



**BERLIN**

# WAS BRINGT UNS TRANSITION?

BEISPIEL EINES REGIONALEN TRANSITIONSNETZWERKS



DR. MED. JAN LAUER  
Völklingen



HENNING LÖBBECKE  
Saarbrücken

In den Versorgungsbereichen der ADHS und Autismus-Spektrum-Störung (ASS) wird seit längerem über einen potenziellen Nutzen von Ärztenetzwerken diskutiert.

Halten solche Modelle, was sich die Netzwerkenden davon versprechen? Wie ist der organisatorische Aufwand und wie könnte eine Netzwerkgründung angegangen werden? Über erste positive Erfahrungen nach der Gründung des ADHS-ASS-Netzwerks Saar berichten Dr. Jan Lauer und Dipl. Psych. Henning Löbbecke.

## INTERVIEW

Herr Dr. Lauer, Herr Löbbecke, wir sprechen über Netzwerke zur verbesserten Patientenversorgung. Was läuft bei erwachsenen Patienten mit einer ADHS oder ASS derzeit aus Ihrer Sicht nicht gut?

Hr. Löbbecke: Die Versorgung von Erwachsenen mit einer ADHS und Autismus-Spektrum-Störung (ASS) ist nach meiner Wahrnehmung insgesamt unverändert schlecht. Wir sehen Unterversorgung heute in einigen medizinischen Versorgungsbereichen; in diesen speziellen Diagnosen ist sie jedoch zugespitzt und teilweise dramatisch. Für Erwachsene in diesen Indikationen existiert faktisch kaum ein Behandlungsangebot. Das betrifft die psychiatrische Versorgung und in noch deutlich höherem Ausmaß die psychotherapeutische Versorgung der Betroffenen. Wir haben es wesentlich mit einer quantitativen Problematik zu tun.

Dr. Lauer: Auch in psychiatrischen Kliniken gibt es viel zu wenig Ärzte und Psychologen, die eine Fachdiagnostik von ADHS und Autismus und/oder eine Behandlung anbieten. Wenn man die Störungsbilder aber nicht erkennt und nicht behandelt, findet Chronifizierung in Sekundärphänomene wie zum Beispiel depressive Erkrankungen statt. Die Suizidrate bei Autisten beispielsweise ist enorm viel höher als in der Allgemeinbevölkerung, um einen harten Endpunkt zu nennen.

Was erschwert die Abläufe im Alltag konkret?

Hr. Löbbecke: Ich habe in Vorbereitung auf unser Gespräch in die Leitlinien zum Thema Transition geschaut. Das liest sich alles gut und richtig. In der Versorgungsrealität fehlt Kollegen, beispielsweise für eine Übernahme von Patienten, in der Regel schlicht die Zeit. Ich kann an einer Hand abzählen, wann ich im letzten Jahr mit Kollegen inhaltlich wegen eines Patienten telefoniert habe. Die Zeit ist fast nie da.

Dr. Lauer: Mir ist wichtig, dass eine verbesserte Versorgung eine bessere Ausbildung im Umgang mit beiden Störungsbildern voraussetzt. Wenn wir Ärzte, Psychologen und Weiterbildungsassistenten in stationären Einrichtungen und Tageskliniken stärker als bislang in die Diagnostik und Therapie von einer ADHS und Autismus einbinden, hat das neben unmittelbaren- auch langfristige positive Effekte. Unter

anderem, weil wir bei einem späteren Wechsel der Kollegen in eine andere Klinik oder in die Niederlassung kompetente Kooperationspartner finden. Ein zweiter Aspekt ist, dass bei manchen Behandelnden zum Teil „Berührungsängste“ mit beiden Patientengruppen bestehen. Etwa eine gewisse Unsicherheit, wie sie Betroffene ansprechen, wie sie diagnostizieren oder behandeln sollen. Auch hier können wir durch Netzwerkarbeit ansetzen.

Also war eine Hauptmotivation für die Netzwerkgründung der Gedanke mehr Mitstreitende zu finden?

Hr. Löbbecke: Wir hatten in der Tat die Vorstellung, dass wir mehr Behandelnde sein müssen. Ich hatte schon vor der Corona-Pandemie viele Anfragen. Jetzt sind es noch einmal deutlich mehr geworden. Vielleicht weil die Menschen sich durch existenzielle Krisen mehr Gedanken machen, vielleicht, weil sie sich mehr Zeit für ihre Gesundheit nehmen. Oder beides. Auf meinem Anrufbeantworter bitte ich Anrufer um Verständnis für eine lange Wartezeit und darum, keine gesprochene Nachricht zu hinterlassen, sondern eine E-Mail zu schreiben. Und was dort geschildert wird, ist zum Teil ergreifend zu lesen. Der Kern der Idee war demnach, die Versorgung unserer Patienten zu verbessern und damit auch unsere eigene Lebenszufriedenheit positiv zu beeinflussen. Weil wir gerne gut versorgen wollen.

Dr. Lauer: Eine ADHS und ein Autismus sind, wenn man sich damit beschäftigt, relativ einfach zu diagnostizierende Erkrankungen. Bei beiden Störungsbildern bietet sich ein enormes therapeutisches Potenzial. Bei einer ADHS, die wir mit einer Kombination aus Medikation und Psychotherapie behandeln, liegt dieses allein auf die Medikation bezogen höher als bei jeder anderen psychiatrischen Erkrankung. Wir können mit einer medikamentösen Therapie bereits kurzfristig Akzente setzen, wie es in dieser Form bei z.B. depressiven Erkrankungen nicht vergleichbar gelingt. Ich erhoffe mir von der Netzwerkgründung also auch, dass wir das vorhandene Potenzial viel besser ausschöpfen.

>>>



### Wie unterstützt das Netzwerk Ihre praktische Arbeit?

Dr. Lauer: Durch die Zusammenarbeit im Netzwerk sind heute schon viel mehr Patienten diagnostiziert worden und in Weiterbehandlung. Wenn ich Patienten in unserer Klinik diagnostiziere und gerade keine konkrete Einzelpsychotherapie anbieten kann, kann ich diese über das Netzwerk vermitteln. Umgekehrt schicken andere Netzwerkteilnehmer Patienten zu uns, das heißt wir haben eine funktionierende praktische Kooperation und Zusammenarbeit.

Hr. Löbbecke: Wir hatten überlegt, wie eine Weiterleitung von Patienten untereinander effektiv gestaltet werden kann, ohne dass beispielsweise Mehrfachanmeldungen und frustrierende Wartelisten resultieren. Dazu haben wir uns auf einen diagnostischen Standard geeinigt, der als Voraussetzung für die Einleitung einer medikamentösen Therapie gegeben sein muss. Wenn eine Diagnose durch einen Psychotherapeuten auf diesem Standard gestellt und dokumentiert wurde, ist diese medizinisch rechtssicher, so dass eine medikamentöse Behandlung begonnen werden kann.

In der psychiatrischen Praxis muss dann die Testbatterie nicht noch einmal absolviert werden.

Formal wird das über einen Kurzbrief an den übernehmenden Kollegen gelöst. Das hat nach ersten Eindrücken bzw. Rückmeldungen viel bewirkt, weil es Zeit spart und wir als Gemeinschaft effektiver werden.

### Wie sind Sie bei Ihrer Netzwerkgründung vorgegangen? Wie haben Sie Mitstreitende gewonnen?

Hr. Löbbecke: Die Idee ist aus der Zusammenarbeit zwischen Jan und mir durch gegenseitiges Interesse, Austausch und Sympathie entstanden. Im ersten Schritt haben wir Kollegen angesprochen, von denen wir annahmen, dass sie ähnlich denken wie wir. Die bildlich gesprochen vielleicht auch mal den extra Weg gehen, eine nachfragende E-Mail schreiben oder sich erkundigen, ob überstellte Patienten gut in der Klinik oder Praxis angekommen sind. Da hat menschliche Passung eine Rolle gespielt, also die Frage, mit wem wir gerne arbeiten wollten.

### Wer arbeitet mit?

Hr. Löbbecke: Zuerst hatten wir Kollegen aus der Erwachsenenpsychiatrie angesprochen, es haben sich dann rasch auch erste Kinder- und Jugendpsychiater angeschlossen, was ich persönlich sehr bereichernd finde.

Von der Grundidee waren Jan und ich uns einig, dass wir das Netzwerk für Beteiligung offen halten- das heißt nichts ausschließen wollen.

Die gemeinsame Klammer der Netzwerkenden sind derzeit die Störungsbilder, und da haben wir ganz bewusst entschieden beide Indikationen, ADHS und die Autismus-Spektrum-Störungen, im gemeinsamen Netzwerk zu vereinen. Jetzt wächst das Konstrukt. Beim letzten Treffen waren wieder neue Ärzte und eine Sozialarbeiterin. Dann hatte sich die Autismus-Selbsthilfe des Saarlandes vorgestellt. Beim nächsten Mal nehmen Vertreter aus ADHS-Selbsthilfegruppen teil. Im Moment ist der Netzwerkgedanke also eher breit integrativ gefasst, indem über die beteiligten Berufsgruppen hinaus, z.B. auch Betroffene kommen.

Dr. Lauer: Wir sind von dieser positiven Entwicklung selbst überrascht. Unser Verteiler umfasst derzeit um die 80 Adressen. Neben den von Henning genannten Fachgruppen fragen Erwachsenenpsychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychotherapeuten, Sozialarbeiter aus der Klinik und zum Teil aus der ambulanten Versorgung an. Also beispielsweise Fachkräfte, die Wohngruppen betreuen oder Eingliederungshilfe geben. Dazu kommen Anfragen aus dem pädagogischen Dienst, vom Kultusministerium und von Betroffenen aus der Selbsthilfe. Wenn diese Gruppen demnächst zu Netzwerktreffen kommen, bewegt sich das noch einmal auf eine andere Ebene.

Hr. Löbbecke: Wir beide halten Entwicklung und Offenheit in verschiedene Richtungen für wichtig. Beispielsweise könnten sich aus dem Netzwerk heraus zukünftig eigene Arbeitsgruppen bilden, etwa eine „Arbeitsgruppe Bildungssystem“, die intensiver mit Schulpsychologen oder dem Bildungsministerium interagiert. Oder: Wenn wir in Richtung der Psychotherapeuten- oder Ärzteausbildung denken und diese erweitern wollten, wäre Gremienarbeit wichtig. Die gemeinsame Basis heute ist das gegenseitige Interesse füreinander. Dieser Gedanke einer gemeinsamen Arbeit an der Thematik begeistert mich, muss ich sagen.

### Wie ist Ihr Netzwerk formal organisiert?

Dr. Lauer: Wir sind frei organisiert, erhalten kein Geld für die Netzwerkarbeit und müssen uns beispielsweise Räumlichkeiten für unsere Treffen selbst suchen. Weil wir kein Organ und keine Institution sind, die beispielsweise unter dem Dach der KV Saarland laufen könnte. Wir geben uns einen Rahmen, indem wir beispielsweise unsere Veranstaltungen bei der Ärztekammer und der Psychotherapeutenkammer anmelden, so dass Teilnehmende Fortbildungspunkte erhalten. Wir sind jedoch kein Qualitätszirkel, der ja der Kassenärztlichen Vereinigung unterstellt wäre, und dann auch entsprechende Formalien zu berücksichtigen hätte.

Hr. Löbbecke: Dazu eine Anekdote. Dass das, was wir machen wollen, keine Qualitätszirkel-Arbeit ist, wurde uns in letzter Konsequenz erst nach einer Weiterbildung klar, mit der wir uns für die Leitung eines Qualitätszirkels fachlich qualifiziert hatten. Insofern bezeichnen wir uns zurzeit als eine Interessensgemeinschaft, als einen Zusammenschluss von Menschen, die sich leidenschaftlich in beiden Indikationen engagieren. Aber wie geschildert, ist die weitere Entwicklung offen. Wenn wir zum Beispiel entscheiden, dass wir anbieten, Lehrer zu schulen, d.h. Fortbildungen absolvieren, würde eventuell doch eine Vereinsgründung notwendig werden.

### Gibt es eine Begleitdokumentation Ihrer Netzwerkarbeit?

Hr. Löbbecke: Die Frage ist berechtigt und es wäre sicherlich auch interessant, das Projekt öffentlich einsehbar zu dokumentieren. Doch das wird von uns momentan eher nicht verfolgt. In der Phase jetzt steht „der Schutz“ der beteiligten Berufsgruppen im Vordergrund. Wir machen bewusst auf unser Konzept nicht aufmerksam, denn wir sehen schon ein wenig die Gefahr, aus der momentanen Situation der Hochbelastung heraus eventuell noch mehr Behandlungsanfragen zu erhalten. Deswegen existiert beispielsweise auch keine Facebook Seite, wie sie von Selbsthilfen oft angeboten wird.

>>>

### Wie kommunizieren Sie untereinander?

Dr. Lauer: Ein Kollege im Netzwerk hat eine passwortgeschützte Cloud eingerichtet, über die wir datensicher kommunizieren. Auch der E-Mail-Verteiler war am Anfang der Netzwerkgründung ein großes Thema. Uns ist wichtig, dass alle die in der Sache leidenschaftlich dabei sind, sich mit ihrer Identität sicher fühlen. Entsprechend ist der E-Mail-Verteiler nicht-öffentlich. Die Privatsphäre der Ärzte und der Therapeuten bleiben geschützt. Das sind Kleinigkeiten, auf die man jedoch Wert legen muss.

### Als ein Fazit der bisherigen Erfahrungen: Was ist der oder ein Mehrwert der Netzwerkgründung, den Sie zum heutigen Zeitpunkt sehen?

Hr. Löbbecke: Es gibt derzeit ja eher wenige erwachsenenpsychiatrische Kollegen, die als Schwerpunkt Menschen mit einer ADHS und Autismus versorgen. Schon deshalb schätze ich den Austausch sehr und es begeistert mich, dass das die Netzwerkenden ebenso sehen. Im Netzwerk ist der Anspruch an die Diagnostik hoch. Wir nehmen uns oftmals sehr viel Zeit, arbeiten akribisch und präzise und nur, wenn wir auf Basis der S3-Leitlinie sicher sind, geht beispielsweise der beschriebene Kurzbefund mit Diagnose an einen weiterversorgenden Kollegen. Das ist ein Vorgehen, das für mein Selbstverständnis als Diagnostiker und als Therapeut einfach passt. Darüber hinaus finde ich wichtig, dass wir uns Möglichkeiten schaffen, den Versorgungsalltag und damit auch unseren Arbeitsalltag selbst aktiv zu gestalten.

Dr. Lauer: Ich kann Henning nur zustimmen. Mich motiviert tatsächlich das genannte hohe Potenzial. Wir erleben, dass Menschen mit einem schwer verlaufenden Autismus oder einer ADHS und ungünstiger Prognose durch eine adäquate Diagnostik verstehen, wie sie funktionieren und lernen sich zu akzeptieren. Bei vielen haben langjährige wiederholte Rückschläge zu einem Insuffizienzerleben, fehlendem Selbstwert und permanentem Zweifel geführt, und dazu, dass sie immer tiefer in eine sekundäre, also aufgepfropfte Depression gerutscht sind. Würden diese Prozesse früher stattfinden und Betroffenen signalisiert, dass sie in ihrer Art funktionieren dürfen, würden sich die zusätzlichen Depressionen nicht in diesem Ausmaß

entwickeln. Wir haben also bei der Auseinandersetzung mit dem Thema eine große Chance Menschen ernsthaft zu unterstützen. <

# ADHS & NICHT STOFFGEBUNDENE ABHÄNGIGKEITEN



DR. MED. ALEXANDER  
GORT GOLZARANDI  
Köln



DR. MED. CHRISTIAN KONKOL  
Warstein

Die Nutzung von Computern, Tablets und anderen Digitalmedien ist im Alltag vieler Menschen angekommen und mehrheitlich auch nicht problematisch. Schwierigkeiten können sich für einen kleineren Anteil der Nutzer ergeben, die aufgrund von Vulnerabilitätsfaktoren ein Suchtverhalten entwickeln. Dazu können beispielsweise eine mangelnde Selbstkontrolle, mangelnde Copingstrategien, ein vermehrtes Stresserleben und eine dysfunktionale Stressverarbeitung beitragen, auch erlebte Traumata, Angst oder Einsamkeit.

Was mögliche klinische Konsequenzen sind und wie Betroffene therapeutisch begleitet werden können, haben der Kinder- und Jugendpsychiater Dr. Alexander Gort Golzarandi und der Erwachsenenpsychiater Dr. Christian Konkol diskutiert. Sie halten beispielsweise für essenziell, dass beide Disziplinen den Transitionsprozess intensiver leben als es bislang der Fall ist. „Wir müssen uns viel mehr füreinander interessieren,“ sagt Christian Konkol. Dazu könnte unter anderem gehören, Knowhow aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Erwachsenenpsychiatrie zu übertragen.

**ADHS**  **IMPULSE**  
Austausch · Vernetzung · Wissen

**KOMPENDIUM  
PRAXISWORKSHOPS  
BERLIN 2024  
HAMBURG**



# VORWORT



Bei der MEDICE - The Health Family - Fortbildung ADHS Impulse 2024 haben sich erneut Teilnehmer aus u.a. dem kinder- und jugendpsychiatrischen, dem pädiatrischen, neurologischen, hausärztlichen sowie dem allgemeinpsychiatrischen Versorgungsbereich zu neuesten Entwicklungen ausgetauscht. Dazu zählte als ein Schwerpunkt die Auftakt-Veranstaltung im März aufgrund der Markteinführung eines schnellfreisetzenden Melatonin-Präparats für Kinder und Jugendliche mit einer diagnostizierten ADHS und anhaltenden Schlafstörungen. Der Podcast auf Seite 34 gibt weitere Informationen zu diesem spannenden Thema. Insgesamt umfasste die Fortbildung 12 Workshops, die am 2. März in Berlin und 4. Mai in Hamburg stattfanden.

Viele Diskussionen bezogen sich auf Möglichkeiten, die Versorgungssituation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer ADHS zu verbessern. Hier wurde deutlich, dass der – strukturell bedingt ohnehin schwierige – Zugang zu qualifizierter Diagnose und Therapie für einen Teil der Betroffenen besonders kompliziert ist. Zu einer ADHS bestehende psychiatrische Komorbiditäten, auch Sucht- sowie Mediensuchtproblematiken können Erkrankte lange Zeit daran hindern, aktiv therapeutische Hilfe zu suchen. Aus diesem Grund sollte bei einem Nachweis dieser Störungen stets auch an die Möglichkeit einer ADHS gedacht- und eine Diagnostik veranlasst werden.

Der in der Indikation ADHS so wichtige Vernetzungsgedanke wird erfreulicherweise zunehmend gelebt. Am Beispiel ihres eigenen regionalen Netzwerks mit Fokus auf ADHS und Autismus-Spektrum-Störungen stellten zwei Workshopleiter dar, wie ein interdisziplinäres strukturierendes Arbeiten bereits innerhalb weniger Jahre eine spürbare Verbesserung der Versorgung bewirken kann. Ein hohes regionales Interesse am Projekt zeigt den bestehenden enormen Bedarf zur fachübergreifenden Kooperation.

Deutlich wurde zudem, dass digitale Technologien in der psychotherapeutischen Versorgung stark an Bedeutung gewinnen. Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA), die als CE-geprüfte Medizinprodukte mit gesicherter Qualität zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ordnungsfähig sind, werden die Behandlungsoptionen im Indikationsgebiet ADHS absehbar ergänzen. Ein Beispiel ist „hiToco“ von Medice, ein digitales Training für Eltern von Kindern mit einer ADHS und/oder oppositionellem Problemverhalten (OPP). Die Anwendung hat bereits eine klinische Pilotphase durchlaufen. Erste, noch nicht veröffentlichte vorläufige Ergebnisse zum Nutzungsverhalten der Studienteilnehmer weisen auf eine hohe Akzeptanz dieses Smartphone-basierten Elterntrainings hin. Eine weitere App von Medice (hiPanya<sup>®</sup>) informiert Eltern von Kindern und Jugendlichen die zusätzlich zu einer ADHS von anhaltenden Schlafstörungen betroffen sind. Zu diesem klinisch ebenfalls hoch relevanten Workshopthema existiert ein eigener Podcast, auf den an dieser Stelle gerne verwiesen wird.

# INHALT

## BERLIN

### /// INTERVIEW:

Was bringt uns Transition? 10  
DR. MED. JAN LAUER & HENNING LÖBBECKE

ADHS & nicht stoffgebundene Abhängigkeiten 15  
DR. MED. ALEXANDER GORT GOLZARANDI & DR. MED. CHRISTIAN KONKOL

### /// STATEMENT:

E-Health-Lösungen 22  
DR. RER. MEDIC ANJA GÖRTZ-DORTEN

ADHS & Depression 28  
DR. MED. CAROLIN ZIMMERMANN

### /// PODCAST:

ADHS & Schlafstörungen 34  
DR. MED. DIRK HEINICKE

ADHS im Berufsleben 36  
DR. MED. BEATE KENTNER-FIGURA & DR. MED. FRANK MATTHIAS RUDOLPH

## HAMBURG

### /// INTERVIEW:

ADHS, Tic & Tourette 40  
PD DR. MED. DANIEL ALVAREZ-FISCHER

ADHS Medikamente - Der richtige Einsatz 45  
DR. MED. ANDREA BOREATTI & DR. MED. HENRIK UEBEL-VON SANDERSLEBEN

### /// STATEMENT:

ADHS & Recht 52  
PROF. DR. MED. PETER GREVEN &  
DR. MED. FRANK MATTHIAS RUDOLPH

Relevanz der Komorbidität Persönlichkeitsstörungen 58  
PROF. DR. MED. CHRISTIAN JACOB

### /// INTERVIEW:

Gender- und Geschlechtersensitive ADHS 62  
PROF. DR. MED. DIPL.-PSYCH. MICHAEL HUSS

Digitale Lösungen in der Praxis 66  
PROF. DR. MED. ANDREA CABY

# DIE REFERENTEN



PD DR. MED. DANIEL ALVAREZ-FISCHER  
Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie  
Neuropsychiatrische Gemeinschaftspraxis



DR. MED. ANDREA BOREATTI  
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie  
Gemeinschaftspraxis für Neurologie, Psychiatrie und  
Psychotherapie



PROF. DR. MED. ANDREA CABY  
Fachärztin für Kinder- und Jugendheilkunde  
Professorin für Sozialpädiatrie/Sozialmedizin  
Schwerpunkt Psychotherapie  
Leitende Ärztin  
SPZ Marien Hospital Papenburg



DR. RER. MEDIC. ANJA GÖRTZ-DORTEN  
Dipl.-Psych., Dipl.-Heilpäd.  
Leiterin des Bereichs Evaluation beim Ausbildungsinstitut AKiP  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin  
Forschungsambulanz der Uniklinik Köln  
Ausbildungsinstitut für Kinder- und JugendlichenPsychotherapie (AKiP)



DR. MED. ALEXANDER GORT GOLZARANDI  
Oberarzt  
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
Universitätsklinikum Köln AöR, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugend-  
psychiatrie, Psychotherapie

## HINWEIS

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.



**PROF. DR. MED. PETER GREVEN**  
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Psychotherapie  
Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie



**DR. MED. JAN LAUER**  
Leitender Oberarzt  
SHG Kliniken Völklingen  
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik  
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität des Saarlandes



**DR. MED. DIRK HEINICKE**  
Chefarzt  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Neuropädiatrie  
Klinik Bavaria Kreischa/Zscheckwitz



**HENNING LÖBBECKE**  
Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie)  
Praxisgemeinschaft am Landwehrplatz Saarbrücken



**PROF. DR. MED. DIPL.-PSYCH. MICHAEL HUSS**  
Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Universitätsmedizin Mainz  
Ärztlicher Direktor Rheinessen-Fachklinik Alzey  
Chefarzt der Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie Alzey und Mainz  
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie



**DR. MED. FRANK MATTHIAS RUDOLPH**  
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie,  
Rehabilitationswesen/ Diabetologie, Supervisor  
Praxis für Verhaltenstherapie



**PROF. DR. MED. CHRISTIAN JACOB**  
Chefarzt  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
medius Klinik Kirchheim



**DR. MED. HENRIK UEBEL-VON SANDERSLEBEN**  
Leitender Oberarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie der Universitätsmedizin Göttingen  
Ärztlicher Leiter Fachklinik Waldweg, Göttingen  
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie



**DR. MED. BEATE KENTNER-FIGURA**  
Ärztliche Direktorin, Klinik Viktoriastift  
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie



**DR. MED. CAROLIN ZIMMERMANN**  
Fachärztin für Neurologie und Nervenheilkunde  
Gemeinschaftspraxis



**DR. CHRISTIAN KONKOL**  
Chefarzt des Zentrums für Verhaltensmedizin und Psychosomatik  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
LWL-Klinik Warstein