *European Psychiatry* 25 (suppl.1), PW01-186
23. Lebedeva E, Stingl JC, Thal DR, Ghebremedhin E, Strauss J, Ozer E, Bertram L, von EB, Tumani H, Otto M, **Riepe MW, Hogel J, Ludolph AC, Arnim CA von** (2010): Genetic variants in PSEN2 and correlation to CSF beta-amyloid42 levels in AD. *Neurobiology of Aging* 33(1):201 (IF 6.634)
24. McDaid D, Park A-L, Knapp M, **Losert C, Kilian R** (2010): Making the case for investing in child and adolescent mental health: how can economics help? *International Journal of Mental Health Promotion* 12(4), 37-44
25. Meier J, **Becker T, Patel A, Robson D, Schene A, Kikkert M, Barbui C, Burti L, Puschner B** (2010): Effect of medication-related factors on adherence in people with schizophrenia: An European multi-centre study. *Epidemiologia e psichiatria sociale* 19(3), 251-259 (IF 1.860)
26. Möller HJ, **Jäger M, Riedel M, Obermeier M, Strauss A, Bottlender R** (2010): The Munich 15-year follow-up study (MUFUSSAD) on first-hospitalized patients with schizophrenic or affective disorders: comparison of psychopathological and psychosocial course and outcome and prediction of chronicity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 260(5), 367-384 (IF 2.747)
27. **Neumann NU, Kilian R, Frasch K** (2010): Die Bedeutung körperlichen Trainings für psychiatrische Patienten mit metabolischem Syndrom. *Nervenheilkunde* 29(10), 671-674 (IF 0.416)

28. Petzold A, Chapman MD, Schraen S, Verwey NA, Pasquier F, Bombois S, Brettschneider J, Fox NC, von Arnim CA, Teunissen C, Pijnenburg Y, **Riepe MW**, Otto M, Tumani H, Scheltens P, Buee L, Rossor MN (2010): An unbiased, staged, multicentre, validation strategy for Alzheimer's disease CSF tau levels. *Experimental Neurology* 223(2), 432-438 (IF 3.914)
29. **Puschner B**, Kordy H (2010): Mit Transparenz und Ergebnisorientierung zur Optimierung der psychotherapeutischen Versorgung: Eine Studie zur Evaluation ambulanter Psychotherapie (TRANS-OP). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 60, 350-357 (IF 0.904)
30. **Puschner B**, **Steffen S**, Slade M, Kaliniecka H, Maj M, Fiorillo A, Munk-Jørgensen P, Larsen JI, Égerházi A, Nemes Z, Rössler W, Kawohl W, **Becker T** (2010): Clinical Decision Making and Outcome in Routine Care for People with Severe Mental Illness (CEDAR): Study protocol. *BMC Psychiatry* 10:90 (IF 1.832)
31. Rad K von, **Steffen S**, **Kalkan R**, **Puschner B**, **Becker T** (2010): Entlassungsplanung bei Menschen mit hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung in einer randomisierten kontrollierten Multizenterstudie. Entwicklung und Beschreibung der Intervention. *Psychiatrische Praxis* 37(4), 191-195 (IF 1.174)
32. Ribbe K, Friedrichs H, Begemann M, Grube S, Papiol S, Kästner A, Gerchen MF, Ackermann V, Tarami A, Treitz A, Flögel M, Adler L, Aldenhoff JB, Becker-Emner M, **Becker T**, Czernik A, Dose M, Folkerts H, Freese R, Günther R, Herpertz S, Hesse D, Kruse G, Kunze H, Franz M, Löhner F, Maier W, Mielke A, Müller-Isberner R, Oestereich C, Pajonk FG, Pollmächer T, Schneider U, Schwarz HJ, Kröner-Herwig B, Havemann-Reinecke U, Frahm J, Stühmer W, Falkai P, Brose N, Nave KA, Ehrenreich H (2010): The cross-sectional GRAS sample: A comprehensive phenotypical data collection of schizophrenic patients. *BMC Psychiatry* 10:91 (IF 1.832)
33. **Riepe MW**, Gaudig M (2010): Ambulante Versorgung von Demenzpatienten? Behandlungsrealität in Deutschland. *Aktuelle Neurologie* 37, 282-288 (IF 0.213)
34. **Riepe MW**, Gutzmann H (2010): Lebensqualitätsforschung bei Demenzkranken ist sinnlos. *Psychiatrische Praxis* 37(4), 7-10 (IF 1.174)
35. **Riepe MW**, Karl J, Tumani H, von Arnim CA (2010): Tau-proteins as gender-specific state markers in amnesic mild cognitive impairment. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 30, 93-100 (IF 2.578)
36. **Schiffczyk C**, Romero B, **Jonas C**, **Lahmeyer C**, Müller F, **Riepe MW** (2010): Generic quality of life assessment in dementia patients: a prospective cohort study. *BMC Neurology* 10:48 (IF 2.109)
37. **Steffen S**, **Kalkan R**, Völker K, Freyberger H, Janssen B, Ramacher M, Klein HE, Sohla K, Bergk J, Grempler J, **Becker T**, **Puschner B** (2010): Entlassungsplanung bei Menschen mit hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung in einer randomisierten kontrollierten Multicenterstudie: Durchführung und Qualität der Intervention. *Psychiatrische Praxis* 38, 69-76 (IF 1.174)
38. Steger F, Görgl A, Strube W, Winkelmann H-J, **Becker T** (2010): Die "Aktion-T4" und die Rolle der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg. *Psychiatrische Praxis* 37(6), 300-306 (IF 1.174)
39. Uttner I, Schurig N, von Arnim CA, Lange-Asschenfeldt C, Tumani H, **Riepe MW** (2010): Reduced benefit from mnemonic strategies in early-stage Alzheimer's disease: a brief testing-the-limits paradigm for clinical practice. *Journal of Neurology* 257, 1718-1726 (IF 2.903)

40. Walter H, Heckers S, Kassubek J, Erk S, **Frasch K**, Abler B (2010): Further evidence for aberrant prefrontal salience coding in schizophrenia. *Frontiers in Behavioral Neuroscience* 3, 1-9
41. Weinmann S, Roick C, Martin L, Willich S, **Becker T** (2010): Development of a set of schizophrenia quality indicators for integrated care. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 19(1), 52-62 (IF 1.860)
42. Widmann CN, Beinhoff U, **Riepe MW** (2010): Everyday memory deficits in very mild Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging*, doi:10.1016/j.neurobiolaging.2010.03.012

4.2. Zeitschriften / Journals 2011

Da zum Zeitpunkt der Erstellung des Berichts der JCR für 2011 noch nicht erhältlich war, basieren die angegebenen Impact Faktoren alle auf dem Journal Citation Report von 2010.

1. **Bechter K** (2011): The peripheral cerebrospinal fluid outflow pathway – physiology and pathophysiology of CSF recirculation: a review and hypothesis. *Neurology, Psychiatry and Brain Research* 17(3), 51-66 (IF 0.100)
2. **Bechter K** (2011): Editorial: Interactions of biological and psychological factors in psychopathology – A remaining challenge. *Neurology, Psychiatry and Brain Research* 17(2), 37-38 (IF 0.100)
3. **Becker T** (2011): Book Reviews: Psychiatry's contract with society. Concepts, controversies, and consequences. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 124, 78-79 (IF 3.795)
4. **Becker T** (2011): Psychosoziale Therapien in der Schizophrenie-Behandlung. *Schizophrenie, Beiträge zu Forschung, Therapie und psychosozialem Management* 27, 5-11
5. **Becker T** (2011): Wie sieht die Psychiatrie der Zukunft aus? Unbeirrbar – Infoforum für Angehörige psychisch Kranker in Bayern 36, 4-5
6. **Frasch K, Häfele A, Hellberg A, Kilian R** (2011): Patientenzufriedenheit auf einer Spezialstation – eine Follow-up-Befragung. *Psychiatrische Pflege Heute* 17, 40-44
7. **Frasch K, Weiser P, Becker T, Längle G, Steinert T, Niederreiner C, Pfiffner C, Jäger S, Bayer W, Eschweiler GW, Kilian R** (2011): Psychotropic Drug Treatment, Clinical Characteristics and Cognitive Processing Speed in Patients with Schizophrenia: Results from the ELAN Study. *Pharmacopsychiatry*, DOI: 10.1055/s-0031-1297260 (IF 2.203)
8. Gerhardt A, Hartmann M, Schuller-Roma B, Blumenstiel K, Bieber C, Eich W, **Steffen S** (2011): The Prevalence and Type of Axis-I and Axis-II Mental Disorders in Subjects with Non-Specific Chronic Back Pain: Results from a Population-Based Study. *Pain Medicine* 12(8), 1231-1240 (IF 2.537)
9. Gühne U, Weinmann S, **Arnold K, Atav E, Becker T, Riedel-Heller S** (2011): Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: Systematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 38, 114-122 (IF 2.204)
10. Hampel H, Prvulovic D, Teipel S, Jessen F, Luckhaus C, Fröhlich L, **Riepe MW, Dodel R, Leyhe T, Bertram L, Hoffmann W, Faltraco F** (2011): The future of Alzheimer's disease: the next 10 years. *Progress in Neurobiology* 95, 718-728 (IF 9.966)
11. **Jahn H** (2011): Therapie der Drogenabhängigkeit (Buchbesprechung). *Psychiatrische Praxis* 38, 98-99 (IF 2.204)

12. **Jahn H** (2011): Therapiemanual Kokainabhängigkeit (Buchbesprechung). *Psychiatrische Praxis* 38, 152-153 (IF 2.204)
13. **Jäger M, Frasch K, Becker T** (2011): Erik Essen-Möller und die Wurzeln der multiaxialen Diagnostik in der Psychiatrie. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 79(5), 277-282 (IF 0.652)
14. **Jäger M, Frasch K, Lang FU, Becker T** (2011): Auflösung des Schizophreniebegriffes. *Der Nervenarzt*, DOI: 10.1007/s00115-011-3255-1 (IF 0.729)
15. **Jäger M, Haack S, Becker T, Frasch K** (2011): Schizoaffective disorder – an ongoing challenge for psychiatric nosology. *European Psychiatry* 26, 159-165 (IF 3.365)
16. **Jonas C, Schiffczyk C, Lahmeyer C, Müller F, Riepe MW** (2011): Staging Dementia using Proxy-Reported activities of daily living. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 32(2), 111-117 (IF 2.455)
17. Kesztyüs D, Schreiber A, Wirt T, Wiedom M, Dreyhaupt J, Brandstetter S, Koch B, Wartha O, Muche R, Wabitsch M, **Kilian R**, Steinacker JM (2011): Economic evaluation of URMEL-ICE, a school-based overweight prevention programme comprising metabolism, exercise and lifestyle intervention in children. *The European Journal of Health Economics*, DOI: 10.1007/s10198-011-0358-3 (IF 1.340)
18. Kikkert M, Koeter MW, Dekker JJ, Burti L, Robson D, **Puschner B**, Schene A (2011): The predictive validity of subjective adherence measures in patients with schizophrenia. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 20(2), 73-81 (IF 2.344)
19. **Kilian R** (2011): Ressourcenallokation und Effizienz der psychiatrischen Versorgung in Deutschland. Bestandsaufnahme und Ausblick. *Schizophrenie, Beiträge zu Forschung, Therapie und psychosozialem Management* 27, 34-50
20. **Kilian R**, Lauber C, **Kalkan R, Dorn W**, Rössler W, Wiersma D, van Buschbach JT, Fioritti A, Tomov T, Catty J, Burns T, **Becker T** (2011): The relationships between employment, clinical status, and psychiatric hospitalisation in patients with schizophrenia receiving either IPS or a conventional vocational rehabilitation programme. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, DOI: 10.1007/s00127-011-0451-z (IF 2.147)
21. **Kösters M** (2011): Venlafaxin bei häufigen Depressionsphasen. *Internistische Praxis* 51(4), 843-844
22. **Kösters M, Zhang Y**, Ma YC, Weinmann S, **Becker T**, Jin WD (2011): What can we learn from Chinese randomised controlled trials? A systematic review and meta-analysis of Chinese venlafaxine studies. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 31(2), 194-200 (IF 4.857)
23. **Krumm S, Becker T** (2011): Elternschaft als (neue) Herausforderung für die Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis* 38, 1-3 (IF 2.204)
24. **Krumm S, Kilian R, Becker T** (2011): „Ich werde sie sicherlich nicht einfach so in die Welt setzen...“. Der soziale Kontext des Kinderwunschs aus der Sicht von Frauen mit psychischen Erkrankungen. Eine qualitative Studie. *Psychiatrische Praxis* 38, 23-30 (IF 2.204)
25. **Kuhlmei A, Walther B, Becker T, Müller U, Nikolaus T** (2011): Actigraphic daytime activity is reduced in patients with cognitive impairment and apathy. *European Psychiatry*, DOI: 10.1016/j.eurpsy.2011.04.006 (IF 3.365)
26. **Lang FU, Jäger M** (2011): Der bipolare Patient in der Hausarztpraxis. Manisch oder nur „gut drauf“. *MMW Fortschritte der Medizin* 14, 34-37

27. **Lang FU**, Hösch H, Seibert H, **Klug R**, **Köppler D**, **Jäger M** (2011): Obstruktives Schlaf-Apnoe-Syndrom als Ursache einer atypischen Depression. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie* 79, 531-534 (IF 0.652)
28. Möller HJ, **Jäger M**, Riedel M, Obermeier M, Strauss A, Bottlender R (2011): The Munich 15-year follow-up study (MUFSSAD) on first-hospitalized patients with schizophrenic or affective disorders: Assessing courses, types and time stability of diagnostic classification. *European Psychiatry* 26, 231-243 (IF 3.365)
29. **Munz I**, **Ott M**, **Jahn H**, **Rauscher A**, **Jäger M**, **Kilian R**, **Frasch K** (2011): Vergleich stationär-psychiatrischer Routinebehandlung mit wohnfeldbasierter psychiatrischer Akutbehandlung ("Home Treatment"). *Psychiatrische Praxis* 38(3), 123-128 (IF 2.204)
30. Nielsen TR, Vogel A, **Riepe MW**, de MA, Rodriguez G, Nobili F, Gade A, Waldemar G (2011): Assessment of dementia in ethnic minority patients in Europe: a European Alzheimer's Disease Consortium survey. *International Psychogeriatrics* 23(1), 86-95 (IF 2.478)
31. Papiol S, Begemann M, Rosenberger A, Friedrichs H, Ribbe K, Grube S, Schwab MH, **Jahn H**, Gunkel S, Bensele F, Nave KA, Ehrenreich H (2011): A Phenotype-based genetic association study reveals the contribution of neuregulin1 gene variants to age of onset and positive symptom severity in schizophrenia. *American Journal of medical genetics Part B: neuropsychiatric genetics* 156(3), 340-345 (IF 4.156)
32. **Puschner B**, **Steffen S**, Völker K A, Spitzer C, Gaebel W, Janssen B, Klein H E, Spiessl H, Steinert T, Grempler J, Muche R, **Becker T** (2011): Needs-oriented discharge planning for high utilisers of psychiatric services: multicentre randomised controlled trial. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 20(2), 181-192 (IF 2.032)
33. **Schiffczyk C**, **Jonas C**, **Lahmeyer C**, **Müller F**, **Riepe MW** (2011): Gender-dependence of substituted judgment on quality of life in patients with dementia. *BMC Neurology*, 11:118 (IF 2.797)
34. Schmitt M, Neubauer A, Greiner J, Xu Xun, Barth T, **Bechter K** (2011): Spreading of Acute Myeloid Leukemia Cells by Trafficking along the Peripheral Outflow Pathway of Cerebrospinal Fluid. *Anticancer Research* 31(6), 2343-2345 (IF 1.656)
35. Schueler Y-B, **Koesters M**, Wiesler B, Grouven U, Kromp M, Kerekes M F, Kreis J, Kaiser T, **Becker T**, Weinmann S (2011): A systematic review of duloxetine and venlafaxine in major depression, including unpublished data. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 123(4), 247-265 (IF 3.795)
36. **Steffen S**, **Kalkan R**, Völker K, Freyberger H, Janssen B, Ramacher M, Klein H E, Sohla K, Bergk J, Grempler J, **Becker T**, **Puschner B** (2011): Entlassungsplanung bei Menschen mit hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung in einer randomisierten kontrollierten Multicenterstudie: Durchführung und Qualität der Intervention. *Psychiatrische Praxis* 38, 69-76 (IF 2.204)
37. Steger F, Görgl A, Strube W, Winkelmann H-J, **Becker T** (2011): Die "Aktion-T4". Erinnerung an Patientenopfer aus der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg. *Der Nervenarzt* 82, 1476-1482 (IF 0.729)
38. Steger F, Görgl A, Strube W, Winkelmann H-J, **Becker T** (2011): „Transferred to Another Institution“: Clinical Histories of Psychiatric Patients Murdered in the Nazi „Euthanasia“ Killing Program. *Israel Journal of Psychiatry & Related Sciences* 48(8), 268-274 (IF 0.74)

39. Steger F, Schmer B, Strube W, **Becker T** (2011): Zwangssterilisation nach dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses: die Rolle der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg. *Der Nervenarzt*, DOI: 10.1007/s00115-011-3253-3 (IF 0.729)
40. Steger F, Strube W, **Becker T** (2011): Neuropathologische Forschung an Organen von Patienten der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg. *MMW Fortschritte der Medizin Originalien* 1, 6-9
41. Valdes-Stauber J, **Kilian R** (2011): "Behandelt und gefördert oder verwahrt und vergessen" – Die psychiatrische Versorgung der Bewohner eines psychiatrischen Heimes im Längsschnitt. *Psychiatrische Praxis* 38, 329-335 (IF 2.204)
42. Valdes-Stauber J, Putzhammer A, **Kilian R** (2011): Die Entwicklung von Betreuungs- und Unterbringungsmaßnahmen in einer bayerischen Versorgungsregion im Vergleich zum Bundes- und Landestrend für den Zeitraum von 1999-2009. *Psychiatrische Praxis* 38, 190-197 (IF 2.204)
43. Valdes-Stauber J, Deinert H, **Kilian R** (2011): Deutsche unterbringungsrechtliche Praxis auf Bundes- und Länderebene nach Einführung des Betreuungsgesetzes (1992-2009). *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, DOI: 10.1055/s-0031-1281739 (IF 0.652)
44. Valdes-Stauber J, Deinert H, **Kilian R** (2011): Auswirkungen des Betreuungsgesetzes im wiedervereinigten Deutschland (1992-2009). *Der Nervenarzt*, DOI: 10.1007/s00115-011-3327-2 (IF 0.729)
45. Wolf ND, Grön G, Sambataro F, Vasic N, **Frasch K**, Schmid M, Thomann PA, Wolf RC (2011): Magnetic resonance perfusion imaging of auditory verbal hallucinations on patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 134(2-3), 285-287 (IF 4.374)
46. Wolf N D, Sambataro F, Vasic N, **Frasch K**, Schmid M, Schönfeldt-Lecuona C, Thomann P A, Wolf R C (2011): Dysconnectivity of multiple resting-state networks in patients with schizophrenia who have persistent auditory verbal hallucinations. *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 36(6), 366-374 (IF 4.893)

4.3. Bücher und Buchbeiträge / Books and book chapters 2010

1. Andreas S, **Becker T**, Schulz H, & **Puschner B** (2010): Outcome measurement around the world: Germany. In: Trauer T (ed.), *Outcome measurement in mental health*. Cambridge: Cambridge University Press, 72-83
2. **Becker T**, Weinmann S, Gühne U, Reker T (2010): Psychosoziale Therapien. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*, 4. Auflage. Springer Medizin Verlag, Heidelberg
3. Eikermann B, **Becker T**, Rössler W, Kallert T (2010): Versorgungsstrukturen. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*, 4. Auflage. Springer Medizin Verlag, Heidelberg
4. **Jäger M**, Möller HJ (2010): Therapeutische Effekte von Haloperidol und Risperidon bei schizophrenen Ersterkrankten im Vergleich. In: Möller HJ, Müller N (Hrsg.): *Schizophrenie Zukunftsperspektiven in Klinik und Forschung*. Springer Verlag, Wien, 197-204
5. **Kilian R** (2010): Gesundheitsökonomische Aspekte für neue Versorgungsansätze in der Psychiatrie – Ressourcenallokation und Effizienz der psychiatrischen Versorgung in Deutschland – Bestandsaufnahme und Ausblick. In: Weatherly JN, Lägél R (Hrsg.): *Neue Versorgungsformen in der Psychiatrie, Neurologie und Psychosomatik*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, 67-87

6. **Kilian R, Becker T** (2010): Methodische Probleme der gesundheitsökonomischen Bewertung von Programmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Prävention psychischer Erkrankungen. In: Kirch W, Middeke M, Rychlik R (Hrsg.): Aspekte der Prävention. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, S. 266-281
7. **Krumm S** (2010): Biografie und Kinderwunsch bei Frauen mit schweren psychischen Erkrankungen. Psychiatrie Verlag, Bonn
8. Raueiser S, **Becker T** (Hrsg.) (2010): Psychiatrie gestalten: Qualität – Finanzierung – System. Bildungswerk Irsee, Reihe Impulse, Bd 3. Grizeto Verlag, Irsee
9. Salize HJ, **Kilian R** (Hrsg.) (2010): Gesundheitsökonomie in der Psychiatrie. Konzepte, Methoden, Analysen. In: Gaebel W, Müller-Spahn F (Hrsg.): Konzepte und Methoden der Klinischen Psychiatrie. Kohlhammer, Stuttgart
10. Slade M, Oades L, **Puschner B** (2010): Using outcomes in routine clinical practice to support recovery. In: Thornicroft G, Tansella M (eds.): Mental health outcome measures, 3rd edition. London: Royal College of Psychiatrists, 63-79
11. Wiersma D, **Becker T** (2010): Measuring social disabilities in mental health and employment outcomes. In: Thornicroft G, Tansella M (eds.): Mental health outcome measures, 3rd edition. London: Royal College of Psychiatrists, 169-181

4.4. Bücher und Buchbeiträge / Books and Book Chapters 2011

1. **Becker T** (2011): Macht das Ausland alles besser? Versorgungssysteme in Europa. In: Raueiser S, Schreiber W (Hrsg.): Psychiatrie in Bewegung: Das psychiatrische Versorgungssystem der Zukunft. Bildungswerk Irsee, Reihe Impulse, Bd 4., Grizeto Verlag, Irsee, 86-98
2. **Becker T, Kösters M** (2011): Qualitätssicherung und psychiatrische Versorgungsforschung. In: Schneider F (Hrsg.): Positionen der Psychiatrie. Springer Verlag, Aachen, 203-208
3. **Becker T, Kösters M** (2011): Psychiatric outpatient clinics. In: Thornicroft G, Szmukler G, Mueser K, Drake R (Editors): Oxford Textbook of Community Mental Health: Oxford University Press, Oxford, 151-153
4. **Becker T, Voges B, Berger M** (2011): Sozial- und Gemeindepsychiatrie, psychiatrisch-psychotherapeutische Rehabilitation. In: Berger M (Hrsg.): Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. Urban und Fischer Verlag/Elsevier GmbH, München, 203-223
5. Häßler F, **Kösters M**, Streeck-Fischer A, Fegert JM (2011): Hyperkinetische Störungen. In: Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ (Editors): Kompendium Adoleszenzpsychiatrie. Schattauer, Stuttgart, 398-424
6. Klingberg S, **Kösters M**, Bechdorf A, **Weinmann S, Becker T** (2011): Schizophrenie – psychosoziale Therapie (ICD-10 F2). In: Voderholzer U, Hohagen F (Hrsg.): Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art 2011/2012. Urban und Fischer Verlag/Elsevier GmbH, München, 95-117

Habilitation / Postdoctoral Theses

Bernd Puschner	Prozess-Ergebnis-Forschung in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung
-----------------------	--

Dissertationen (Dr. biol. hum.) / Doctoral Theses (PhD)

Rana Kalkan	Die Auswirkung der Erlangung von Berufstätigkeit auf die Lebensqualität von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen
--------------------	--

Markus Kösters	Metaanalysen in der Therapieevaluation
-----------------------	--

Prisca Weiser	Klassifikation von Verlaufstypen bei Patienten mit schizophrenen Erkrankungen
----------------------	---

Dissertationen (Dr. phil.) / Doctoral Theses (PhD)

Silvia Krumm	Biografie und Kinderwunsch bei Frauen mit schweren psychischen Erkrankungen (extern – Albert-Ludwigs-Universität Freiburg)
---------------------	--

Dissertationen (Dr. med.) / Doctoral Theses (MD)

Daniel Burger	Anpassungsstörungen. Diagnostische Reliabilität, klinische Charakteristika und gegenwärtige Versorgungsbedingungen
----------------------	--

Andreas Knie	Gefühlte Sicherheit bei älteren Menschen. Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur Messung der gefühlten Sicherheit bei älteren Menschen
---------------------	---

Britta Walther	Apathie bei gerontopsychiatrischen und geriatrischen Patienten. Eine Vergleichs- und Verlaufsstudie mittels Aktigraphie
-----------------------	---

Moritz Wigand	Testung neuer Proteasominhibitoren (extern – Charité/ Universitätsmedizin Berlin, Abteilung für Biochemie, AG Prof. Kloetzel)
----------------------	---

Bachelor-Arbeiten / Bachelor Theses (Medizinische Dokumentation, Hochschule Ulm)

John Sally Frusteri	Neukonzeption und Realisierung einer Web-basierenden Datenbankanwendung zur Zentralisierung der Datenfassung und Datenhaltung klinischer Erhebungsbögen im Rahmen einer europäischen Multicenterstudie im Gesundheitswesen
----------------------------	--

Nadja Zentner	Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Menschen mit psychischer Erkrankung vor stationärer Behandlung: Objektive vs. subjektive Angaben
----------------------	---

Master-Arbeit / Master Theses (Master of Sciences Public Health, MPH)

Dorothea Keszyüs Gesundheitsökonomische Evaluation eines schulbasierten Programms zur Stoffwechsel-, Bewegungs- und Lebensstilintervention bei Kindern zur Prävention von Übergewicht und Adipositas
(extern – Ludwig-Maximilians-Universität München)

Lehrangebote/Teaching 2010/2011

Blockpraktikum am BKH Günzburg vom 22.02.2010 – 05.03.2010, nachmittags 13.30 – 16.00 Uhr

Einführung und psychiatrische Untersuchung (Ltd. Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Becker)
Forensische Psychiatrie (Ärztlicher Direktor Dr. Baljer)
Nicht psychotische psychische Störungen (CA Prof. Dr. Bechter)
Psychopharmakotherapie (OA Dr. Frasch)
Schizophrenien und assoziierte Störungen (OA PD Dr. Jäger)
Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (OÄ Dr. Jahn)
Pharmakologische Optionen bei therapieresistenten psychischen Störungen (OA PD Dr. Messer)
Affektive Störungen (CA PD Dr. Neumann)
Alzheimer und andere organische Psychosen (OA Prof. Dr. Riepe)

Am Vormittag fand in der Zeit von 09.00 – 12.30 Uhr ein Kleingruppenunterricht statt.
Mitwirkende bzw. Organisatoren waren: OÄ Dr. Bayer, OA Dr. Frasch, Herr Greune,
OA Dr. Jäger, OÄ Dr. Jahn, Dr. Klug, Dr. Kuhlmei, Dr. Kunath, OÄ Dr. Mattiesen, OA DR. Merz, OÄ Dr.
Schreiner, OA Dr. Schreiner, Frau Widmann

Blockpraktikum am BKH Günzburg vom 27.09.2010 – 08.10.2010, nachmittags 13.30 – 16.00 Uhr

Einführung und psychiatrische Untersuchung (OA Dr. Frasch)
Forensische Psychiatrie (Ärztlicher Direktor Dr. Baljer)
Nicht psychotische psychische Störungen (CA Prof. Dr. Bechter)
Psychopharmakotherapie (OA Dr. Frasch)
Schizophrenien und assoziierte Störungen (OA PD Dr. Jäger)
Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (OÄ Dr. Jahn)
Affektive Störungen (CA PD Dr. Neumann)
Nicht dementielle organische psychische Erkrankungen (CA Prof. Dr. Riepe)
Demenzen (CA Prof. Dr. Riepe)

Am Vormittag fand in der Zeit von 09.00 – 12.30 Uhr ein Kleingruppenunterricht statt.
Mitwirkende bzw. Organisatoren waren: OÄ Dr. Bayer, OA Dr. Frasch, Herr Greune, OA PD Dr.
Jäger, OÄ Dr. Jahn, Dr. Klug, OÄ Dr. Mattiesen, OA Dr. Merz, OÄ Dr. Schreiner, OA Dr. Schreiner,
Dr. Segerer, Frau Widmann, Dr. Wigand

**Blockpraktikum am BKH Günzburg vom 21.02. – 04.03.2011,
nachmittags 13.30 – 16.00 Uhr**

Einführung und psychiatrische Untersuchung (OA Dr. Frasch)
Forensische Psychiatrie (Ärztlicher Direktor Dr. Baljer)
Nicht psychotische psychische Störungen (CA Prof. Dr. Bechter)
Psychopharmakotherapie (OA Dr. Frasch)
Schizophrenien und assoziierte Störungen (Prof. Dr. Becker, OA PD Dr. Jäger)
Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (OÄ Dr. Jahn)
Pharmakologische Optionen bei therapieresistenten psychischen Störungen (CA PD Dr. Messer)
Affektive Störungen (CA PD Dr. Neumann)
Demenzen (CA Prof. Dr. Riepe)

Am Vormittag fand in der Zeit von 09.00 – 12.30 Uhr ein Kleingruppenunterricht statt.
Mitwirkende bzw. Organisatoren waren: OÄ Dr. Bayer, Dr. Dorst, OA Dr. Frasch, Dr. Grabert, Herr
Greune, OA PD Dr. Jäger, OÄ Dr. Jahn, Dr. Klug, OÄ Dr. Mattiesen, OA Dr. Merz, OÄ Dr. Schreiner,
OA Dr. Schreiner, OA Dr. Tschauner, OÄ Walther, Frau Widmann

**Blockpraktikum am BKH Günzburg vom 26.09.2011 – 07.10.2011,
nachmittags 13.30 – 16.00 Uhr**

Einführung (Leitender Ärztlicher Direktor Prof. Dr. Becker)
Forensische Psychiatrie (Ärztlicher Direktor Dr. Baljer)
Nicht psychotische psychische Störungen (CA Prof. Dr. Bechter)
Schizophrenien und assoziierte Störungen (OA PD Dr. Jäger)
Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Substanzen (OÄ Dr. Jahn)
Psychopharmakotherapie (OA Dr. Frasch / CA PD Dr. Messer)
Demenzen (CA Prof. Dr. Riepe)
Affektive Störungen (OA Dr. Tschauner)

Am Vormittag fand in der Zeit von 09.00 – 12.30 Uhr ein Kleingruppenunterricht statt.
Mitwirkende bzw. Organisatoren waren: OÄ Dr. Bayer, OA Dr. Frasch, Dr. Grabert, Herr Greune,
Dr. Hoffmann, OA PD Dr. Jäger, OÄ Dr. Jahn, FOÄ Jehle, Dr. Klug, Frau Knorr, OA Dr. Merz, OÄ Dr.
Schreiner, OA Dr. Schreiner, OA Dr. Tschauner, OÄ Dr. Walther, Frau Widmann, Dr. Wigand

Lehrveranstaltungen Universität Ulm

Prof. Dr. T. Becker, (Hörsaal IV am Safranberg in Ulm)

WS 2010/2011	Sozialpsychiatrie, Gemeindepsychiatrie
WS 2010/2011	Psychiatrische Notfälle
SS 2011	Angst und Zwang
SS 2011	Psychiatrische Notfälle, UBG, Suizidalität
WS 2011/2012	Psychiatrische Notfälle, Suizidalität
WS 2011/2012	Sozialpsychiatrie, Gemeindepsychiatrie

Prof. Dr. M. Riepe

WS 2010/2011	Demenz
SS 2011	Demenz

PD Dr. R. Kilian

WS 2009/2010	Vorlesung: Gesundheitsökonomische Evaluation Prof. Porzsolt (2 Std) Seminar: Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie (2 SWS) Blockseminar: Gemeindenahe Psychiatrie (1 SWS)
SS 2010	Vorlesung: Gesundheitsökonomische Evaluation Prof. Porzsolt (2 Std) Seminar: Medizinische Psychologie und Soziologie (2 SWS) Blockseminar: Medizinische Psychologie und Soziologie (2 SWS) Blockseminar: Gemeindenahe Psychiatrie (1 SWS)
WS 2010/2011	Vorlesung: Gesundheitsökonomische Evaluation Prof. Porzsolt (2 Std) Seminar: Medizinische Psychologie und Soziologie (2 SWS) Blockseminar: Gemeindenahe Psychiatrie (1 SWS)
WS 2011/2012	Seminar: Medizinische Psychologie und Soziologie (2 SWS)

PD Dr. B. Puschner

WS 2009/2010	Medizinische Psychologie und Soziologie
SS 2010	Medizinische Psychologie und Soziologie
SS 2011	Antrittsvorlesung: PTBS – Diagnostik, Prävalenz, Intervention, Komorbidität
SS 2011	Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Dr. M. Kösters

SS 2011 Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Dr. S. Krumm

WS 2010/2011 Seminar: Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

SS 2011 Seminar: Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

SS 2011 Blockseminar: Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Dr. P. Weiser

SS 2011 Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Fortbildungen / Advanced Training

13.01.2010	Prof. Dr. C. Becker, Stuttgart Körperliches Training bei Patienten mit kognitiven Einschränkungen
20.01.2010	Prof. Dr. P. Zwanzger, Münster Neurobiologische Mechanismen der Angst und therapeutische Implikationen
27.01.2010	Prof. Dr. P. Gass, Mannheim Translationale Tiermodelle psychiatrischer Erkrankungen
14.04.2010	Prof. Dr. M. Bajbouj, Berlin Antidepressive Hirnstimulationsverfahren
28.04.2010	Prof. Dr. S. Moritz, Hamburg Metakognitives Training bei Schizophrenie
05.05.2010	ÄD Dr. E. Baljer Jugendgewalt gestern – heute, Tagung
12.05.2010	Prof. Dr. D. Bittner, Magdeburg Neuronale Plastizität bei Patienten mit MCI
19.05.2010	Prof. Dr. G. Winterer, Köln Nikotinisches System und Kognition
09.06.2010	Prof. Dr. S. Weyerer, Mannheim Lebensqualität und Demenz
30.06.2010	Prof. Dr. M. Rösler, Homburg Psychopathologie und Diagnostik des ADHS im Erwachsenenalter
07.07.2010	Priv.-Doz. Dr. K. Domschke, Münster Genetik der Angst – Molecules, Mind and Mood
27.10.2010	Prof. Dr. A. Kersting, Leipzig Internettherapie – Risiken und Chancen
10.11.2010	Prof. Dr. S. Bleich, Hannover Epigenetische Befunde bei Substanzabhängigkeit
01.12.2010	PD Dr. G. Schomerus, Stralsund Krank? Schwach? Selber schuld? Das Stigma der Alkoholabhängigkeit und seine Auswirkungen auf die Betroffenen
15.12.2010	Prof. Dr. P. Pauli, Würzburg Angst und Angststörungen: Untersuchungen zur Entstehung und Behandlung in virtuellen Realitäten
12.01.2011	Prof. Dr. W. Rief, Marburg Die Macht der Erwartung – Über Placebo- und Nocebo-Effekte
19.01.2011	Dr. S. Heres, München Langwirksame Antipsychotika – Fakten, Mythen und Einstellungen
26.01.2011	Prof. Dr. S. Herpertz, Heidelberg State of the Art - Persönlichkeitsstörungen
09.02.2011	Prof. Dr. T. Kircher, Gießen und Marburg Perspektiven der MRT-Bildgebung in Psychiatrie und Psychotherapie
02.03.2011	Prof. Dr. T. Schläpfer, Bonn Neuromodulatorische Interventionen bei therapieresistenter Depression – Stand der Forschung, ethische Aspekte und Entwicklungspotential
11.05.2011	Prof. Dr. A. Batra, Tübingen Nikotinabhängigkeit – Relevanz und Handlungsfelder in der psychiatrischen Versorgung

08.06.2011	PD Dr. M. Noterdaeme, Augsburg Von der Entwicklungsstörung über ADHS bis zur Sucht: Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters
29.06.2011	Prof. Dr. D. van Calker, Freiburg Therapieoptionen der Bipolar I Störung
13.07.2011	Prof. Dr. L. Frölich, Mannheim Alzheimer-Krankheit: Was können wir aus den gescheiterten Trials mit neuen Medikamenten lernen?
07.09.2011	Prof. Dr. M. Schmidt-Degenhard, Düsseldorf Melancholie – Psychopathologische und anthropologische Aspekte
21.09.2011	Prof. Dr. J. Angst, Zürich Switch unter Antidepressiva – was wissen wir?
05.10.2011	Prof. Dr. F.J. Freisleder, München Psychiatrische Herausforderungen im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter
19.10.2011	Prof. Dr. A.J. Fallgatter, Tübingen Ist die Hirnfunktion bei ADHS verändert?
26.10.2011	Prof. Dr. med. K.J. Bär, Jena Schmerz und Depression
09.11.2011	Priv.-Doz. Dr. med. H. Spießl, Landshut Epidemiologie der Sucht im Kontext psychiatrischer Erkrankungen
16.11.2011	Prof. Dr. E. Gouzoulis-Mayfrank, Köln Behandlungsstrategien bei der Komorbidität Psychose und Sucht
14.12.2011	Prof. Dr. med. H.P. Volz, Werneck Update – Bipolare Störungen

Practical Introduction to Modern Bayesian Analysis using WinBUGS and R

Dozent: Dr. rer. nat. Pablo E. Verde

Dr. Pablo E. Verde leitet die Arbeitsgruppe Biometrie im Koordinierungszentrum für klinische Studien und forscht am Institut für Medizinische Soziologie der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf auf dem Gebiet der statistischen Modellierung in der medizinischen und klinischen Forschung, aktuell im Bereich der Evidenz-Synthese (Meta-Analysen).

Er ist Gastdozent des Department of Statistics an der Stanford University und seit 2007 Stanford community member. Seit 2000 ist Dr. Verde Mitglied der Royal Statistical Society.

Er verfügt über mehr als 20 Jahre internationale Erfahrung in statistischer Beratung sowie der Forschung und Lehre auf den Gebieten Medizin, Landwirtschaft, Gesundheitsforschung und Risikoanalyse. Dr Verde ist Experte der Statistiksoftware R und WinBUGS für MCMC Berechnungen. Seit 1998 ist er aktives Mitglied der R Community, wo er für die Übersetzung von R ins Spanische verantwortlich ist. Seit 1990 lehrt er die Anwendung von S und R.

Kursinhalt

During the last years Bayesian statistical modelling has become one of the most fashionable statistical approaches in scientific and technological applications. There are at least two reasons for this trend. One is the current demand of building statistical models which deal with multiple sources of variability. Bayesian models are well suited for this task and they provide an avenue to combine complex information in a coherent form. Successful examples of this approach include innumerable applications of hierarchical modelling. The other reason is the computation revolution produced by the rediscovery of Markov chain Monte Carlo (MCMC) techniques in statistics, together with their implementation in public domain and friendly to use statistical software like WinBUGS and many R packages. As a result, researchers can construct arbitrary complex statistical models, which may better reflect the phenomena of interest.

The course has two aims. First, it presents a conceptual introduction to Bayesian statistical techniques to practitioners and researchers. Second, it provides a large number of case studies analysed with R and WinBUGS. These examples can serve as ready to use templates for immediate applications. The course follows a practical perspective rather than a theoretical one. Neither experience in Bayesian methods nor in WinBUGS will be assumed. However, some working experience in R will be helpful.

Tag 1: 14.01.2010, 9.00 – 17.00 Uhr

- Lecture 1: Introduction to different kinds of probabilities
- Lecture 2: Monte Carlo simulation with WinBUGS and R
- Lecture 3: Modern statistical Bayesian inference
- Lecture 4: Why do MCMC methods work?

Tag 2: 15.01.2010, 9.00 – 17.00 Uhr

- Lecture 5: The role of prior distributions in Bayesian inference
- Lecture 6: Running WinBUGS with R: examples of Bayesian regression models
- Lecture 7: Sensitivity analysis, model criticisms and comparison
- Lecture 8: Modelling binary data
- Lecture 9: Modelling count data

Tag 3: 16.01.2010, 9.00 – 16.00

- Lecture 10: Modelling multiple sources of variability
- Lecture 11: Examples in hierarchical modelling self-projects

IX. Internationale Konferenz des „European Network for Mental Health Service Evaluation“ – Von den Unterschieden lernen



ENMESH (European Network for Mental Health Service Evaluation) ist ein europäisches Netzwerk für Wissenschaftler, die sich mit der Evaluation von psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsangeboten beschäftigen. 1991 wurde dieses Netzwerk unter der Schirmherrschaft der Weltgesundheitsorganisation gegründet.

Dieses Netzwerk hat sich zur Aufgabe gemacht alle 2 Jahre eine internationale Konferenz zu organisieren, um aktuelle Themen und Ergebnisse dieses Forschungsgebiets auszutauschen, zu präsentieren und zu diskutieren. So fand die „IXth ENMESH International Conference“ vom 23.-25. Juni 2011 in Ulm/Neu-Ulm statt. Unter dem Motto „Mental Health Care in Europe – Learning from Differences“ trafen sich ca. 220 Teilnehmer aus 27 Ländern im Edwin-Scharff-Haus in Neu-Ulm um Ergebnisse ihrer Forschungsaktivitäten bzw. -projekte in Vorträgen und Postern vorzustellen. Vor allem viele junge Forscherinnen und Forscher folgten dem Ruf an die Donau und nahmen an der diesjährigen Konferenz teil.

Natürlich sind PD Dr. Bernd Puschner (Sekretär im ENMESH Executive Committee und wissenschaftlicher Koordinator) sowie Professor Dr. Thomas Becker (lokaler Gastgeber) von der an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm angesiedelten Arbeitsgruppe Versorgungsforschung stolz, diese Tagung in die Region geholt zu haben – ist dies doch auch eine Bestätigung für die Forschungsaktivitäten in Günzburg und Ulm.



Empfang des Organisationsteams und der Keynote-Speaker durch Oberbürgermeister Ivo Gönner im Ulmer Rathaus

„Die psychiatrische Versorgung ist in den europäischen Staaten ganz unterschiedlich ausgestaltet“, betont Professor Dr. Thomas Becker. „Dies liegt an unterschiedlichen nationalen und historischen Entwicklungen und betrifft ganz verschiedene Bereiche, von der kulturellen Definitionen von psychischer Krankheit über die Bereitstellung effektiver Behandlungsverfahren bis hin zu der Höhe der in den jeweiligen Staats-haushalten vorgesehenen Ausgaben für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. Die Themen der Konferenz spiegelten diese aktuellen Debatten in der psychiatrischen Versorgung wider.“

Im Folgenden schildert die Konferenzteilnehmerin Dr. Eva Rothermund ihre Eindrücke von der Konferenz:

„Die IXth Internationale Konferenz des Europäischen Netzwerkes für Versorgungsforschung (EN-MESH) war gegliedert in die 4 Hauptthemen „Evaluation and Costs“, „Ethics and Legislation“, „Recovery“ und „Treatment Process“ und erlaubte mir eine erste Orientierung im reichhaltigen Programm.“

Besonders interessant war für mich die Schiene Arbeit und Gesundheit. Aart Schene berichtete von den Ergebnissen einer randomisierten kontrollierten Studie aus den Niederlanden, die ein dort entwickeltes Versorgungsmodell weiter untersucht. Patienten mit Depression erhielten in der Interventionsgruppe zusätzlich zur antidepressiven Behandlung eine Intervention über 18 Sitzungen, deren Inhalte sehr konkret mit dem Arbeitsplatz des Betroffenen zu tun hatten und der Philosophie „place-and-train“ folgten. Darunter versteht man, dass Betroffene mit psychischen Erkrankungen mit therapeutischer Unterstützung möglichst früh im Verlauf der Erkrankung wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert werden im Gegensatz zu „train-and-place“ wobei die Betroffenen zuerst verschiedene Schulungen und Trainings erhalten und im Anschluss, möglichst fit und genesen wieder in den Arbeitsprozess eintreten. Prof. Schene beschrieb als einen wichtigen Aspekt die Förderung der Kommunikation zwischen erkranktem Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Behandlungsschwerpunkte sind das Erarbeiten von Strategien zur Lösung von Konflikten am Arbeitsplatz und eine Einübung alternativer Verhaltensweisen. Die vorgestellte Intervention wurde von der Arbeitsgruppe entwickelt und bereits in einer längeren Version mit 36 Sitzungen als effektiv bestätigt.

Insgesamt ging es jedoch beim Thema „Work and Treatment Process“ sowohl bei den Vorträgen, als auch bei den Postern ausschließlich um den Einfluss psychischer Erkrankungen auf Arbeitsfähigkeit, Möglichkeiten in Beschäftigung zu kommen oder zu bleiben, bzw. um die Schwierigkeiten, die Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bezug auf Beruf und Beschäftigung haben. Eine Erweiterung des Themenbereichs „Arbeit und Gesundheit“ unter dem Aspekt einer Analyse von psychischen Risikofaktoren am Arbeitsplatz also einer Einbeziehung arbeitsmedizinischer Themen wäre aus meiner Sicht sehr fruchtbar.

Spannend waren für mich auch Einblicke in mehr wirtschaftliche Aspekte von Gesundheit mit zahlreichen Referenten z.B. von der London School of Economics. Als vorwiegend klinisch arbeitende Ärztin beeindruckten mich Rechenmodelle, die, gefüttert mit Fakten und sorgfältig abgeschätzten (Wachstums-, Schrumpfungs-, Inanspruchnahmeverhaltens-) Faktoren „ausspuckten“, wie viel man mit Intervention A im Vergleich zu Intervention B in 20 Jahren spart.

Das Edwin-Scharff-Haus bietet als Tagungsort viel Grün und einen schönen Donaublick, ist aber gleichzeitig nah am Zentrum. In dieser Atmosphäre bei Kaffee und Snacks fiel ein Kennenlernen und Austausch zwischen Ökonomen und Klinikern, aus den verschiedensten Ländern leicht. Krönender Abschluss des Gesellschaftsprogrammes war das Dinner im Schloss Erbach.

Den inhaltlichen Abschluss bildete für mich der Vortrag von Michael J. Lambert aus den USA, der vor dem Hintergrund von „Evaluation and Costs“ über den Umgang mit Patienten, die sich durch Psychotherapie nicht bessern, sprach. Bei der Frage: „Wie können wir mit diesem Problem umgehen?“, kamen aus meiner Sicht die verschiedenen Therapiekulturen und -schulen und die unterschiedlichen Disziplinen wieder zusammen. Handelt es sich doch laut Lambert um einen

erheblichen Anteil an Patienten. Er zitierte eine eigene Arbeit von 2003 mit der Angabe, dass sich rund 8% Patienten in Psychotherapie verschlechtern und zwischen 30 und 40% zwar keine Verschlechterung aber auch keine Verbesserung berichtete.

Beeindruckend war, dass er zeigen konnte, dass mit der von ihm und seinen Kollegen verwendeten Evaluation während des Therapieprozesses bereits nach 8 Stunden absehbar ist, ob der Patient profitiert oder nicht. Er ermunterte sehr dazu, Verschlechterungen im Befinden des Patienten nicht nur aktiv zu evaluieren, zu registrieren und als notwendigen Prozess der Genesung zu interpretieren, sondern vielmehr die Forschungs- oder Evaluationsergebnisse, gerade, wenn sie alarmierend sind, zurück in den Therapieprozess zu bringen. Damit wird eine kritische Überprüfung, aber auch Optimierung möglich. Schockierende Nachricht von Lambert: obwohl es laut den Gesetzen allgemeiner Logik und aktuellen Zahlen weniger gute Therapeuten geben muss, gibt es so gut wie keine Therapeuten, die sich dementsprechend einschätzen. Die gute Nachricht: funktioniert die Therapie nicht, gibt es das „Problem Solving Tool“ in 4 Schritten.

Mehr dazu in Lambert MJ., *Prevention of treatment failure: the use of measuring, monitoring & feedback in clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association Press, 2010.“

Nadja Zentner (IXth ENMESH Conference Office, Universität Ulm, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II)

Dr. Eva Rothermund (Universität Ulm, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie)

Weitere Informationen zu ENMESH und zur Ulmer Konferenz finden Sie im Internet unter: www.enmesh.eu.



Die geführten Poster-Sessions waren gut besucht

Psychiatric Summer School Ukraine – Polen – Deutschland

Vom **5. bis 14. September 2011** fand im Wissenschaftszentrum der Universität Ulm, Schloss Reissensburg, die erste Psychiatric Summer School unter dem Thema „Mental health care in Europe – innovation and evaluation“ statt.

Die Veranstaltung wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanziell und organisatorisch unterstützt und von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg durchgeführt.

Ziel war es, junge Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler mit einem Interesse an der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenversorgung und Versorgungsforschung zu gewinnen und während des Treffens die Vermittlung von Wissen über die sich entwickelnden europäischen Versorgungsstrukturen mit der Vermittlung von Forschungsexpertise aus dem Bereich der empirischen Versorgungsforschung zu verbinden, um so zu einer besseren Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Ukraine und Polen beizutragen.

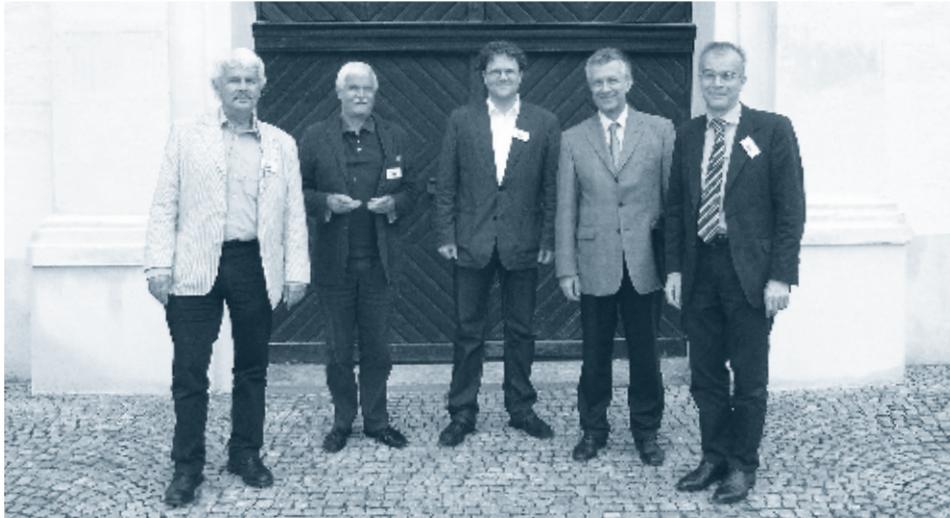


Ein länderübergreifender Erfahrungsaustausch und Vergleich der psychiatrischen Versorgungsangebote innerhalb Europas ist wichtig. Es wurde z.B. der Frage nachgegangen, was die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung für deren Qualität bedeutet. Diskutiert wurde auch, wie innovative psychiatrische Versorgungskonzepte in Europa zukünftig aussehen könnten.

In Deutschland haben sich die Strukturen der psychiatrischen Versorgung in den letzten Jahrzehnten stark verbessert. Auch ein gesellschaftliches Umdenken hat dazu geführt, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen weniger Stigmatisierung erfahren und eine sozialeingebundene Behandlung möglich ist. Die abgeschlossenen Nervenkliniken des letzten Jahrhunderts machten Gemeindenahen Behandlungszentren Platz.

In der Ukraine sind die Verhältnisse noch weitaus rückständiger: „In der Ukraine ist in den vergangenen 20 Jahren in der Psychiatrie wenig Fortschritt geschehen“, sagt Andriy Haydabrus, einer der Teilnehmer der ersten Summer School der Psychiatrie.

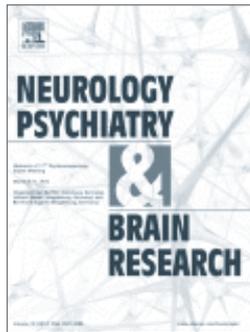
Es existiert keine flächendeckende Versorgung und die gesellschaftliche und individuelle Akzeptanz psychischer Erkrankungen und deren Behandlungsbedarf ist nicht gegeben. Häufig werden Patienten mittels Psychopharmaka in geschlossenen Anstalten ruhig gestellt an Stelle einer langfristigen psychotherapeutischen Behandlung, die bis zu den Ursachen vordringt. In Polen sind die Strukturen besser: „Es hat sich viel getan und die Menschen schämen sich nicht mehr, wenn sie zum Psychiater müssen“, so der polnische Teilnehmer Patryk Piotrowski von der Medizinischen Universität in Wrocław.



Die Teilnehmer erhielten einen Einblick in die methodischen Grundlagen der empirischen Versorgungsforschung. Auch innovative Ansätze der psychiatrischen Versorgung wurden in Vorträgen und Diskussionen thematisiert. In Teamwork haben die Teilnehmer ihre eigenen Forschungsideen konkretisiert, weiterentwickelt und zum Abschluss der Summer School im Plenum vorgestellt.

Ob die Summer School ein Erfolg war, wird die Qualität der resultierenden Forschungsprojekte und Publikationen zeigen. Die Psychiatric Summer School wurde in Zusammenarbeit mit der Universität Lviv, Ukraine (Prof. Oleksandr Filts, Lehrstuhlinhaber Psychiatrie, Universität Lviv) sowie mit der Universität Bydgoszcz, Polen (Prof. Dr. Aleksander Araskiewicz, Lehrstuhlinhaber Psychiatrie, Universität Bydgoszcz) durchgeführt. Eine Wiederholung der Summer School ist für 2012 am Ludwik Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz, Polen und 2013 an der Universität Lviv, Ukraine geplant.

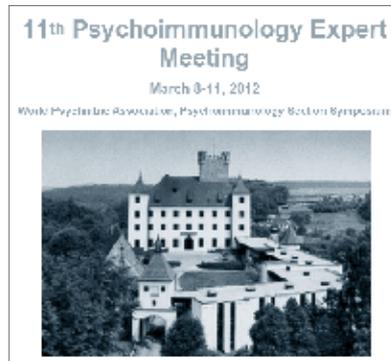
AG Psychoimmunologie



K. Bechter Editor-in-Chief der Zeitschrift
„Neurology, Psychiatry and Brain Research“ (Elsevier)
 seit 2010
<http://ees.elsevier.com/npbr/>

K. Bechter Delegierter der DGPPN für interdisziplinäre S3 Leitlinie
 „Diagnostik und Therapie der Lyme Borreliose“ ab 2012

Kongressorganisation Psychiatrischer Themenkreis
„52nd International Neuropsychiatric Pula Congress“ (INPC),
 Pula / Kroatien, 20. - 23.06.2012
 mit der 1. Pula Psychopathology Summer School (Organisatoren: H. Saß, K. Bechter, F. Benedetti)



Kongressorganisation
„11th Psychoimmunology Expert Meeting“
 Bezirkskrankenhaus Günzburg/
 Schloss Reisenburg, 08. - 11.03.2012
 durch K. Bechter

K. Bechter Mitglied des Gesamtvorstands der Weissenauer AG
für Psychosenforschung
 seit 2010

AG Versorgungsforschung

Deutsch Chinesische Kooperation



Willkommensgruß
anlässlich des
Besuchs von Y. Zhang,
T. Becker und
M. Kösters in Hangzhou
(Januar 2010)

Preis für Forschungsarbeit zum Thema Kinderwunsch an S. Krumm

Preis für Forschungsarbeit

BKH Dr. Silvia Krumm ausgezeichnet

Günzburg/Frankfurt Es war eine besondere Tagung, bei der Dr. Silvia Krumm einen Preis für ihre Forschungsarbeit über den Kinderwunsch bei psychisch kranken Frauen erhielt: Die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie zeichnete die Mitarbeiterin am Bezirkskrankenhaus Günzburg bei der Jubiläumstagung in Frankfurt am Main zum 40. Bestehen der Gesellschaft mit ihrem Forschungspreis aus. Der Preis wurde heuer zum

siebten Mal verliehen für eine Forschungsarbeit, die für die Versorgung psychisch kranker Menschen hohe Relevanz und einen innovativen Charakter hat.

Gewürdigt wurde die Forschungsarbeit für die Auseinandersetzung mit einem wichtigen, bisher vernachlässigten Thema und der hohen theoretischen und methodischen Qualität der Ausarbeitung. Silvia Krumm nahm den Preis selbst in Frankfurt entgegen. (sm)



Dr. Silvia Krumm erhielt in Frankfurt einen Preis für ihre Forschungsarbeit über den Kinderwunsch bei psychisch kranken Frauen. Foto: Bezirkskliniken Schwaben

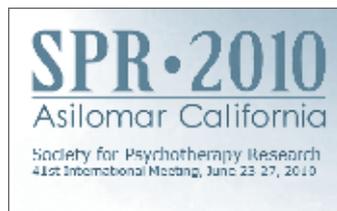
Günzburger Zeitung, 25.11.2010



Early Career Award für B. Puschner

Preisverleihung anlässlich 41st SPR International Meeting in Asilomar / USA (im Juni 2010)

Quelle: <http://www.psychotherapyresearch.org/associations/6344/files/news/august2010.pdf>



After graduating in psychology („Diploma“) at Saarland University in 1996, Bernd worked as research associate at Mannheim University’s Department of Educational Sciences in a longitudinal study examining family ties and adolescent development after German reunification. In 1999, he joined the Center for Psychotherapy Research in Stuttgart led by Hans Kordy and Horst Kächele where he was responsible for conducting a large-scale longitudinal observational study on the effectiveness of routine outpatient psychotherapy.

In 2003, Bernd moved to Ulm University’s Department of Psychiatry II to start as senior researcher at the newly funded Mental Health Services Research Unit (head, Thomas Becker). There, he acquired grants for and co-led two randomized controlled trials examining the efficacy of feedback of outcome and discharge planning in people with severe mental illness. Since 2009, he is principal investigator of the multicenter European study “Clinical decision making and outcome in routine care for people with severe mental illness” (CEDAR).

Bernd’s major research interests include process-outcome research in mental health including the use of advanced methods for the analysis of longitudinal data (e. g. hierarchical linear models), the application and development of standardized and feasible outcome measures, and the analysis of predictors of mental health. His publication list comprises 35 papers, almost all of them in peer-reviewed journals, six book chapters, and over 50 congress contributions. His work has added to the knowledge base on psychosocial adjustment in adolescents, helping alliance, patient and therapist satisfaction with treatment, interpersonal problems, symptomatic impairment, and on the efficacy and effectiveness of psychosocial interventions for people with severe mental illness (psychotherapy, home treatment, adherence, discharge planning, and outcome management).

R. Kilian Forschungsaufenthalt in Shanghai /VR China

Forschungsaufenthalt in Shanghai /VR China vom 09. - 13.06.2011 anlässlich der „Social Work and Policy International Conference“ an der East China University of Science & Technology“. Eine Förderung erfolgte im Rahmen des Alumni-Programms der Alexander von Humboldt-Stiftung in Bonn.

Sektion Gerontopsychiatrie mit Akutgeriatrie

Die Sektion ist durch **erfolgreiche Bewerbung bei den DSM-V Field Trials** teilnehmendes Zentrum für das DSM-V (Diagnostic und Statistical Manual of Mental Disorders) der American Psychiatric Association.



Eröffnung Altersmedizinisches Zentrum

Bezirkskrankenhaus Günzburg und Klinik Günzburg der Kreiskliniken Günzburg-Krumbach, 5. Juli 2011

Hier spielt die Zukunft

Medizinische Versorgung Das Bezirkskrankenhaus und die Kreiskliniken Günzburg-Krumbach haben ein Altersmedizinisches Zentrum eröffnet

VON KATJA RÖDERER

Günzburg 29 Betten in 15 Räumen, großzügige, helle Gänge und sogar ein Aquarium – die neue Station des Bezirkskrankenhauses in Günzburg kann sich sehen lassen. Speziell alte Patienten werden sich hier wohlfühlen. Und das ist auch so gedacht. Denn mit dieser akutergeriatrischen Station im BKH reagieren Mediziner und Verwaltung auf die Folgen der demografischen Entwicklung: Immer mehr ältere Patienten wollen schließlich ärztlich versorgt sein. Landrat Hubert Hafner sprach am Dienstag bei der Einweihung des Altersmedizinischen Zentrums, zu dem diese BKH-Station gehört, von einer „großen Wucht“, mit der die Entwicklung bei den Kliniken ankumme. Und weil die Günzburger Klinik der Kreiskliniken im gleichen Boot sitzt, soll die Zusammenarbeit auch weiter gestärkt werden. Dort macht die akutergeriatrische Station mit einem altersstrahlentherapeutischen Schwerpunkt und dem Geriater Dr. Stefan Paul das neue Altersmedizinische Zentrum komplett.

Ein ganzes Team von Experten ist auf den beiden Stationen ab sofort in der Lage, sich umfassender als bisher um ältere Patienten zu kümmern. Nachdem auch im Alter „der Zustand von Seele und Körper nicht getrennt zu betrachten“ ist, wie der Bezirksratspräsident Jürgen Reichert erklärte, versprechen sich die Ärzte von diesem ganzheitlichen medizinischen Ansatz bessere Erfolgchancen. So werden ältere Menschen mit neurologischen Erkrankungen auf der Station im BKH zusätzlich von einer Internistin der Kreiskliniken betreut. Wie die Stationsleiterin Maria Krewing sagte, sind derzeit 20 Betten für geriatrische und nun für gerontopsychiatrische Fälle aufgestellt.

Umbau während des Betriebs

Damit alles pünktlich fertig werden konnte, hatten schon im Februar die Umbau- und Renovierungsarbeiten im BKH begonnen, wie Krewing berichtete. Und das während des laufenden Betriebs. Doch irgendwann waren die gerontopsychiatrische Station und die Aufnahmestation für verschiedene psychische Er-

krankungen zusammengelegt, die akutergeriatrische Station im BKH konnte in Betrieb gehen.

Optimismus in puncto Termin-einhaltung hatte die Verantwortlichen bis zur Bröflung begleitet. Wie Thomas Düll, Vorstandsvorsitzender der Kreiskliniken Schwabenzugab, hätten sich die Genehmigungsverfahren für das Altersmedizinische Zentrum bis zum vergangenen Freitag hingezogen. Da waren die Einladungen zum Festakt längst verschickt. Auch der Vorstandsvorsitzende der Kreiskliniken Günzburg-Krumbach, Dr. Volker Reibbein, ließ es sich nicht nehmen, bei diesem feierlichen Anlass noch einmal deutlich zu machen: „Wir brauchen eine flächendeckende geriatrische Versorgung.“ Die Menschen leben länger und sie würden sich in dieser Zeit eben auch öfter die Beine brechen oder andere Krankheiten bekommen. „Wir können sie nicht alle nach Augsburg ins Klinikum schicken“, fand Reibbein.

Dr. Diether Michel, einer Chefarzt der Unfallchirurgie der Kreiskliniken in Günzburg, betonte, dass der alte Patient und auch dessen An-

gehörige sich wünschen würden, optimal behandelt zu werden. „Wer Sie Alten hat, dem gehört die Zukunft“, betonte er. Prof. Thomas Becker, ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Bezirkskrankenhaus Günzburg, gab einen Abriss über die Geschichte der Psychiatrie und der Akutgeriatrie und der Chefarzt der Unfallchirurgie der Günzburger Kreisklinik, Dr. Oliver Segitz, erläuterte dem Publikum die Unterschiede zwischen jungen und alten Patienten bei Behandlung und Heilung.

Prof. Matthias Riepe, Chefarzt und Leiter der Abteilung Gerontopsychiatrie im BKH, wies darauf hin, dass für die Geriatrie viel Wissen notwendig sei und er erläuterte, dass sich die Vielzahl verschiedener Medikamente, die älteren Patienten oft verschrieben wird, Einfluss auf die Psyche habe. Riepe warf noch einen zweiten Blick auf die Statistik: „Wir werden nicht immer älter, viele von uns werden älter.“ Dies medizinisch zu bewältigen sei in Zukunft die Aufgabe. Die neue Station soll dabei helfen.

Informationsveranstaltungen der Sektion Gerontopsychiatrie mit Akutgeriatrie

Klin für Psychiatrie und Psychotherapie II Link, Ulm
Bezirkskrankenhaus Günzburg
Direktor: Prof. Dr. med. Thomas Köcker

www.bezirkskliniken-schwaben.de
ulm
bezirkskliniken
schwaben

**Psychische
und neuropsychiatrische
Erkrankungen des Älterns**
Amoklonie, Gedächtnisprechstunde, Station
Gerontopsychiatrie Ulm/Bezirkskrankenhaus Günzburg
Gerontopsychiatrie Bezirkskrankenhaus Günzburg

Prof. Dr. med. Matthias W. Ruge



Ludwig-Hilf-Frauen Str. 2 Leimgartenweg 12-14
89012 Günzburg 89076 Ulm
Telefon: 06221 96 2355 Telefax: 0781 650 41500

bezirkskliniken
schwaben

Bezirkskrankenhaus Günzburg
Bezirkskrankenhaus Günzburg
Klin für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik

Einladung
zu den
Günzburger Geriatriegesprächen

Herzerkrankungen und Depression



bezirkskliniken
schwaben

Bezirkskrankenhaus Günzburg
Bezirkskrankenhaus Günzburg

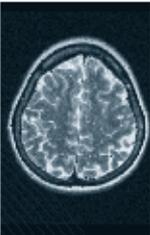
Einladung

Demenztage
Infoveranstaltung für
niedergelassene Kollegen

23. Juni 2010



Universitätsklinikum Ulm



GERONTOPSYCHIATRIE
"Wohnt das Leben?
In der Mitte der Gesellschaft!"

Workshop und Diskussion
Stadthaus Ulm, Mühlsteplatz
am 1. Juli 2010 um 17 Uhr

Zur Eröffnung der
gerontopsychiatrischen
Hocharbeitsambulanz

Projekte AG Versorgungsforschung

Beteiligung an Cochrane Reviews unter der Leitung von M. Kösters

- Guiana G, Barbui C, Chiodo D, Cipriani A, Davies SJC, Koesters M. Antidepressants versus placebo for panic disorder in adults (Protokoll zur Begutachtung eingereicht).
- Guiana G, Barbui C, Chiodo D, Cipriani A, Davies SJC, Koesters M. Benzodiazepines versus placebo for panic disorder in adults (Protokoll zur Begutachtung eingereicht).
Cipriani A, Koesters M, Furukawa TA, Nose M, Purgato M, Omori IM, Churchill R, Dawson S, Barbui C. Duloxetine versus other anti-depressive agents for depression. Cochrane Database of Systematic Reviews (im Druck).
- Barbui C, Koesters M, Castellani, A, Pompoli, A, Cipriani, A. Implementation of treatment guidelines for specialist mental health care (Protokoll im Begutachtungsprozess).

Das letztgenannte Review wird in Zusammenarbeit mit Prof. C. Barbui und Prof. A. Cipriani von der Universität Verona im Rahmen eines vom BMBF geförderten Projektes durchgeführt, welches im Februar 2012 beginnt.

Ziel dieses Projektes ist es, die verfügbare Evidenz zu den Auswirkungen von Behandlungsleitlinien in der Psychiatrie auf die Behandlung und das Behandlungsergebnis zusammenzufassen. Dabei sollen auch die Effekte verschiedener Strategien zur Leitlinienimplementierung berücksichtigt werden.

Lebensqualität im Alter

Normierung des WHOQOL-OLD und Erhebung der Lebensqualität in verschiedenen Subgruppen der Altenbevölkerung

In diesem durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Projekt (Beginn Januar 2012) wird, unter der Leitung von PD Dr. Reinhold Kilian und in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP), die subjektive Lebensqualität von Menschen mit chronischen Erkrankungen im höheren Lebensalter (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Depressionen) sowie von Personen, die Angehörige mit einer Demenzerkrankung zu Hause pflegen, untersucht.

Die subjektive Lebensqualität (LQ) ist ein wesentliches Kriterium für die Beurteilung der Qualität medizinischer und pflegerischer Leistungen. Der WHOQOL Fragebogen wurde als ein international einsetzbarer Fragebogen zu Erfassung der LQ entwickelt. Dennoch fehlt es an einem Instrument zur Messung von LQ von älteren Personen und älteren Personen mit Zusatzbelastungen.

Übergeordnetes Ziel der Studie ist die Verbesserung der medizinischen Versorgung von älteren Menschen durch das Bereitstellen eines Instruments zur Erfassung der Lebensqualität im Alter. Zusätzlich soll die Studie erste Einblicke in die LQ von älteren Menschen mit zusätzlichen Belastungen durch Erkrankung oder Pflege von Angehörigen bringen. Ein weiteres Ziel des Projekts ist die Normierung und die Entwicklung eines Handbuchs für die deutschsprachige Version des Instruments WHOQOL-OLD zur Erfassung der Lebensqualität älterer Menschen.

MEMENTA

Versorgungssituation bei psychisch erkrankten Menschen mit Intelligenzminderung

Diese multizentrische Studie, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) wird federführend am Universitätsklinikum Dresden unter der Leitung von Herrn PD Dr. Matthias Schützwohl durchgeführt. Kooperationszentren sind das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, sowie die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm sein.

Die Versorgungssituation von psychisch erkrankten Menschen mit Intelligenzminderung wird in Deutschland insgesamt als defizitär eingeschätzt und ist empirisch kaum untersucht.

Gegenstand der Untersuchung ist angesichts dieser Ausgangssituation die Beschreibung und Bewertung der Versorgungssituation psychisch erkrankter Menschen mit Intelligenzminderung vor dem Hintergrund von Prävalenz, Versorgungsangebot, -bedarf und Versorgungsbedürfnissen. Im Mittelpunkt steht die Identifizierung von Entwicklungsbedarfen in den Versorgungsstrukturen und Leistungsangeboten. Ziel der Studie ist es, die Versorgungsstrukturen und -leistungen mittelfristig derart zu optimieren, dass sie dem Bedarf und den Bedürfnissen der Patienten gerecht werden und ein entsprechendes Inanspruchnahmeverhalten erlauben.

COMBINE

Randomisierte kontrollierte Studie zur Untersuchung der Effizienz einer antipsychotischen Kombinationsbehandlung von Olanzapin und Amisulprid bei akut erkrankten Patienten mit Schizophrenie

Diese vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderte, multizentrische Studie wird – federführend durch die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Düsseldorf – in insgesamt sieben Zentren durchgeführt. Eines dieser Zentren ist die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm. Projektbeginn ist im Mai 2012, die geplante Gesamtdauer der Studie beträgt 36 Monate.

Ziel dieser Studie ist es, einen rationalen Ansatz für antipsychotische Kombinationstherapie zu finden. Dazu sollen die therapeutische Effizienz und das Auftreten unerwünschter Arzneimittelwirkungen bei der Kombinationsbehandlung am Beispiel von Amisulprid und Olanzapin im Vergleich zur Monotherapie mit diesen beiden Substanzen bei der Akutbehandlung an schizophren Erkrankten untersucht werden. Die Substanzen weisen komplementäre neuronale Rezeptorbindungsprofile und Metabolisierungswege auf und haben in retrospektiven Studien bei der Kombinationsbehandlung Effizienz und gute Verträglichkeit gezeigt (Zink 2004). Eine antipsychotische Pharmakotherapie auf diese Weise zu kombinieren, könnte die therapeutische Effizienz erhöhen und gleichzeitig unerwünschte Arzneimittelwirkungen reduzieren.

Forschungsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter

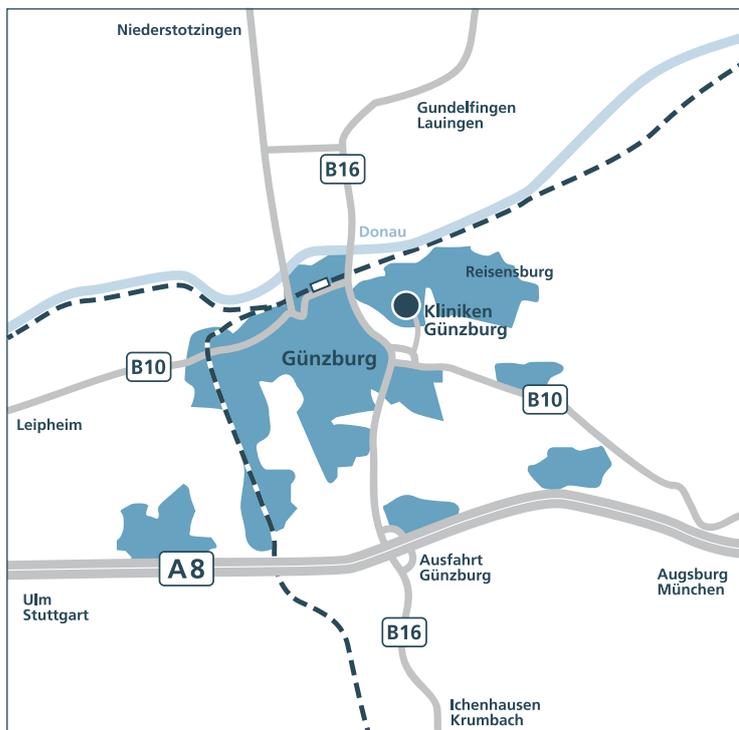
Altintas, Ertan	Arzt
Arnold, Katrin	Dipl.-Soz., Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Ay, Esra	Medizinische Dokumentarin, B.Sc.
Bassov, Anette	Dipl.-Med.Dok. (FH), Medizinische Dokumentarin (bis 07-2010)
Baumgartner, Ildiko	Medizinische Dokumentarin (bis 06-2010)
Bechter, Karl	Prof. Dr. med., Chefarzt
Becker, Thomas	Prof. Dr. med., Ärztlicher Direktor
Beinhoff, Ulrike	Dipl.-Psych., Wissenschaftliche Mitarbeiterin (bis 01-2012) Standort Berlin
Böhm, Marcella	Ergotherapeutin (bis 08-2010)
Chrobok, Agnieszka	Mag. Psych., Wissenschaftliche Mitarbeiterin (bis 06-2010)
Dillinger, Beate	Forschungssekretariat Prof. Dr. T. Becker
Frasch, Karel	Dr. med., Oberarzt
Hertle, Christine	Dipl.-Psych., Wissenschaftliche Mitarbeiterin (bis 04-2011)
Hörand, Susanne	Dipl.-Psych., Wissenschaftliche Mitarbeiterin (bis 04-2011) Standort München
Holeczek, Sabine	Sekretariat Prof. Dr. K. Bechter
Holtrup, Ann-Christien	M.A.soz., Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Jäger, Markus	Privatdozent, Dr. med., Oberarzt
Jonas Christina	Dipl.-Psych., Wissenschaftliche Mitarbeiterin (bis 08-2010) Standort München
Kalkan, Rana	Dr. biol.hum. Dipl.-Psych., Wissenschaftliche Mitarbeiterin (bis 03-2011)
Keller, Ilse	Study nurse
Kilian Reinhold	Privatdozent Dr. rer.soc., Senior researcher und Abteilungsleiter
Kling-Lourenço, Paulo J.G.	Dipl.-Jur., Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Kösters, Markus	Dr. biol.hum., Dipl.-Psych., Wissenschaftlicher Mitarbeiter
Konrad, Jana	Physiotherapeutin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Krumm, Silvia	Dr. phil. M.A.soz., Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Lahmeyer, C.	Dipl.-Päd., Wissenschaftliche Mitarbeiterin (bis 02-2011)
Loos, Sabine	Dipl.-Psych., Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Losert, Carolin	Dipl.-Ing. M.eng., Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Lukschanderl, Katharina	Ergotherapeutin (bis 08-2010)
Lys-Feldhoff, Hedwig	Study nurse (bis 08-2010) Standort Bad Aibling
Maxeiner, Horst	Dr. med., Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Neumann, Petra	Dipl.-Psych., Wissenschaftliche Mitarbeiterin (bis 10-2011)
Neumeister, Katharina	Dipl.-biol., Wissenschaftliche Mitarbeiterin (Standort Ulm)
Niederberger, Vera	Sekretariat Prof. Dr. T. Becker
Palm, Christian	Dr. med., Arzt (bis 07-2010)
Puschner Bernd	Privatdozent Dr. phil. Dipl.-Psych., Senior researcher
Riepe, Matthias	Prof. Dr. med. Dipl.-Phys., Chefarzt Sektion Gerontopsychiatrie
Schiffczyk, Claudia	Dipl.-Psych., Wissenschaftliche Mitarbeiterin (bis 08-2011)
Schulze Entrup, Elisabeth	Sekretariat Prof. Dr. T. Becker
Sommer, Liliya	M. A. phil., Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Stepanyan, Zaruhi	Dr. (MD, PhD), Ärztin und Wissenschaftliche Mitarbeiterin (bis 03-2011)
Vrba, Stefanie	Sekretariat Prof. Dr. M. Riepe
Walther, Britta	Dr. med., Ärztin
Weiser, Prisca	Dr. biol. hum., Dipl.-Psych., Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Wigand, Moritz	Dr. med., Arzt
Wörner, Simone	Forschungssekretariat (bis 08-2011)
Zentner, Nadja	Medizinische Dokumentarin, B. Sc.
Zhang, Ying	Dipl.-Psych., Wissenschaftliche Mitarbeiterin (bis 08-2011)

Praktikanten (Medizinische Dokumentation) und Studentische Hilfskräfte

Ay, Zehra	(bis 02-2012)
Checchia, Carmen	(seit 04-2011)
Eberhardt, Lisa	(bis 10-2011)
Frusteri, John Sally	(bis 05-2011)
Gäßler, Anna	(bis 10-2010)
Konrad, Jana	(Weiterbeschäftigung als Wissenschaftliche Mitarbeiterin)
Kraus, Katharina	(bis 03-2012)
Pfeil, Jens	(bis 02-2012)
Schneck, Claudia	(11/12-2011)
Sommer, Liliya	(Weiterbeschäftigung als Wissenschaftliche Mitarbeiterin)
Staudigl, Lena	(seit 10-2011)
Werner, Christian	(bis 03-2010)
Zdravkova, Nadezhda	(bis 05-2010)
Zentner, Nadja	(Weiterbeschäftigung als Wissenschaftliche Mitarbeiterin)

So finden Sie zu uns:



Mit dem Auto:

Günzburg liegt an der A8 Stuttgart/München und ist von beiden Städten in ca. 1 Stunde erreichbar.

Von Norden oder Süden: Folgen Sie der Autobahn A7 Richtung Ulm bis zum Autobahnkreuz Ulm/Elchingen. Dann über die A8 Richtung München 15 km bis zur Ausfahrt Günzburg.

Von Osten oder Westen: Folgen Sie der A8 bis zur Ausfahrt Günzburg.

Ab der Autobahnausfahrt Günzburg: Folgen Sie der B16 in Richtung Günzburg (Stadtmitte). Nach ca. 2,5 km rechts abbiegen Richtung Kliniken/Stadtmitte. Anschließend nach ca. 150 m links in die Ludwig-Heilmeyer-Straße einbiegen, diese ist die Zufahrtsstraße zu den Kliniken und zum Ärztehaus.

Besucherparkplätze gibt es direkt vor dem Ärztehaus oder auf den Besucherparkplätzen des Klinikums. Genauere Informationen über das Klinikgelände finden Sie auf dem umseitigen Lageplan.

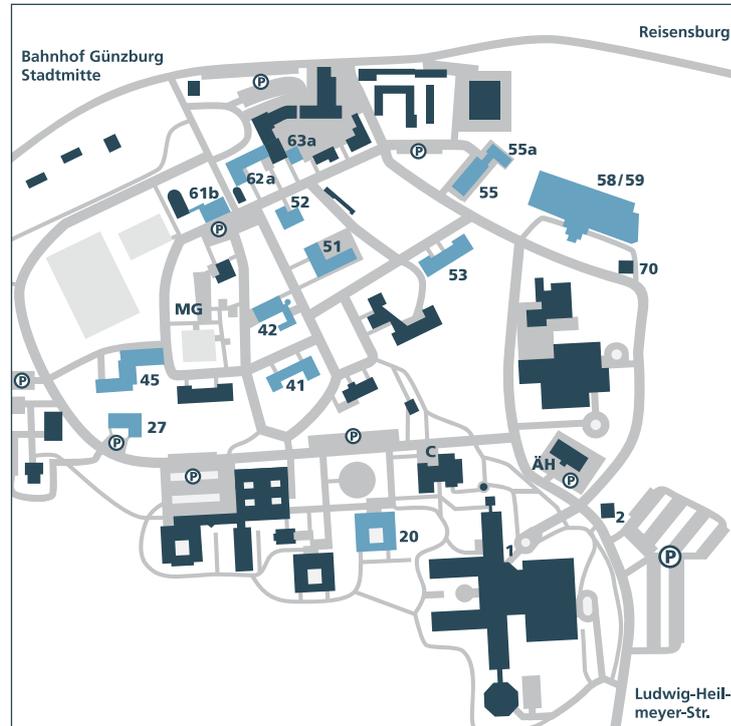
Per Bahn:

Günzburg ist im 2-Stundentakt an das IC/EC-Netz der Deutschen Bahn AG angeschlossen. Alternativ mit ICE nach Ulm oder Augsburg, von dort mit Regionalbahnen nach Günzburg-Hauptbahnhof. Vom Günzburger Hauptbahnhof entweder mit dem Taxi oder ca. 15 min. Fußweg. Zu Fuß am besten über die sog. Alte Pforte (Eingang Reisensburger Straße) ins Krankenhausgelände.

Per Flugzeug:

Vom Flughafen Stuttgart ca. 1 Autostunde über die A8 in Richtung München, vom Flughafen München etwa 100 min. über die A92/A99 und dann die A8 in Richtung Stuttgart.

So finden Sie sich bei uns zurecht:



1 Kreiskrankenhaus

2 Pforte

ÄH Ärztehaus: u. a. Forschungsabteilung
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II

20 **Allgemeinpsychiatrie**

27 **Psychiatrische Institutsambulanz**

41 **Allgemeinpsychiatrie**

42 **Gerontopsychiatrie**

45 **Allgemeinpsychiatrie, Gerontopsychiatrie**

51 **Gerontopsychiatrie**

52 **Allgemeinpsychiatrie**

53 **Abhängigkeitserkrankungen**

55 **Allgemeinpsychiatrie,
Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik**

58 **Forensische Psychiatrie**

59 **Forensische Psychiatrie**

61b Festsaal

62a Verwaltung / Ärztliche Leitung

63a Sitzungs- und Hörsaal

70 Bürogebäude – Forschungsabteilung
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II

AP Alte Pforte



ulm university universität
uulm

