

PSYCHE IM FOKUS



Das Magazin der DGPPN

Medienpreis

Flucht und Trauma → **S. 8**

Interview

Politik und Versorgung → **S. 18**

Zukunft

Chats und Challenges → **S. 40**



Liebe Leserinnen und Leser,



es ist sicherlich nicht zu gewagt, die Kompetenzen der Psychiatrie und Psychotherapie als Schlüsselkompetenzen in Zeiten gesellschaftlicher Umbrüche zu bezeichnen. Diese erfordern nicht nur medizinisches Fachwissen, sondern auch ein tiefes Verständnis für die biologischen, psychologischen und sozialen Aspekte, die unser Wohlbefinden beeinflussen. Der diesjährige DGPPN Kongress reflektiert diese wachsende Relevanz und präsentiert unter dem Motto „Psychische Gesundheit in Krisenzeiten“ eine Vielzahl von Themen, die das breite Spektrum unserer Fachdisziplin abdecken.

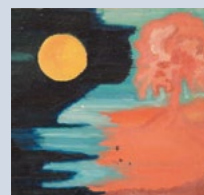
Überdies wird immer deutlicher, dass auch Anpassungen des Gesundheitssystems unumgänglich sind, um den Folgen bevorstehender Krisen entsprechend begegnen zu können. Darüber habe ich mich mit Tom Bschor unterhalten, dem Leiter der zuständigen Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Im Vier-Augen-Gespräch gibt er wertvolle Einblicke in die Motivation hinter der geplanten Krankenhausreform und erklärt anschaulich, welchen Unwägbarkeiten sich das deutsche Gesundheitssystem gegenüber sieht. Dass seine psychiatrische Expertise hier einfließt, ist eine glückliche Fügung.

Ebenso wichtig ist der psychiatrische Blick beim Thema Long COVID. Daher wurde kürzlich eine DGPPN-Task-Force ins Leben gerufen, die sich intensiv mit den neuropsychiatrischen Symptomen der Erkrankung auseinandersetzt. Lesen Sie mehr dazu in der Rubrik Wissenschaft. Außerdem berichten wir in diesem Heft über die AG Polizeischulung, die sich zum Ziel gesetzt hat, Einsatzkräften Wissen zur Deeskalation zur Verfügung zu stellen. In der Rubrik Gesundheitspolitik greifen wir unter anderem die Lücken in der Behandlung von psychisch erkrankten Menschen in Justizvollzugsanstalten sowie das Thema Cannabislegalisierung erneut auf.

Für diejenigen, die ihre praktischen Fähigkeiten erweitern möchten, bieten wir in diesem Jahr gleich zwei spannende Summer Schools an: eine zum Thema Modulare Psychotherapie und eine weitere zum Themenfeld Psychosomatik.

Ich lade Sie herzlich ein, diese und weitere Themen zu erkunden und hoffe, Sie bei der ein oder anderen DGPPN-Veranstaltung zu treffen – beispielsweise beim Hauptstadtsymposium am 2. Juli oder allerspätestens am 27. November beim DGPPN Kongress.

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



Nächtliche Uferlandschaft mit Vollmond von Else Blakenhorn
(1908–1919 Inv. 4223)

Das Werk war Teil einer Sonderausstellung der Sammlung Prinzhorn, die eine Einrichtung des Universitätsklinikums Heidelberg ist. Ein anderer Teil der Sammlung wird auch auf dem diesjährigen DGPPN Kongress zu sehen sein.

THEMEN dieser Ausgabe

01 EDITORIAL

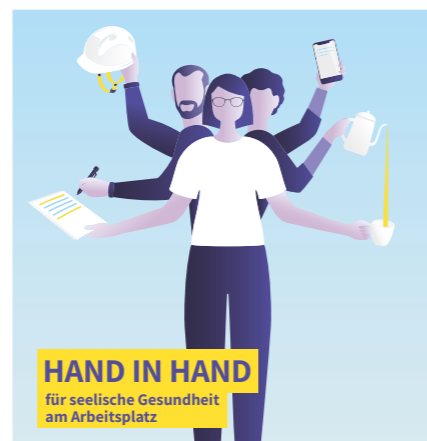


- ## 04 GESUNDHEITSPOLITIK
- Versorgungslücken in Justizvollzugsanstalten
 - Cannabislegalisierung
 - Psychiatrische Patientenverfügung
 - Neues Präventionsinstitut



08 MEDIENPREIS 2023

Kinder der Flucht



14 PSYCHIATRIE UND GESELLSCHAFT

Gute Arbeit, schlechte Arbeit



18 UNTER VIER AUGEN

Andreas Meyer-Lindenberg und Tom Bschor im Gespräch

24 DGPPN KONGRESS 2024

Ein Kongress – viele Perspektiven

27 MEDIATHEK



28 WISSENSCHAFT

Weiter virulent: Long COVID

32 WISSENSCHAFT

Merk-würdige Studienergebnisse

34 INSIDE DGPPN

- AG Polizeischulung
- S3-Leitlinie Demenzen

38 NACHWUCHS

Summer Schools 2024



40 VON HEUTE FÜR MORGEN

- Chatbots in der Behandlung
- Mental Health Hackathon

44 IMPRESSUM

KALENDER

02.07.2024
Hauptstadtsymposium zum Thema Psychiatrieforschung:
Infos und Anmeldung auf dgppn.de

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

02.–06.09.2024
Kompaktkurs P&P:
Anmeldung ab 03.06.24 auf dgppnakademie.de

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

14.11.2024 bis 2026
Seminarreihe Klinische Supervision:
Infos und Anmeldung auf dgppnakademie.de

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

Gesundheitspolitik

Unzulänglich: Psychiatrische Versorgung im Justizvollzug



In Deutschland sitzen derzeit etwa 45.000 Personen in Justizvollzugsanstalten (JVAs) ein. Bis zu 88% dieser Häftlinge leiden Schätzungen zufolge unter mindestens einer psychischen Erkrankung. Genaue Zahlen dazu fehlen aber. Ebenso unklar ist, welche Ressourcen in den Gefängnissen für Diagnostik und Therapie der Häftlinge bereitstehen. Die DGPPN hat deshalb eine Task-Force ins Leben gerufen, die die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in den Justizvollzugsanstalten in den Fokus nimmt.

In vielen JVAs herrschen kritische Zustände für Inhaftierte mit schweren psychischen Erkrankungen. Während die Behandlung somatischer Erkrankungen im Wesentlichen den allgemeinen Standards entspricht, ist die psychiatrische Versorgung in vielen Gefängnissen unzureichend. Viele Inhaftierte haben keinen Zugang zu (fach)ärztlicher psychiatrischer Versorgung. Die Task-Force hat sich daher das Ziel gesetzt, Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie insbesondere schwer psychisch kranker Menschen im Strafvollzug zu entwickeln.

In einem ersten Schritt wurde ein Fragenkatalog erstellt, um einen Überblick zur Situation in den JVAs zu erhalten. So soll geklärt werden, ob eine adäquate Versorgung psychischer Störungen möglich ist und in welchen Bereichen besonders dringender Handlungsbedarf besteht. Die Umfrage soll erstmals ein genaues Bild zeichnen: Welche Ressourcen stehen für die psychiatrisch-psychotherapeu-

tische Diagnostik und Behandlung bereit? Wie viele Psychiaterinnen und Psychiater, Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder andere Fachkräfte unterstützen die Gefangenen? Es wird auch erfragt, wie viele Gefangene in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung sind – intramural, also in der JVA selbst, telemedizinisch oder in einer Einrichtung außerhalb der JVA, also extramural. Aktuell ist nicht einmal bekannt, ob in allen Einrichtungen regelhaft psychiatrische Einganguntersuchungen durchgeführt werden. Besonders interessant ist die Bewertung der Kapazitäten. Wird der tatsächliche Bedarf an psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen in den JVAs abgedeckt? Im Frühjahr wurde die Befragung mithilfe der Justizministerien der Länder online an den Anstalten durchgeführt. Erste Ergebnisse sollen beim DGPPN Kongress vorgestellt werden.

Ergänzend zur Arbeit der Task-Force wurde zu Beginn des Jahres ein Runder Tisch durchgeführt, um dem großen Interesse am Thema gerecht zu werden. Mehr als 25 Personen aus unterschiedlichsten Berufsgruppen kamen zusammen, um sich auszutauschen und den Handlungsbedarf zu erörtern. Dabei wurde deutlich, dass zwischen den Bundesländern erhebliche Unterschiede bestehen. Während einige Anstalten noch weit von einer ausreichenden Versorgung entfernt sind, existieren mancherorts bereits vielversprechende Projekte, die Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen. Einig waren sich die Teilnehmenden des Runden Tisches auch darin, dass in den Anstalten Bewusstsein und Verständnis für psychische Erkrankungen noch stark verbessert werden müssen. Zudem ist die ausreichende Finanzierung von Hilfsangeboten sowie den entsprechenden personellen Kapazitäten von zentraler Bedeutung.

Die Diskussion am Runden Tisch zeigte einmal mehr die Relevanz, aber auch die Komplexität des Themas auf und lieferte wichtige weitere Impulse für die Arbeit der Task-Force. Wenn nach Auswertung der Befragung aussagekräftige Ergebnisse vorliegen, wird die Task-Force darauf aufbauend Handlungsempfehlungen für die Versorgung von Strafgefangenen mit psychischen Erkrankungen erarbeiten.

Gesetzt: Cannabis ist teilegalisiert

Das Parlament hat entschieden: Die Entkriminalisierung von Cannabis wird kommen – trotz massiver Einwände aus der Ärzteschaft. Die DGPPN hat ihre zentralen Kritikpunkte an dem Gesetz kontinuierlich in die öffentliche und die politische Debatte eingebracht, denn sie fürchtet eine massive Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung.

Das grundsätzliche Anliegen der Cannabislegalisierung ist aus Sicht der Psychiatrie nachvollziehbar. Cannabiskonsum findet statt. Ihn sicherer zu machen und zu entkriminalisieren und so den Schwarzmarkt auszutrocknen, ist ein verständliches politisches Ansinnen. Die DGPPN ist aber skeptisch, dass das Gesetz in der verabschiedeten Form dazu beitragen kann. Sie fürchtet vielmehr, dass die neue Gesetzeslage dazu führen wird, dass mehr Menschen Cannabis konsumieren. Damit würde unweigerlich auch der Anteil an Personen steigen, deren Konsum problematische Züge aufweist. Es ist deshalb damit zu rechnen, dass mehr Betroffene Beratungsstellen und Suchthilfeeinrichtungen aufsuchen werden. Diese Stellen sind allerdings aktuell schon überlastet und nicht ausreichend mit Ressourcen versorgt. Ein Mehr an Patientinnen und Patienten würde die Situation in der Suchthilfe drastisch verschärfen.

Besondere Gefahren sieht die Fachgesellschaft durch den eindeutigen Zusammenhang von Cannabiskonsum und der Entwicklung von Psychosen. Denn die erhöhte Psychoseneigung ist nicht nur bei Menschen zu beobachten, die regelmäßig Cannabis konsumieren. Bereits ein einmaliger Konsum kann eine Psychose verursachen. Es ist deshalb leider nicht nur davon auszugehen, dass mehr Personen die Einrichtungen der Suchthilfe aufsuchen werden – auch die allgemeinen und akutpsychiatrischen Stationen werden in Folge der Teillegalisierung stärker in Anspruch genommen werden.

Je jünger die Konsumierenden sind und je häufiger sie Cannabis rauchen, desto größer ist die Gefahr negativer Konsequenzen. Die DGPPN hatte sich deshalb dafür eingesetzt, zumindest das Alter, ab dem die Freigabe gelten soll (18 Jahre), heraufzusetzen. Da die Hirnentwicklung bei 18-Jährigen noch nicht abgeschlossen ist, sind die negativen Auswirkungen auf die psychische Gesundheit hier besonders gefährlich. Cannabiskonsum verschiebt und verändert

nachhaltig die natürlichen Cannabinoid-Strukturen im Gehirn – was sich dann auf das gesamte Leben auswirken kann. Neben der höheren Psychoseneigung steigt beispielsweise auch die Wahrscheinlichkeit, eine andere Abhängigkeit oder weitere psychische Erkrankungen zu entwickeln.

Schon die Diskussion um die Legalisierung hat signalisiert, dass Cannabis eine ungefährliche Droge sei. Nach der Verabschiedung des Gesetzes werden die Risiken noch schwerer zu vermitteln sein. Eine höhere Altersgrenze hätte junge Konsumierende geschützt und zudem ein deutliches Zeichen gesetzt, dass Cannabis eben nicht harmlos ist.



Ähnliches gilt für die durch das Gesetz zum Besitz freigegebenen Mengen: Laut Cannabisgesetz dürfen Erwachsene ab dem 1. April 2024 bis zu 50 Gramm, 18–21-Jährige bis zu 30 Gramm besitzen. Auch hier wird das Signal gesendet, 30 oder gar 50 Gramm Cannabis seien eine vertretbare Menge. Wenn aber 18-Jährige 30 Gramm Cannabis oder über 21-Jährige 50 Gramm im Monat verbrauchen, ist das kein unbedenklicher Freizeitkonsum mehr. Diese Mengen entsprechen problematischen Konsummustern. Deshalb müssen aus Sicht der DGPPN dringend umfassende Konzepte und Programme für Prävention und Jugendschutz finanziert und etabliert werden. Alle potenziellen Nutzerinnen und Nutzer müssen über die Risiken des Cannabiskonsums Bescheid wissen – insbesondere die besonders gefährdete Gruppe der Jugendlichen. Dafür reichen reine Informationsangebote, wie sie das Gesetz vorsieht, nicht aus. Für einen sinnvollen Jugendschutz müssen dringend auch weitergehende Maßnahmen wie niedrigschwellige Informationsangebote und Veranstaltungen in Schulen, Berufs- und Hochschulen eingerichtet werden.

Außerdem fordert die DGPPN weiter eine aussagekräftige Begleitforschung – damit sich nachvollziehen lässt, welche Folgen die Teillegalisierung hat. Die Studien müssen unverzüglich starten, denn schließlich muss die Ausgangssituation bekannt sein, um die Auswirkungen einer Änderung untersuchen zu können. Die Studien müssen außerdem einen längeren Zeitraum umfassen als aktuell vorgesehen, denn man weiß aus anderen Ländern, dass Entwicklungen mitunter erst nach einigen Jahren sichtbar werden.

Nur mithilfe einer umfassenden Begleitforschung wird man ableiten können, welche Folgen die Teillegalisierung von Cannabis in Deutschland haben wird: Wie sie sich auf Konsumhäufigkeiten auswirken wird, auf den Schwarzmarkt, die Inanspruchnahme der Einrichtungen der Suchthilfe und der Akutpsychiatrie und nicht zuletzt auf die psychische Gesundheit der Bevölkerung insgesamt.

Selbstbestimmt

Psychiatrische Patientenverfügungen sollen sicherstellen, dass der Wille eines psychisch erkrankten Menschen auch dann berücksichtigt wird, wenn er nicht einwilligungsfähig ist. Die DGPPN stellt dafür eine Vorlage und Begleitunterlagen zur Verfügung.

Schon 2009 hat der Gesetzgeber die rechtlichen Voraussetzungen für Patientenverfügungen geschaffen. In der Somatik sind sie bereits weit verbreitet: Viele Menschen machen sich beispielsweise vor einer Operation Gedanken darüber, welche Maßnahmen und Behandlungen sie bei bestimmten Entwicklungen oder in speziellen Situationen in Anspruch nehmen möchten und welche Interventionen sie ablehnen. Werden diese Überlegungen und Entscheidungen schriftlich in einer Patientenverfügung festgehalten, liegen sie auch dann vor, wenn jemand nicht mehr in der Lage ist, rechtswirksam in eine Behandlung einzuwilligen oder sie abzulehnen.

In der psychiatrischen Versorgung sind Patientenverfügungen weniger üblich – und das, obwohl Erkrankungen, welche die Einwilligungsfähigkeit der Patientinnen und Patienten

beeinflussen können, hier häufig vorkommen. Insbesondere für Menschen, die bereits psychotische Episoden oder depressive Phasen erlebt haben oder die an einer beginnenden Demenz leiden, ist es wichtig, sich Gedanken darüber zu machen, welche Behandlungen sie im Fall einer Wiedererkrankung oder Verschlechterung wünschen. Indem sie ihre Behandlungswünsche rechtssicher dokumentieren, können sie dafür sorgen, dass ihre Entscheidungen auch dann geachtet werden, wenn sie nicht mehr einwilligungsfähig sind. Werden in einer Patientenverfügung bestimmte Behandlungen genehmigt oder ausgeschlossen, kann das dazu beitragen, Selbst- oder Fremdgefährdungen zu vermeiden und so letztlich auch belastende Zwangsmaßnahmen zu reduzieren.

Gegenüber herkömmlichen Patientenverfügungen müssen Psychiatrische Patientenverfügungen zusätzliche Aspekte berücksichtigen. Insbesondere stellt sich die Frage, unter welchen Voraussetzungen sie gültig sind. Zentrales Kriterium für die Gültigkeit ist, dass die Person, die sie verfasst, in diesem Moment einwilligungsfähig ist. Zudem kann die Gültigkeit begrenzt sein, wenn die Rechte Dritter betroffen sind, beispielsweise bei krankheitsbedingt fremdgefährdendem Verhalten. In einem solchen Fall kann es sein, dass ein Gericht die in der Patientenverfügung festgeschriebene Ablehnung einer Behandlung nicht beachtet und trotzdem eine Zwangsbehandlung genehmigt.

Die bislang verfügbaren Vorlagen für Patientenverfügungen, wie sie zum Beispiel beim Bundesministerium für Gesundheit oder dem Bundesministerium für Justiz erhältlich sind, enthalten keine Formulierungen für Situationen, in denen jemand aufgrund einer psychischen Erkrankung einwilligungsunfähig ist. Sie sind vor allem auf Menschen im Koma oder am Lebensende ausgerichtet.

Deshalb hat die DGPPN-Kommission Ethik und Recht jetzt eine psychiatrische Patientenverfügung erarbeitet. Ein ausfüllbares Formular steht auf der Website zum Download bereit, eine ausführliche Ausfüllhilfe erläutert die Bearbeitung Punkt für Punkt. Zudem wurde bereits eine Praxisempfehlung für Behandlerinnen und Behandler publiziert, eine allgemeinverständliche Erläuterung für Betroffene und Angehörige ist in Arbeit. Die Unterlagen werden auch in Praxen und Kliniken bereitgestellt.



Mehr dazu auf dgppn.de/schwerpunkte/selbstbestimmung/patientenverfuegung

Ein neues Bundesinstitut

Mit der Einrichtung des Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin (BIPAM) sind viele Erwartungen verbunden. Die DGPPN stellt die Pläne für die Gründung des neuen Präventionsinstituts in Deutschland vor und skizziert die politische Debatte um seine Ausrichtung.

Oktober 2023: Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) verkündet, seine Behörden neu zu ordnen. Während der Fokus des Robert Koch-Instituts (RKI) in Zukunft klar (und ausschließlich) auf Infektionserkrankungen liegen wird, soll sich ein neues Institut auf die Vermeidung nicht übertragbarer Erkrankungen konzentrieren. Geplant ist, dass das BIPAM seine Arbeit 2025 mit Sitz in Berlin aufnimmt. Darin soll dann auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aufgehen.

Die Debatte um den besten Weg

Dass sich Deutschland in den Bereichen Prävention von Erkrankungen, Gesundheitskompetenz und Evidenzbasierte Gesundheitskommunikation noch besser aufstellen muss, ist unbestritten. Über den besten Weg dorthin debattieren seit der Ankündigung der Institutsneugründung jedoch Akteure aus Wissenschaft, Politik, Fachverbänden und Zivilgesellschaft. So wird insbesondere die Trennung von übertragbaren und nicht übertragbaren Erkrankungen kritisch betrachtet, mit der Deutschland im internationalen Vergleich einen Sonderweg einschlagen würde. Gerade die Erfahrungen in der COVID-19-Pandemie haben gezeigt, dass Infektionskrankheiten gesamtgesellschaftliche Herausforderungen darstellen. Zudem interagieren sie mit nicht übertragbaren Krankheiten, beispielsweise im Sinne einer erhöhten Vulnerabilität.

Prävention braucht einen ganzheitlichen Ansatz

Ein weiterer Kritikpunkt betrifft die Einengung von Gesundheit ausschließlich auf den medizinischen Bereich, die bereits im Namen des Instituts zum Ausdruck kommt. Stattdessen sollte Prävention als Querschnittsaufgabe aller Politikfelder verstanden und umgesetzt werden: von der Bildungspolitik über den Arbeitsmarkt bis hin zur Sozial- und Gesundheitspolitik. Um gesundheitliche Ungleichheit zu verringern und Gesundheit für alle zu ermöglichen, bedarf es eines umfassenden und koordinierten Health-in-all-

Policies-Ansatzes, für den auch die DGPPN eintritt. Dieser integriert Gesundheitsförderung und Prävention in sämtliche politische Bereiche und schafft Synergien, um Herausforderungen effektiv anzugehen und langfristig positive Veränderungen zu bewirken.

Zwei Seiten einer Medaille

Der dritte Kritikpunkt einer zu engen Fokussierung des Präventionsinstituts auf drei Krankheitsgruppen konnte vom BMG mittlerweile entkräftet werden. Bei der Ankündigung des BIPAM standen vor allem die Themen Krebs, Demenz und koronare Herzkrankheiten im Vordergrund. Nun zeichnet sich ab, dass auch die psychische Gesundheit einen wichtigen Platz in der Arbeit des Bundesinstitutes einnehmen wird. Dr. Johannes Nießen, der vom BMG eingesetzte BIPAM-Errichtungsbeauftragte, betont die Bedeutung von physischer und psychischer Gesundheit als zwei Seiten derselben Medaille. Aus Sicht der DGPPN ist diese Entwicklung erfreulich.

Die politischen Forderungen der DGPPN

Das BIPAM steht also vor großen Aufgaben. Entscheidend wird sein, wie sich die Fortführung der Mental-Health-Surveillance (MHS) am BIPAM gestalten und wie viele Ressourcen für dieses wichtige Projekt zur Verfügung stehen werden. Die MHS wurde seit 2019 am RKI aufgebaut und dient der kontinuierlichen Beobachtung und Berichterstattung zur psychischen Gesundheit der in Deutschland lebenden Bevölkerung. Aktuell ist unklar, wie es mit dem Projekt im Zuge der behördlichen Umstrukturierung weitergehen wird.

Vor diesem Hintergrund ist es umso wichtiger, dass die DGPPN ihre Arbeit auf diesem Gebiet fortsetzt und ihre Forderungen aufrechterhält. Die Fachgesellschaft wird daher im politischen Raum weiter konsequent für eine lückenlose Weiterführung und auskömmliche Finanzierung der MHS in Deutschland werben. Denn nur so lassen sich Public-Health-Maßnahmen evaluieren und die Erreichung gesundheitspolitischer Ziele, die mit der Gründung des BIPAM verfolgt werden, bewerten.



Kinder der Flucht

Traumatische Erfahrungen hinterlassen Spuren – auch in den Seelen und Gehirnen kleiner Kinder. In München untersuchen Forschende, was Kindern hilft, das Trauma einer Flucht zu überwinden. Drei Jahre wurden sie dabei von Jan Rübel und Sascha Montag, den Gewinnern des DGPPN-Medienpreises, begleitet.



Der Superheld Captain America brauchte 70 Jahre Kälteschlaf, um wieder zu seiner Kraft zu kommen, sein Fan Kambi Gilo* schafft es womöglich in vier Jahren. Der Junge, acht Jahre alt, hüpf mit einem Schutzschild aus Plastik durch einen Wohncontainer am Stadtrand Münchens und baut sich vor dem Sofa auf. „Ich beschütze euch“, ruft er. Seine Mutter und seine Oma machen verzückte Gesichter. Der Junge eifert amerikanischen Superhelden nach, Spiderman, Ironman, vor allem Captain America. Seine Wandlung kommt den beiden Frauen vor wie ein Wunder.

Drei Jahre zuvor, am 21. Januar 2020, griffen russische Kampfflugzeuge bei Aleppo, Syrien, einen Bauernhof an und töteten sechs Kinder; im afghanischen Kandahar erschossen zwei Männer auf einem Motorrad einen Polizisten; und über Moria in Griechenland hingen dunkle Wolken, in Europas größtem Flüchtlingslager kauerten rund 20.000 Menschen in Zelten und warteten auf eine Zukunft, die vielleicht nie kommen würde. An jenem Tag legte sich Kambi Gilo in einer ehemaligen Funkkaserne in München, in einer Zentralunterkunft für Geflüchtete, auf den Boden, hielt sich die Ohren zu und regte sich nicht mehr.

Er ist damals fünf. Es ist kurz nach neun Uhr am Morgen im Spielekreis, einem Zimmer voller Kinder, mit Regalen, Kinderbüchern und Spielzeug in

allen Farben, die Wände tapeziert mit bunten Bildern. Eine der Erzieherinnen ermahnt zwei Jungen, die Pistolen aus Legosteinen gebaut und sich gejagt haben, weshalb andere Kinder sich die Ohren zuhalten und aussehen, als würden sie jeden Moment anfangen zu brüllen. „Schluss, hier nicht“, sagt die Erzieherin. Das Spiel mit Waffen ist in diesem Raum, Haus B, zweites Obergeschoss, niemals nur ein Spiel.

Dieser Spielekreis soll Kleinkindern, die mit ihren Eltern aus Syrien, Afghanistan oder Afrika geflohen sind, später auch aus der Ukraine, ein paar Stunden Sicherheit am Tag ermöglichen. Eine Zuflucht vor Angst und Erinnerungen, die die Kinder aus ihrer Heimat mitgebracht haben und die sie verfolgen. So ist es bis heute.

Ein Junge namens Omar macht sich daran, einen Schneemann aus Plüsch zu operieren. „Er hat Aua.“ Also sticht er mit dem Zeigefinger in den weißen Bauch, als nähe er eine Wunde.

„Nein, nein!“, schreit ein Mädchen namens Hana und schlägt um sich, weil eines der Kinder sie kurz an der Schulter angefasst hatte.

Und Kambi liegt am Boden und achtet nicht auf die Erwachsenen, die sich zu ihm hinunterbeugen und ihn zu beruhigen versuchen. Zwei Kinder haben ihn gehänselt, ihm ein Spielzeug abgenommen. Er, ein Sohn aus einer kenia-

nischen Familie, erst kürzlich mit seiner Mutter und seiner Oma von einem Schleuser nach München gebracht, versteht damals kaum Deutsch und traut sich nicht, sich zu wehren.

Kambi und der Spielekreis sind zu dieser Zeit längst Teil einer groß angelegten Studie. Ein gutes Dutzend Erzieher, Therapeuten und Wissenschaftler der Technischen Universität München und des Ulmer Uniklinikums versucht erstmals gezielt, die seelischen Erschütterungen zu ergründen und zu heilen, die Millionen Kinder weltweit durch Vertreibung, Krieg und Flucht erleiden.

Man kennt den Begriff posttraumatische Belastungsstörungen oder das Kürzel PTBS von Soldaten. Man kennt ihn vielleicht noch von Schulkindern und Jugendlichen, die einen schweren Unfall oder eine Vergewaltigung erlebt haben. Was es dagegen bisher kaum gibt, sind Wissen und Hilfe für jüngere Kinder, die noch keine Worte für das Grauen haben, das sie erlebt und gesehen haben.

Die Zahlen verdeutlichen, wie groß der Bedarf ist. Etwa 100 Millionen Menschen sind Schätzungen zufolge derzeit weltweit auf der Flucht, mehr als 42 Prozent sind jünger als 18 Jahre. Im Jahr 2022 wurden in Deutschland 20,4 Prozent aller Asylanträge für ein Kind gestellt, das noch keine sechs Jahre alt war.

WELT AM SONNTAG hat einige Kinder und ihre Eltern, die vor drei Jahren gerade in Deutschland angekommen sind, sowie die Münchner Forscher bis heute begleitet.

Die Ersten, die sich in München um die Kinder kümmern, sind eine Sozialwissenschaftlerin und eine angehende Kinderpsychotherapeutin, dazu die Mitarbeiter des Spielkreises. Mit diesem Team untersuchen die Wissenschaftler die Kinder, erfassen sogenannte überlebensfokussierte Zustände, wie sie es in ihrer Fachsprache nennen: Viele der Kinder haben Gewalt und Tod gesehen. Sie haben ihre Heimat verloren, manche auch ihre Eltern; sie haben in der Gefahr und auf der Flucht funktioniert. Und nun, in Sicherheit, kann ein harmloser Reiz, ein Geräusch, eine Geste, eine Berührung alles zurückholen. Die Erinnerungen an das Grauen, die Angst, die innere Unruhe. Es ist ein Reflex der Überlebenden.

Die Münchner Wissenschaftler suchen nach Wegen, diesen komplizierten Teufelskreis des inneren Alarms zu ergründen und ihn zu durchbrechen. Das Forschungsvorhaben wie auch die Behandlung der Kinder hat eine private Initiative im Jahr 2016 angestoßen. Inzwischen zahlt die bay-

erische Staatsregierung jährlich rund 50.000 Euro, die EU gab bisher rund 700.000 Euro.

An jenem Morgen im Januar 2020 setzt Omar den frisch operierten Schneemann auf ein Bobbycar und schiebt ihn ins Krankenhaus.

Hana atmet tief ein und aus und holt sich ein Wimmelbilderbuch, um sich zu beruhigen.

Und Kambi bleibt am Boden liegen.

Ein halbes Jahr später, im September 2020, ordnet Andrea Hahnefeld das viele Papier auf ihrem Schreibtisch. [...] Hahnefeld, Psychotherapeutin, arbeitet an der TU München und in der sozialpädiatrischen Ambulanz eines Kinderzentrums. An einer Wand hängt, gerahmt, eine Urkunde der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie. [...]

Als Ersten erwartet sie Kambi, einen der Jungen, die Anfang des Jahres in den Spielkreis des Aufnahmezentrums Moosfeld kamen. Es ist eine seiner ersten Therapiestunden bei ihr.

Hahnefeld leitet das Forschungsprojekt, sie koordiniert die Studien und die Sprechstunden mit den Kindern.

Ihr Ziel ist es, ein Verfahren zu entwickeln, das die Leiden der Kinder frühzeitig erkennbar macht. Außerdem bietet sie eine Traumatherapie an, in der sie versucht, geflüchtete Kinder zu heilen.

Das sei „ein Wettlauf mit der Zeit“, sagt Hahnefeld. Im Kleinkindalter bestehe ein hohes Entwicklungsrisiko. Sie meint damit, dass Menschen die Last aus frühester Kindheit womöglich ein Leben lang mit sich herumtragen, wenn sie keine Hilfe bekommen. Das Ergebnis ist, dass sie in der Kita, der Schule und auch später schlechter lernen als andere. Und dass sie anfälliger werden für Herzerkrankungen, Diabetes oder psychische Probleme. Allerdings glauben Wissenschaftler auch, dass die Traumafolgen der Kinder noch recht gut behandelbar sind, sofern sie rechtzeitig erkannt werden.

Kambi, noch immer fünf, betritt mit seiner Mutter Hahnefelds Büro und setzt sich an einen runden Tisch. Im Januar 2019 bezahlte Victoria Gilo* 1500 Euro an einen Schleuser, der sie, ihren kleinen Sohn und ihre Mutter auf dem letzten Teil ihrer Flucht von Italien nach Deutschland brachte. [...]

So wurden Victoria Gilo, ihr Sohn und ihre Mutter drei Menschen von Hunderttausenden, die Zuflucht in Deutschland suchten. Sie fanden Unterschlupf in Obdachlosenheimen, mal gewährte eine Kirche ihnen ein paar Tage lang Asyl, mal eine deutsche Familie. Schließlich kamen sie in eine Erstaufnahme, viele Menschen, wenig Raum.

Hahnefeld will mit Kambi einen Test machen. Auf dem Tisch liegen vier Karten mit Tieren darauf. Drei zeigen Schweine, die vierte eine Ente.

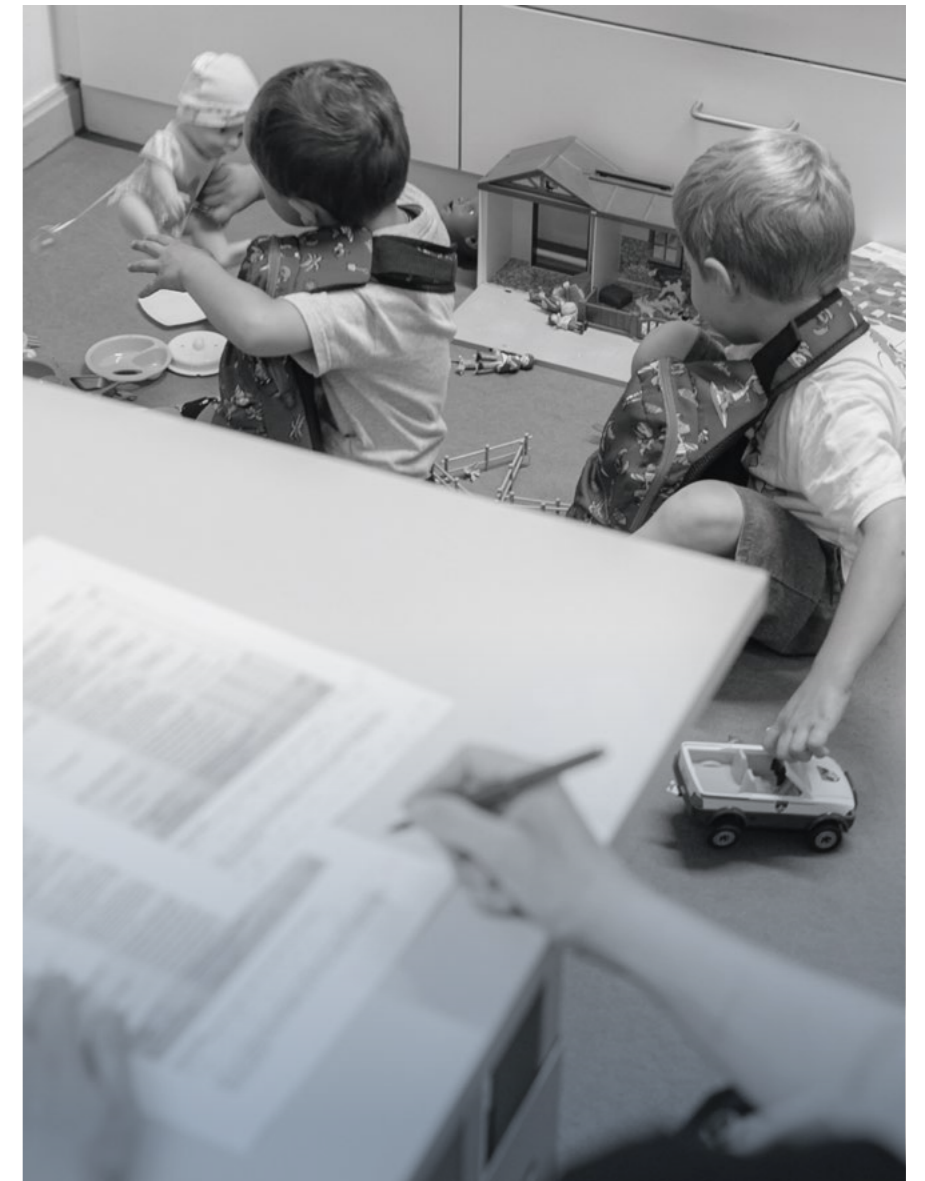
„Welches Bild passt nicht?“, fragt Hahnefeld.

Kambi zeigt auf den Schnabel der Ente. Als er wenig später geometrische Formen nach einem bestimmten Muster legen soll, rutscht er unter den Tisch und ruft: „Ich verstecke mich.“

Die Forscher haben in Leistungstests einen Intelligenzquotienten von gerade einmal 61 ermittelt, der Durchschnitt liegt etwa bei 100. Dabei, sagt Hahnefeld, sei der Junge aufgeweckt, sein Spielverhalten normal für sein Alter. So ist es oft. Hahnefeld und ihren Kollegen in der Ambulanz fiel auf, dass geflüchtete Kinder in Leistungstests auffallend schlecht abschnitten. Hahnefeld sagt, die meisten hätten keinerlei kognitive Schwierigkeiten. Doch etwas scheine sie zu blockieren. „Sie zeigten urplötzlich Überreaktionen, als ginge es um ihr Leben. So etwas hatten wir noch nie gesehen.“

Also beobachteten die Forscher die Kinder beim Spielen, auf der Suche nach Momenten oder Reizen, die wie aus dem Nichts ein starkes Gefühl akuter Bedrohung auslösen. Zudem machten sie klassische Tests, ergründeten belastende Ereignisse, das Verhalten und Lernleistungen. In den Aufnahmezentren richteten sie Sprechstunden ein, in denen sie in Ruhe mit Eltern über die Nöte ihrer Kinder sprechen konnten. Es habe sich herausgestellt, sagt Hahnefeld, dass Eltern oft unterschätzten, was manche Erlebnisse in den jungen Seelen anrichten können. [...]

Im Moment großer Gefahr schaltet das menschliche Gehirn in ein Notfallprogramm. Es funktioniert noch so, dass es schnelle Entscheidungen ermöglicht, die das Überleben sichern sollen,



Kampf, Flucht oder die Fähigkeit, in einer ausweglos erscheinenden Lage körperlich zu erstarren. Dabei kann es alle Eindrücke, alle Angst, alle Schmerzen ausblenden. Und wenn die Überforderung durch die Bedrohung zu groß wird, stoppt die Amygdala, eines der emotionalen Zentren des Gehirns, die Weiterleitung von Informationen an andere Hirnregionen.

Das Gehirn speichert traumatische Situationen dann nur bruchstückhaft

und auch nur als ein nicht verarbeitetes Gefühl. Manchmal löscht es auch alle Erinnerung. Es ist ein Schutzmechanismus. Allerdings kann er zur Folge haben, dass das Gehirn und der Körper den Zustand der emotionalen Ausnahme-situation nie ganz verlassen. Und sobald ein Bild oder Geruch, ein Geräusch oder ein Gespräch einen Menschen stark an das traumatische Erlebnis erinnert, dann löst das Gehirn die gleiche Reaktion aus, als passierte alles noch einmal. Alarm, Panik.



Es heißt, Kleinkinder, die gerade erst dabei sind, ein Vertrauen in sich und die Welt zu entwickeln, erschütterten solche Erlebnisse schneller und heftiger als Erwachsene. [...]

Die Münchner Wissenschaftler wollen mehr darüber wissen, um wirksame und individuelle Therapien zu entwickeln. Sie hoffen, nach und nach Wege zu finden, mit denen sie den traumatischen Erfahrungen der Kinder und deren zerstörerischer Wucht beikommen. Was sie außerdem im Blick behalten müssen, ist die Tatsache, dass in Deutschland zwar vorerst die Flucht endet, aber nicht unbedingt die Unruhe eines aufgewühlten Lebens. [...]

Das aktuelle Forschungsprojekt begann mit der Erkenntnis, dass eine sichere Umgebung Kindern hilft, nach existenzbedrohenden Erlebnissen in eine Normalität zurückzukehren und wenigstens etwas Ruhe zu finden. Das mag banal klingen, doch die Münchner Wissenschaftler waren die Ersten, die das im Frühjahr 2017 in einer Studie nachwiesen. Sie hatten 96 syrische Kinder untersucht, die vor dem Krieg nach Deutschland geflohen waren. Jedes vierte im Alter bis zu sechs Jahren hatte demnach eine posttraumatische Belastungsstörung, im Alter zwischen sieben und 14 Jahren jedes dritte. Der allgemeine statistische Durchschnitt liegt bei gerade einmal ein bis zwei Fällen unter 100 Kindern.

Was die Wissenschaftler allerdings überraschte: Die Fälle unter den syrischen Kindern waren trotzdem deutlich weniger zahlreich, als man es aus anderen Gegenden kannte. Aus Regionen etwa, in denen Kinder gerade Naturkatastrophen überlebt hatten, oder von dort, wo aktuell ein Krieg tobte. [...]

Die Münchner Forscher schlossen aus ihren Untersuchungen deshalb, dass schon die Aufnahme in einem Gastland Kindern nach einer Flucht die Grundlage für ein neues Sicherheitsempfinden bieten und ihren Stress lindern kann. Wenn man ihnen hilft. [...]

Im März 2022 ähnelt das Leben von Kambi, seiner Mutter und seiner Oma einer Wasserschüssel, die lange geschüttelt und gerade wieder auf festen Grund gestellt wurde. Die kleine Familie ist in eine Unterkunft für Geflüchtete am Rande der Stadt gezogen, in eine Art Wohncontainer. In dieser Gegend ist wenig los, es gibt dort nur Werkhallen und ein großes Gelände, auf dem Lkw verkauft werden. Doch die beiden Frauen und das Kind haben ihr eigenes Apartment, Kambi ein eigenes Zimmer.

Er ist sieben geworden und in einer Kindertagesstätte untergekommen, wie es die Psychologin Andrea Hahnefeld empfohlen hatte. Kambi geht noch in ihre Sprechstunde, einmal im Vierteljahr. Die Lerntests besagen, dass sich seine Konzentration und seine Leistungen verbessert haben. [...]

Den Eignungstest für die Grundschule hat er aber nicht bestanden. Hahnefeld attestiert ihm große Fortschritte, aber noch immer Probleme mit der deutschen Sprache. [...]

„Er kann weiter aufholen“, sagt Hahnefeld zu Victoria Gilo, seiner Mutter.

„Weniger als Förderschule wird es nicht?“

„Natürlich nicht.“

Gilo schließt langsam die Augenlider, als falle eine schwere Last von ihr ab.

Später an diesem Tag beginnt Hahnefeld, mit einem Jungen namens Dayo* die Schrecken einer Todesahnung zu bearbeiten. Dayo ist 13 Jahre alt, er lehnt in einem Stuhl, sein schmaler Oberkörper versinkt in einem weiten Kapuzenpulli. Er floh Ende 2018 mit seinen Eltern und zwei Brüdern aus einem afrikanischen Land. Eine Terrorgruppe hatte sie eines Nachts zu Hause in ihrer Stadtwohnung überfallen, allen Familienmitgliedern mit Macheten eine Furche in die Stirn geschnitten, ein Zeichen der Warnung und der Ächtung. [...]

Dieser Tag und die Angst haben sich tief in den Jungen eingebrannt, sie suchen ihn oft heim. Er hat Hahnefeld viel davon erzählt. Nach seiner Ankunft in Deutschland fand er übers Aufnahmezentrum zu ihr, sie diagnostizierte PTBS. Nach und nach hat der Junge sich mit Hahnefeld seinen Erinnerungen genähert. Sie ergründeten die alten Bilder in seinem Kopf und die Momente, die ihn von einem Augenblick auf den anderen zurück in die Vergangenheit zu katapultieren scheinen. Nun malt Hahnefeld mit zwei Fingern Striche und Muster in die Luft. Dayo soll mit seinen Augen den Bewegungen folgen. Es ist ein Versuch, sein Gehirn neu zu programmieren, das Trauma zu löschen.

Die Methode nennt sich Eye Movement Desensitization and Reprocessing, zu Deutsch etwa „Desensibilisierung und Aufarbeitung durch Augenbewegungen“. Sie soll bewirken, dass Patienten ein belastendes Ereignis nicht mehr als traumatisch empfinden, wenn sie daran erinnert werden. Dafür legt ein Therapeut während einer Sitzung Phasen ein, in denen der Patient mit den Augen den Fingerbewegungen des Therapeuten folgt.



Die Gleichzeitigkeit von Erinnerungsarbeit und Augenbewegung ist der Kern der Methode, daher hat sie ihren Namen. Sie ist noch relativ jung. Manche verspotten sie als Voodoo. Allerdings gilt es als wissenschaftlich belegt, dass sie eine Möglichkeit ist, die Folgen psychischer Traumata zu behandeln, vor allem posttraumatische Belastungsstörungen. [...] Wissenschaftler haben in einer Übersichtsarbeit aus dem Jahr 2019 insgesamt 25 hochwertige Studien überprüft. In 24 bewirkte das Verfahren demnach zumindest eine deutliche Linderung der Beschwerden, manche Patienten habe es sogar geheilt.

Was genau dabei im Gehirn passiert, ist noch nicht sicher. Aber die Wirkung ähnelt einem Großreinemachen in der Wohnung. Die Erinnerungsfetzen der Kinder werden in der Therapie wie Teile eines Puzzles zu einem

Erlebnis zusammengefügt und so lange geordnet, bis die Kinder beginnen, ihr Trauma und die Geschichte ihrer Flucht zu verstehen. So können sie anfangen, ihre Erlebnisse zu verarbeiten. [...]

„Man sieht ihnen an, wenn es Klick macht“, sagt Andrea Hahnefeld später, während sie den nächsten Termin vorbereitet, die nächste Akte hervorzieht. „Die Anspannung geht weg.“ [...]

Das Jahr 2023 ist einige Wochen alt, als Kambi mit seinem ersten Schulzeugnis nach Hause kommt, stolz wie ein Eroberer. [...] Kambi ist acht geworden, alles an ihm ist gewachsen. Er misst 150 Zentimeter und trägt Schuhe in Größe 40.

Keinen Tag wolle er in der Schule verpassen, sagt Victoria Gilo, die Mutter. Selbst wenn er krank sei. Er spreche

jetzt davon, dass er Pilot werden wolle. Oder Chef einer großen Organisation, die Leuten ohne Haus hilft. [...]

Der Junge Dayo hat das Gefühl, dass es ihm besser geht. In die Therapie von Hahnefeld muss er nicht mehr. Er liest viel, im Sommer wird er an der Schule die Mittlere Reife machen, seine Noten sind gut. Er will danach weiter zur Schule gehen und später vielleicht studieren.

Andrea Hahnefeld hofft, dass ihr Projekt weiterlaufen kann. Der Vertrag mit der EU läuft in den kommenden Tagen aus, sie hat eine Verlängerung beantragt, jeden Tag muss der Bescheid kommen. Sie sagt, sie sei sehr zufrieden, wie sich alles entwickelt habe. Sie und die Kollegen hätten neue Diagnostikverfahren für die kleinen Kinder gefunden. Außerdem haben sie entdeckt, dass die bisherigen Intelligenztests für sie nicht passten, die Kinder seien deshalb unterschätzt worden. Hahnefeld sagt, das Leid der Kinder wachse ihr noch manchmal über den Kopf. Aber das Wissen, das sie inzwischen gewonnen habe, mache ihr Mut. Sie und ihr Team habe zunehmend das Gefühl, dass sie wirklich etwas für die Kinder tun könnten. [...]

*Namen geändert

Autoren

Jan Rübel
ist Autor und Mitglied der Reportergemeinschaft Zeitspiegel.

Sascha Montag
ist Fotojournalist und Mitglied der Reportergemeinschaft Zeitspiegel.

Gekürzter Nachdruck aus WELT AM SONNTAG Nr. 09/2022.
Mit freundlicher Genehmigung von WELT AM SONNTAG



HAND IN HAND
für seelische Gesundheit
am Arbeitsplatz

10.–20. OKTOBER 2024
www.seelischegesundheit.net

Gute Arbeit, schlechte Arbeit

Die psychische Gesundheit im Arbeitskontext hat in den letzten Jahrzehnten zunehmend an Bedeutung gewonnen. Während die Grenzen zwischen Arbeits- und Privatleben verschwimmen, alles hybrid wird und die Anforderungen an die Beschäftigten steigen, wird deutlich, dass gute Arbeit auch gesundheitsfördernd sein muss. Die diesjährige Woche der Seelischen Gesundheit widmet sich diesem Thema.

Die Relevanz der Erwerbsarbeit für die Lebensgestaltung ist unbestreitbar. Arbeit ist nicht nur ein Mittel zur Sicherung des Lebensunterhalts, sondern auch ein zentraler Bestandteil der sozialen Identität und persönlichen Erfüllung. Sie strukturiert den Alltag, fördert soziale Bindungen und bietet Raum für persönliches Wachstum.

Eine Langzeitstudie der University of Cambridge basierend auf Daten von 70.000 Teilnehmenden über neun Jahre hat gezeigt, dass bereits acht Arbeitsstunden oder weniger pro Woche ausreichen, um das Risiko für psychische Erkrankungen signifikant zu reduzieren. Im Zentrum Analyse standen zwei Forschungsfragen: Welches ist die minimale Anzahl an bezahlter Beschäftigung, die benötigt wird, um einige oder alle Wohlbefinden- und psychischen Gesundheitsvorteile zu erzielen, die mit Beschäftigung in Verbindung gebracht wurden? Und welche ist die optimale Anzahl von Arbeitsstunden, bei der die psychische Gesundheit der Arbeitnehmer am höchsten ist? Die Studienergebnisse deuten darauf hin, dass es keine spezifische optimale Arbeitsstundenzahl für maximales Wohlbefinden und psychische Gesundheit gibt.

Für die meisten Arbeitnehmer zeigten sich nur minimale Unterschiede im Wohlbefinden zwischen der niedrigsten (1–8 Stunden) und der höchsten (44–48 Stunden) Arbeitsstundengruppe.

Die Ergebnisse werfen ein neues Licht auf das traditionelle Arbeitszeitmodell von 40 Stunden pro Woche und könnten als Pro-Argument für eine Verkürzung der Arbeitswoche gelten. Die Forscher betonen jedoch, dass neben der Quantität vor allem die Qualität entscheidend ist.

Wenn die Trennlinien zwischen beruflichen Verpflichtungen und persönlicher Zeit zunehmend verschwimmen und die Erwartungen an Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer kontinuierlich steigen, wird offensichtlich, dass Arbeitsumgebungen nicht nur produktiv, sondern auch förderlich für das Wohlbefinden sein sollten.

Seit vielen Jahren wird ein alarmierender Anstieg der AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen verzeichnet. Im Zehnjahresvergleich zeigt sich ein Anstieg um 48 %,

wobei seelische Erkrankungen die dritthäufigste Ursache für Fehltage im Job darstellen. Besonders auffällig ist der hohe Anstieg von Arbeitsausfällen bei jungen Menschen zwischen 24 und 29 Jahren. Doch alle Altersgruppen sind betroffen, wobei ältere Personen den höchsten Krankenstand aufweisen. Hoher Arbeitsausfall aufgrund psychischer Erkrankungen verstärkt nicht nur das persönliche Leid der Betroffenen, sondern trägt auch zu einem gravierenden Personalmangel sowie zu direkten und indirekten hohen wirtschaftlichen Kosten bei. Dies verdeutlicht, dass die Herausforderungen der modernen Arbeitswelt und die anhaltenden gesellschaftlichen Krisen vielfältig und in unterschiedlichem Maße belastend sind.

Spätestens seit der Corona-Pandemie ist deutlich geworden, dass insbesondere Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialwesen, die bereits seit Jahren unter Fachkräftemangel leiden, stark unter Druck stehen. Damit einher geht auch für sie ein erhöhtes Erkrankungsrisiko. Wiederum kann der Ausfall von Kolleginnen und Kollegen die verbleibenden Beschäftigten zusätzlich belasten: Die Auswirkungen von Stress können zu einer Abnahme der Leistungsfähigkeit führen und langfristige körperliche Folgen für Fachkräfte in heilenden und helfenden Berufen haben. Es entsteht eine weitere Kaskade von Problemen, denn dies kann dazu führen, dass die Versorgung jetzt und in Zukunft womöglich in Gefahr ist, wenn die Bereitschaft weiter sinkt, sich für einen systemrelevanten Beruf zu entscheiden.

Neben den direkten Effekten auf den Arbeitsalltag sind auch viele andere Lebensbereiche betroffen, die nicht unmittelbar sichtbar werden. Aufgaben und Verpflichtungen im privaten Umfeld können teilweise nicht mehr bewältigt werden, und Familien, Partnerschaften und Freundschaften können unter den Auswirkungen psychischer Belastungen leiden. Folgen für das persönliche Umfeld bleiben oft unbeachtet, obwohl es häufig die direkten Bezugspersonen sind, die die Auswirkungen der psychischen Belastungen am deutlichsten spüren.

Aufgrund der vielseitigen Herausforderungen ist es essenziell für Arbeitgebende und -nehmende, psychisch fit zu bleiben. Die Resilienz – die psychische Widerstandsfähigkeit – der berufstätigen Menschen muss durch geeignete Strategien gestärkt werden. Arbeitgebende tragen dabei eine wesentliche Verantwortung, für sichere und gesunde Arbeitsbedingungen zu sorgen sowie die psychische Gesundheit ihrer Angestellten zu schützen und zu fördern.

Ein ganzheitlicher Ansatz, der Maßnahmen auf individueller, institutioneller und gesellschaftlicher Ebene umfasst, ist unerlässlich, um die psychische Gesundheit am Arbeitsplatz langfristig zu fördern und ein umfassendes Wohlbefinden zu gewährleisten.

Durch die Implementierung von Frühwarnsystemen und die Bereitstellung adäquater Unterstützung können potenzielle Probleme frühzeitig erkannt und behandelt werden, bevor sie sich verschlimmern. Programme und Maßnahmen wie das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) können dabei eine tragende Rolle spielen. Ebenso spielen psychosoziale Unterstützungsangebote und das Betriebliche Eingliederungsmanagement (BEM) zur Rehabilitation Betroffener von psychischen Erkrankungen eine wichtige Rolle, um soziale Teilhabe zu garantieren und Langzeitarbeitslosigkeit sowie Frühberentung entschieden vorzubeugen. Das Vorhandensein von Beratungsstellen, Coaching-Möglichkeiten und Mentoring-Programmen kann den Beschäftigten helfen, mit stressigen Situationen umzugehen. Durch den Zugang zu professioneller Unterstützung erhalten die Mitarbeitenden die Möglichkeit, über ihre Herausforderungen zu sprechen und konstruktive Lösungen zu finden, was langfristig zu einem positiven Arbeitsumfeld beiträgt.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Förderung von Flexibilität. Der Wandel in der Arbeitswelt einschließlich der Digitalisierung und Remote-Arbeit hat Auswirkungen auf die Balance zwischen Beruf und Privatleben. Es ist daher entscheidend, flexible Arbeitszeitmodelle zu fördern und sicherzustellen, dass Mitarbeitende die Möglichkeit haben, ihre Arbeitszeiten an ihre persönlichen Bedürfnisse anzupassen.

Die kontinuierliche Weiterbildung und Entwicklung der Mitarbeitenden ist ebenfalls entscheidend für ihre psychische Gesundheit. Die Möglichkeit zur beruflichen Weiterentwicklung und persönlichen Entfaltung trägt nicht nur zur Zufriedenheit bei, sondern stärkt auch die Resilienz der Beschäftigten. Durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen erhalten Mitarbeitende die Chance, ihre Fähigkeiten zu erweitern und sich beruflich weiterzuentwickeln, was langfristig zu einem positiven Selbstwertgefühl und einer verbesserten psychischen Gesundheit führen kann.

Hierarchieübergreifende Wertschätzung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer steigert die Motivation und

das allgemeine Wohlbefinden und gilt somit als Schutzfaktor. Eine offene Kommunikationskultur am Arbeitsplatz und effektive Konfliktlösungsmechanismen, um Spannungen zu reduzieren und ein positives Arbeitsumfeld zu fördern, das durch Teamarbeit, Zusammenhalt und soziale Interaktion geprägt ist, sind weitere wesentliche Schutzfaktoren gegenüber psychischen Belastungen.

Nach einer Erkrankung ist eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsalltag entscheidend. Programme wie das BEM können dabei helfen, individuelle Bedürfnisse zu berücksichtigen und eine nachhaltige Rückkehr ins Berufsleben zu ermöglichen. Die Stärkung der psychischen Widerstandsfähigkeit der Beschäftigten ist ein zentraler Ansatzpunkt. Dies umfasst Maßnahmen wie Stressmanagement, Entspannungstechniken, Bewegungsförderung und die Förderung von Selbstfürsorge. Die Offenheit im Umgang mit psychischen Erkrankungen am Arbeitsplatz ist entscheidend, um Stigmatisierung und Vorurteile abzubauen. Information, Aufklärung und persönlicher Kontakt können dazu beitragen, ein unterstützendes Arbeitsumfeld zu schaffen. Denn seelische Gesundheit ist keine Privatsache.

Die Woche der Seelischen Gesundheit 2024 richtet ihr Augenmerk daher auf das bedeutende Thema Arbeit und ermöglicht unter dem Motto „Hand in Hand für seelische Gesundheit am Arbeitsplatz“ den Dialog über dringende Fragen und entsprechende Lösungsansätze. Durch die Sensibilisierung für die Herausforderungen, denen Menschen in verschiedenen Branchen und Arbeitsumgebungen gegenüberstehen, soll die Aktionswoche dazu beitragen, ein tieferes Verständnis für die Komplexität psychischer Belastungen am Arbeitsplatz zu entwickeln, indem sie bundesweit eine Plattform für Diskussionen, Workshops und Informationsveranstaltungen zum Austausch bewährter Praktiken und innovativer Ansätze bietet. Insgesamt zielt die diesjährige Themenwoche, die traditionell am 10. Oktober startet und vom Aktionsbündnis Seelische Gesundheit koordiniert wird, darauf ab, einen positiven Wandel in der Arbeitswelt zu bewirken und dazu beizutragen, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer nicht nur körperlich, sondern auch seelisch gesund bleiben und ihr volles Potenzial entfalten können.



Die Auftaktveranstaltung der Woche der seelischen Gesundheit findet am 10. Oktober um 17:30 Uhr in Berlin statt und wird zudem als Livestream übertragen. Mehr dazu auf seelischegesundheits.net

Ein starkes Bündnis

Das Aktionsbündnis Seelische Gesundheit (ABSG) ist eine bundesweite Initiative, die 2006 ins Leben gerufen wurde. Inzwischen sind über 150 Mitgliedsorganisationen dabei, darunter vor allem Selbsthilfereverbände der Betroffenen und Angehörigen von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Auch zahlreiche Verbände aus den Bereichen Psychiatrie und Gesundheitsförderung sind dabei und vernetzen sich für das gemeinsame Anliegen – die Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen. So werden alle Kräfte für den größten Wirkungsradius gebündelt.

Das ABSG

- fördert ein bundesweites Netzwerk von Antistigma-Initiativen, Aufklärungs- und Präventionsprojekten
- koordiniert jährlich rund um den WHO Welttag der Seelischen Gesundheit am 10. Oktober die Woche der Seelischen Gesundheit
- setzt sich für eine objektive und nicht stigmatisierende Berichterstattung in den Medien ein
- hat die Aktion Grüne Schleife in Deutschland initiiert, das internationale Symbol für eine Gesellschaft, die offen und tolerant mit psychischen Erkrankungen umgeht

Die gemeinsame Mission besteht darin,

- dass man über psychische Gesundheit offen spricht – sowohl im persönlichen Umfeld wie der Familie oder dem Freundeskreis als auch am Arbeitsplatz, in der Schule oder im Studium
- dass unsere Gesellschaft im Umgang mit psychischen Erkrankungen offen und tolerant ist und die Betroffenen nicht vom sozialen Leben ausgeschlossen werden
- dass sich niemand wegen psychischer Probleme verstecken oder schämen muss
- dass Menschen ihre täglichen psychischen Belastungen und Grenzen besser wahrnehmen und sich rechtzeitig Hilfe holen
- dass klar wird, dass die psychische Gesundheit aktiv gefördert und geschützt werden sollte

Der gemeinsame Nenner zählt

Eine Reform, die sich nichts weniger vorgenommen hat, als die Krankenhausversorgung in Deutschland für die Zukunft fit zu machen: Psychiater Tom Bschor ist es, der die hierfür zuständige Regierungskommission leitet. Im Gespräch mit dem DGPPN-Präsidenten gibt er Einblicke in die Reformmotivation und die Zusammenarbeit verschiedener Akteure.



AML: Lieber Herr Bschor, ich freue mich sehr, dass Sie heute hier bei uns in der Geschäftsstelle der DGPPN sind. Es sind bewegte Zeiten für die deutsche Krankenhauslandschaft. Es heißt, derzeit ist die größte Reform seit Jahrzehnten im Gang. Und Sie sind mittendrin, als Leiter und Koordinator der zuständigen Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Welche Probleme möchten Sie mit dieser Reform lösen?

TB: Genau das war der Ausgangspunkt für unsere Arbeit. Denn unsere Kommission arbeitet wissenschaftlich. Am Anfang analysiert man die Ist-Situation und die Probleme. Von da ausgehend kommt man zu den Lösungen. Und die Ist-Situation sieht so aus: Deutschland hat unvergleichlich viele Krankenhäuser, dort viele Betten und viele vollstationäre Behandlungen. In allen diesen Kategorien belegen wir Platz eins in Europa. Man könnte jetzt sagen, „Das ist halt der deutsche Weg. Wir machen eben viel im Krankenhaus, da sind die Menschen auch gut versorgt“. Das ist an sich auch keine schlechte Sache.

Aber: Es gibt drei zentrale Argumente, warum wir dieses hohe Niveau an Krankenhausbehandlung nicht mehr durchhalten können. Das Allerwichtigste ist der Personalmangel, der sich aufgrund der demografischen Entwicklung weiter verschärfen wird. Vollstationäre Behandlung ist immer sehr personalintensiv: drei Schichten, sieben Tage die Woche. Das zweite Hauptargument ist, dass uns die Kosten davonlaufen. Kein Land in Europa, außer der Schweiz, gibt so viel Geld für Gesundheit aus wie Deutschland. Der Anteil des Bruttoinlandsprodukts (BIP), den wir in Gesundheit investieren, steigt überproportional stärker als unser Wirtschaftswachstum, stärker als die Inflation. 1992 waren es noch 9,4 % des BIP, 2021 dann 13,2 %. Das kann dauerhaft nicht funktionieren.

Das dritte Argument ist, dass wir – im Vergleich zu den enormen Beträgen, die wir in unser Gesundheitssystem investieren – nicht an allen Stellen die Qualität haben, die wir haben könnten. Das sehen wir im Vergleich zur Schweiz, die ähnlich viel wie wir investiert. Wir sehen es auch in den OECD-Statistiken zu den Raten der Sterblichkeit aus vermeidbarer und aus behandelbarer Ursache. Auch bei der Lebenserwartung liegen wir nur im Mittelfeld.

Deshalb denken wir, dass wir eine grundlegende Reform brauchen. Wir haben gute Voraussetzungen, dass diese auch gelingen kann. Denn in unserem System gibt es viele Krankenhäuser und viel Geld. Außerdem haben wir, gemessen an der Bevölkerung, noch relativ viele Menschen, die im medizinischen Bereich arbeiten – wenn auch nicht genug

für die große Anzahl an Krankenhauspatienten. Damit lässt sich etwas Vernünftiges gestalten.

AML: Da haben Sie eine große Aufgabe übernommen. Um etwas zu bewegen, muss man gerade im Föderalismus viele Stakeholder zusammenbringen. Man muss Dinge in Bewegung bringen, die regional, institutionell, individuell miteinander sehr verfestigt und tief verwurzelt sind. Gleichzeitig drängt das Problem. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung müsste man sogar sagen, es brennt. Schwierige Bedingungen also bei hohem Druck. Da fragt man sich: Was hat Sie motiviert, diese anspruchsvolle Rolle zu übernehmen?

TB: Es war schon ein gewisses Risiko, diesen Job zu übernehmen. Ich konnte nicht wirklich einschätzen, was da auf mich zukommt und was meine Aufgaben sein werden. Aber es war eben auch eine tolle Chance, viel Neues und viele neue Strukturen kennenzulernen. Das war meine Motivation: die Politik auf hoher Ebene aus nächster Nähe kennenzulernen, die Entscheider, auch außerhalb des psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereichs. Eine einmalige Möglichkeit.

AML: Ich finde es natürlich toll, dass Sie als Psychiater diese wichtige Rolle inne haben, überhaupt: dass Psychiater in solchen Positionen gesehen werden. Sie leiten die Krankenhauskommission, Christopher Baethge die medizinisch-wissenschaftliche Redaktion des Deutschen Ärzteblatts und Karl Broich das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Hat Ihr beruflicher Hintergrund Vorteile für Sie?

TB: Es hat im Leben immer Vorteile, wenn man etwas von der Psychiatrie versteht. So ist es auch hier. Das, was ich als Psychiater gelernt habe, hilft mir sehr: Wenn man eine Kommission leitet, ist es gut, sich mit Gruppenprozessen auszukennen. Und für politische Verhandlungen ist es hilfreich, Persönlichkeiten zu verstehen.

AML: Das stimmt mich zuversichtlich. Schauen wir uns nun die Vorgänge näher an, bleiben wir aber bei der Psychiatrie. Als die Kommission eingesetzt wurde, hieß es zunächst, man würde sich auf die Somatik fokussieren. Natürlich gibt es aber viele Schnittstellen, psychiatrische Kliniken sind ja Teil der Krankenhauslandschaft. Sie haben dann auch recht bald Empfehlungen für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung formuliert. Wir waren in der DGPPN sehr positiv angetan von Ihren Vorschlägen.

Wir erkennen darin Impulse, die auch wir für die Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung aus dem Krankenhaus heraus wesentlich finden.

Das Leitbild der DGPPN ist eine gestufte und bedarfsorientierte Versorgung, also das, was die WHO als Stepped Care bezeichnet: populationsbasiert, leicht zugänglich und auf die Bedürfnisse des oder der Einzelnen ausgerichtet. Eine solche Versorgung muss nicht nur auf Station, sondern auch in der Gemeinde oder in der Region, also settingübergreifend, ermöglicht werden. Was diese Grundphilosophie angeht, sind wir, denke ich, auf derselben Seite, nicht wahr?



TB: Ich stimme hundertprozentig zu.

AML: Wenn man eine populationsbasierte Versorgung für sinnvoll hält, folgt daraus aus unserer Sicht eine regionale

Versorgungsverpflichtung. Man könnte diese regionale Versorgungsverpflichtung mit einem gestuften Versorgungsmodell verknüpfen. Überall dort, wo eine Klinik die Versorgung übernimmt, hätten wir die Rahmenbedingungen, um eine settingübergreifende Versorgung aus dem Krankenhaus heraus umzusetzen.

TB: Tatsächlich kennt nur die Psychiatrie die populationsbasierte Versorgung, obwohl das eigentlich Ausgangspunkt jeder sinnvollen Krankenhausplanung sein müsste. Wo wohnen wie viele Menschen? Wie alt und wie krank sind sie? Wie viele kardiologische Behandlungsplätze bräuchten sie? Dieses Vorgehen haben wir nur in der Psychiatrie – durch die Pflichtversorgung. Die Psychiatrie sollte die Populationsbezogenheit auf jeden Fall behalten, ausbauen und zur Basis für die Planung und Weiterentwicklung der Pflichtversorgung machen. Da kann ich dem DGPPN-Versorgungsmodell auch voll zustimmen.

„ Idealerweise würden wir für jeden einen bedarfsorientierten Behandlungsplan schmieden.“

Tom Bschor

Und: Ja, man sollte sich nicht nur auf vollstationäre Behandlungen beschränken, sondern eine umfassende, möglichst flexible, settingübergreifende Versorgung anstreben. Auch da ist die Psychiatrie beispielgebend. Alle größeren psychiatrischen Fachkliniken und -abteilungen haben neben dem vollstationären Bereich den tagesklinischen, den ambulanten und jetzt auch den aufsuchenden Bereich.

Natürlich könnte man das Zusammenspiel hier weiter verbessern. Idealerweise würden wir für jede Patientin und jeden Patienten einen bedarfsorientierten Behandlungsplan schmieden. Zum Beispiel: „Montag, Dienstag und Donnerstag kommen Sie in die Tagesklinik. Mittwoch und Freitag werden Sie ambulant behandelt, da haben wir eine Gruppe, die gut zu Ihnen passt. Von Samstag auf Sonntag sollten Sie bei uns übernachten, damit wir uns Ihren Schlafstörungen widmen können.“ Das wäre ein flexibles Angebot, das wir bislang in dieser Form nicht haben.

AML: Solche Konzepte haben wir in den Modellprojekten nach §64b SGB V. Diese zeigen, wie eine gute, flexible, bedarfsadaptierte Behandlung bei gleichem Mittelverbrauch

aussehen könnte. Zum Beispiel gibt es in Hamburg das Modellprojekt RECOVER. Es ist sehr nah angelehnt an das, was die DGPPN als gestufte, bedarfsorientierte Behandlung vorschlägt: ein niedrigschwelliger Zugang in das Versorgungssystem, der Betroffene direkt an die richtige Stelle, die richtige Ebene führt. Dafür brauchen wir einen Behandlungsplan, der unter ärztlicher Leitung erstellt wird, und der Plan muss dann auch je nach Bedarf adaptiert werden können. Wenn sich solche Modelle bewiesen haben, dann sollten sie auch in die Regelversorgung überführt werden.

TB: Man hat unsere Empfehlungen hierzu aufgegriffen. Es gibt die politische Absicht, das noch in dieser Legislaturperiode zu verwirklichen. Ich habe aber, seit ich die Kommission leite, auch so viel gelernt, dass ich weiß, dass ich dazu keine Versprechungen abgeben kann. Das muss noch durch viele Stellen gehen und verhandelt werden.

Konkret besteht der politische Plan, ein regionales Budget für die Regelversorgung einzuführen. Nicht verpflichtend für jede Klinik, aber als Option. Die Klinik könnte sich dann entscheiden, was sie lieber hätte – ein Regionalbudget oder weiter das aktuelle pauschalisierende Entgeltsystem (PEPP). Für die Budgetvariante ist dann auch wichtig, dass sich alle Krankenkassen anschließen, also ein Kontrahierungszwang eingeführt wird. Denn was wir sicherlich nicht wollen, ist, dass an der gleichen Klinik oder Abteilung parallele Strukturen bestehen, je nachdem, in welcher Krankenkasse eine Patientin oder ein Patient versichert ist. Das funktioniert nicht.

AML: Im Moment ist das in vielen Modellprojekten so. Wie man behandelt wird, hängt davon ab, in welcher Kasse man versichert ist. Wir finden deshalb die Idee sehr gut, diesen Kontrahierungszwang für die Kassen einzuführen. Damit hätten wir auch den Hebel, den man braucht, um in der Region settingübergreifend zu behandeln. Wir freuen uns sehr, dass das in dieser Legislaturperiode eine Chance hat. Mehrere erfolgreich evaluierte Modellprojekte werden sonst dieses Jahr enden müssen. Also wünschen wir Ihnen viel Erfolg und dem Bundesministerium für Gesundheit eine glückliche Hand!

TB: Auch im Bundestag gibt es innerhalb der Regierungsfractionen Kräfte, die das Konzept unterstützen. Ich hoffe, dass das funktionieren wird.

AML: Ein weiterer Vorschlag der Regierungskommission ist, flexible Abrechnungsmethoden für die Psychiatrischen Institutsambulanzen einzuführen.

TB: Das wäre eine vorbildlich unbürokratische Vergütungsform. Dieses an das Bayerische Modell angelehnte Vorgehen macht keinen großen Aufwand.

„ Das Leitbild der DGPPN ist eine gestufte und bedarfsorientierte Versorgung.“

Andreas Meyer-Lindenberg



AML: Entbürokratisierung steht als Stichwort auch in der Stellungnahme der Regierungskommission zur psychiatrischen Versorgung. Das ist natürlich etwas, was wir in der Psychiatrie gern sehen!

TB: Wir arbeiten sehr intensiv daran. Es wird auch dazu eine Stellungnahme von uns kommen, es ist aber ein mühsames Thema. Jede Kartoffel müssen wir einzeln aus dem Acker ausgraben und genau betrachten.

AML: Das sind also zwei Dinge in den Vorschlägen der Regierungskommission, die vielleicht bald umgesetzt werden können: Regionalbudgets als Option für den stationären Bereich und die flexible Abrechnung nach dem sogenannten Bayerischen Modell in den Psychiatrischen Institutsambulanzen.

Lassen Sie uns noch einmal zurückkommen auf das Versorgungsmodell der DGPPN und die zentrale Rolle der regionalen Versorgungsverpflichtung. Viele verstehen unter Pflichtversorgung: Wenn jemand akut untergebracht werden muss, muss sich auch ein bestimmtes Krankenhaus in der Region um diesen Menschen kümmern. Aber aus unserer Sicht geht es weit darüber hinaus – es geht eben auch um die Verpflichtung zur Versorgung der Region im Sinne des Stepped-Care-Ansatzes, gerade bei psychisch Schwererkrankten, Notfällen und akutem Handlungsbedarf.

TB: So habe ich Pflichtversorgung immer verstanden: dass sie nicht an die gesetzliche Unterbringung geknüpft sein kann. Für mich ist Pflichtversorgung auf jeden Fall unabhängig davon, ob jemand freiwillig oder unfreiwillig aufgenommen wird. Warum soll sich die Klinik für einen Menschen aus dem Bezirk plötzlich nicht mehr zuständig fühlen, nur weil er sagt, „Ich komme gern zu euch und ich bitte um

Aufnahme“? Selbstverständlich muss garantiert sein, dass dieser Mensch, wenn eine Krankenhausindikation besteht, auch einen Behandlungsplatz bekommt.

Eine Versorgungsverpflichtung, die über den vollstationären Bereich hinausgeht – das wäre ein neuerer Gedanke. Ich könnte mir gut vorstellen, dass man die Tagesklinik als stationäre Einheit sieht. Aber mit der ambulanten Behandlung geraten wir in einen Konflikt, denn hierfür haben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) den Versorgungsauftrag. Und das funktioniert ja auch überwiegend sehr gut. Man müsste sehr gut diskutieren, ob man die KV für psychisch Erkrankte plötzlich aus der Pflicht nimmt.

AML: Ja, da gibt es durchaus Gesprächsbedarf. Wir haben in der DGPPN den Vorteil, dass in unserem Vorstand auch die KV-Seite, die für die Versorgung natürlich zentral wichtig ist, gut vertreten ist. Die Vertreterinnen der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen haben unser Versorgungsmodell mit entworfen und konsentiert.

Lassen Sie uns noch einmal etwas allgemeiner werden. Sie haben am Anfang den Fachkräftemangel als eines der wesentlichen Probleme in der Versorgung genannt. Das betrifft uns auch in der Psychiatrie. Das Thema haben wir im Rahmen der Debatte um die Sanktionszahlungen der G-BA-Richtlinie Personalausstattung Psychiatrie und Psychosomatik (PPP-RL) intensiv diskutiert. Das Hauptproblem ist, dass Kliniken häufig nicht in der Lage sind, das benötigte Personal einzustellen und zu halten. Haben Sie Ideen, wie wir da weiterkommen?

■ Kernpunkte für eine tragfähige Versorgung

- Eine bundesweit klar definierte, flächendeckende, regionale Versorgungsverpflichtung mit populationsbezogenen Angeboten für alle Behandlungssettings
- Versorgungssicherheit durch psychiatrische Fachkrankenhäuser, psychiatrische Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern und Universitätskliniken: Alle drei Typen sind an der regionalen Versorgungsverpflichtung zu beteiligen.
- Vollumfängliche Finanzierung der Personalkosten – zugunsten der Qualitätssicherung
- Gleichwertige (finanzielle) Bedingungen für die ärztliche und psychotherapeutische Weiterbildung
- Clearingprozesse unter ärztlicher Letztverantwortung sollten die individuellen Bedarfe und Ressourcen der Patientinnen und Patienten erheben, erste diagnostische Einschätzungen vornehmen und abgestimmte Interventionen festlegen.

Nähere Informationen hierzu demnächst online.

TB: Eine Bemerkung vorweg: Für mich ist absolut klar, dass eine Klinik nicht dafür bestraft werden kann, wenn sie Menschen einstellen möchte und es einfach keine Bewerberinnen und Bewerber gibt. Leider betrifft der demografische Wandel alle Branchen in Deutschland. Wir ziehen alle an der gleichen Decke, und sie ist zu kurz.

Beim Fachkräftemangel wird häufig nur an den Zähler des Bruchs gedacht: Wie viele Fachkräfte habe ich und wo bekomme ich die her? Dann wird überlegt, wie Berufe attraktiver werden können, wie die Ausbildung verbessert werden kann und wie Fachkräfte aus dem Ausland gewonnen werden können. Da sind die Möglichkeiten aber begrenzt.

Die Regierungskommission möchte deshalb nicht nur am Zähler, sondern vor allem am Nenner des Bruchs arbeiten: am Bedarf. Was können wir tun, um den hohen Sockel an sehr personalintensiven vollstationären Behandlungen zu reduzieren? Da gibt es ganz viele Ideen. Wir haben schon über das Globalbudget mit dem flexiblen Behandlungssetting gesprochen. Dass ich einen Patienten in ein Bett legen muss, um ihm eine Behandlung anbieten zu dürfen, das können wir uns mit Blick auf den Fachkräftemangel nicht mehr leisten. Man braucht für eine 20-Betten-Station einfach viel mehr Pflegekräfte als für eine Tagesklinik mit 20 Plätzen. Wenn wir Krankenhäusern erlauben, auch in anderen Settings kompetent zu behandeln, würden wir auch mit den vorhandenen Fachkräften besser zurechtkommen.

AML: Da kann ich Ihnen nur zustimmen. Mehr Flexibilität wäre da sehr hilfreich. In den grundlegenden Punkten sind sich die DGPPN und die Krankenhauskommission also einig. Lassen Sie mich abschließend fragen: Wie geht es denn jetzt mit der Krankenhausreform konkret weiter?

TB: Ich antworte erst einmal mit Blick auf die somatische Krankenhausreform. Die erste Gesetzesstufe ist das Transparenzgesetz: Der Bundestag hat es verabschiedet, und am 22. März hat es auch den Bundesrat passiert, ist jetzt also geltendes Gesetz.

Die eigentliche, die große Reform steht aber im Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz, kurz KHVVG. Dazu gibt es einen Referentenentwurf, der jetzt seinen ganz normalen, vorgeschriebenen gesetzgeberischen Gang geht. Zunächst steht die Ressortabstimmung an – hier ist es besonders wichtig, dass das Finanzministerium und das Wirtschaftsministerium das Gesetz mittragen. Im Bundeskanzleramt war der Gesetzentwurf bereits, im Mai soll er ins Kabinett kommen. Dort stimmen dann hoffentlich

alle Ressorts zu, sodass der Entwurf anschließend in den Bundestag gehen kann. Das Ziel ist es, dass das Gesetz noch in diesem Jahr verabschiedet wird. Im Idealfall tritt es am 1. Januar 2025 in Kraft, in jedem Fall aber noch in dieser Legislaturperiode. Ansonsten ist das Gesetz gescheitert und man fängt von vorn an.

Allerdings: Die psychiatrische Versorgung ist nicht Teil des KHVVG, sondern wird für das Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz diskutiert. Es gibt auch da einen klaren politischen Willen, alle relevanten Stellen haben es für gut befunden. Aber durch das Verfahren via Kabinett, Ressortabstimmung, Bundestag und Bundesrat weiß man nie genau, was akzeptiert wird und was verändert wird. Insofern kann ich jetzt keine Wetten annehmen.

AML: Dann drücken wir Ihnen die Daumen! Und wir stellen im Laufe des Prozesses natürlich weiter gern unsere Expertise und auch unser Versorgungsmodell zur Verfügung. Haben Sie vielen Dank, dass Sie uns die Ideen der Kommission nähergebracht haben.

Das Gespräch fand am 05.03.2024 statt.



Prof. Dr. med. Tom Bschor ist Leiter und Koordinator der „Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung“. Von 2013–2017 war der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie Vorsitzender der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie (BGPN).

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

Kongress 2024



Infos und
Anmeldung auf
dgppnkongress.de

2024

Psychische Gesundheit in Krisenzeiten

Vier Tage **Psychiatrie** und **Psychotherapie** pur

Vom 27. bis zum 30. November steht Berlin im Zeichen der psychischen Gesundheit. Der DGPPN Kongress ist DIE Plattform schlechthin für den Wissenstransfer zum Thema Psyche. Hier kommen die verschiedenen Berufsgruppen und Generationen zusammen und tauschen sich aus. „Nebenbei“ können auf einen Schlag rund 30 CME-Punkte gesammelt werden. Wer sich neu für eine DGPPN-Mitgliedschaft entscheidet, kann sogar kostenlos teilnehmen.

Für alle, die auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit tätig sind, ist der DGPPN Kongress ein Pflichttermin, der bereits Anfang des Jahres im Kalender vorgemerkt ist. Vier Tage Wissenschaft, praktische Fort- und Weiterbildung sowie zahlreiche Gelegenheiten für einen intensiven fachlichen und persönlichen Austausch. Ende November ist es dann soweit: Die DGPPN begrüßt im Berliner CityCube rund 9000 Teilnehmende aus Psychiatrie und Psychotherapie – Medizinerinnen, Psychologen, Studierende, Pflegefachkräfte, Angehörige anderer Gesundheitsfachberufe, Betroffene und Angehörige. Ein Teil des Vor-Ort-Programms wird für registrierte Teilnehmende als Livestream ins Web übertragen und steht als Aufzeichnung auch nach dem Kongress noch für eine zeitlich begrenzte Video-on-Demand-Nutzung zur Verfügung.

Jedes Jahr steht der Kongress unter einem Leitthema, das die Schwerpunkte des Programms bestimmt. 2024 lautet es „Psychische Gesundheit in Krisenzeiten“. Denn Krisen und Konflikte wie die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie, der Anstieg der Lebenshaltungskosten, kriegerische Auseinandersetzungen in einem in Europa seit Jahrzehnten nicht gesehenen Ausmaß und die immer deutlicher sichtbaren Folgen des Klimawandels prägen in außergewöhnlichem Maße unsere gegenwärtige Situation. Menschen mit psychischen Erkrankungen sind besonders stark betroffen. Auf dem Kongress wird beleuchtet, welchen Beitrag Psychiatrie und Psychotherapie leisten können und müssen, damit wir gesund durch die Krisen unserer Zeit kommen. Denn zweifelsohne gehören

die Prävention und Behandlung von psychischen Krisen sowie die Stärkung der Resilienz zu den Kernkompetenzen der Psychiatrie.

Damit besser auf die aktuellen Belastungen reagiert werden kann, muss auch das Versorgungssystem angepasst werden. Dies erfordert nicht nur eine verbesserte Integration von psychischer Gesundheit in die allgemeine Gesundheitsversorgung, sondern auch eine Anpassungsfähigkeit des Systems selbst. Die Implementierung von telemedizinischen Lösungen, die Förderung von Früherkennung und Prävention und die Schaffung von unterstützenden Netzwerken sind nur einige Aspekte, die hier in Betracht gezogen werden sollten.

Auf dem DGPPN Kongress 2024 werden sich die Expertinnen und Experten aus Psychiatrie, Psychotherapie und angrenzenden Disziplinen eingehend mit der Frage beschäftigen, wie die psychische Gesundheit in Krisenzeiten geschützt und gefördert werden kann. Denn die nötige Unterstützung kann den Menschen jetzt und in Zukunft nur durch eine umfassend koordinierte und ganzheitliche Herangehensweise geboten werden, die die individuellen und gesellschaftlichen Herausforderungen gleichermaßen berücksichtigt.

Themenvielfalt

Aktuelles Wissen, neueste Forschungsergebnisse sowie praktische Fertigkeiten werden in unterschiedlichen Veranstaltungsformaten beleuchtet und vermittelt. Das Programm umfasst Präsidientensymposien,

Lectures, State-of-the-Art-Symposien, Workshops, Diskussionsforen, Meet-the-Expert-Vorträge, Freie Vorträge und Postersitzungen. Insgesamt etwa 600 Veranstaltungen behandeln 30 Topics, die die gesamte Vielfalt der psychiatrischen und psychotherapeutischen Themen abbilden: störungsspezifische Topics, übergreifende Bereiche wie Epidemiologie und Risikofaktoren, Versorgungsforschung, Prävention und Gesundheitsförderung wie auch Themen aus Gesundheitspolitik, Ethik und den Kulturwissenschaften. Expertinnen und Experten teilen ihr Wissen und diskutieren aktuelle Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis – stets mit dem Ziel, die Versorgung von Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Auf Augenhöhe

Bei der Zusammenstellung des Kongressprogramms wird immer auch die Perspektive von Erfahrungsexpertinnen und -experten, also Betroffenen und Angehörigen einbezogen. Der dialogische Ansatz fördert das bessere Verständnis für die psychische Gesundheit und die Kooperation zwischen allen Beteiligten, um gemeinsam eine bestmögliche Unterstützung für psychisch kranke Menschen zu gewährleisten. Der dialogische Ansatz ist beim DGPPN Kongress zu einer guten und selbstverständlichen Tradition geworden.

Von Selbsthilfe bis Virtual Reality

Selbsthilfegruppen und Betroffenenvereine sind auch ein zentraler Teil des Ausstellungsprogramms des Kongresses. An etwa 20 Ständen präsentieren Betroffene und Angehörige ihre Arbeit und laden zum Gespräch ein. Zudem stellen sich auch dieses Jahr wieder Kliniken, Verlage und Anbieter vielfältiger Gesundheitsleistungen vor. Diese Bereiche der Ausstellung sind für alle Teilnehmenden frei zugänglich.

Vorteile für die junge Generation der Psychiatrie

Besondere Angebote gibt es für den psychiatrischen Nachwuchs. Spezielle Workshops und Veranstaltungen wie Meet-the-Expert-Sessions und Nachwuchs-Lectures ermöglichen Einblicke in das Berufsbild Psychiatrie und bringen den jungen Medizinerinnen und Medizinern besonders spannende Aspekte des Fachs nahe. Die Mitglieder der Nachwuchsinitiative Generation PSY stehen vor Ort Interessierten Rede

und Antwort und begleiten Kongressneulinge durch die vier Konferenztage. Um auch Nachwuchskräften mit knappen finanziellen Möglichkeiten den Kongressbesuch zu ermöglichen, vergibt die DGPPN 200 Stipendien für Medizinstudierende und 50 Stipendien für Studierende anderer Fachrichtungen. Zudem werden 50 Reisetipendien ausgeschrieben.

Der Umwelt zuliebe

Als moderne und zukunftsorientierte Fachgesellschaft hat die DGPPN eine möglichst nachhaltige und ressourcenschonende Durchführung des Kongresses zum Ziel. Der Weg dahin: Vermeiden, Bilanzieren, Kompensieren. Auf Einwegprodukte wird weitgehend verzichtet. Das gilt für das Catering ebenso wie für das Mobiliar vor Ort. Sogar die Beschilderungen sind wiederverwendbar. Die Programmübersicht wird dieses Jahr vollständig digital abgebildet: Im Sinne der Nachhaltigkeit und Emissionsreduzierung wird es kein gedrucktes Programm geben. Es ist online und via Kongress-App verfügbar.



Mental Entertainment

Ob humoristisch, emotional oder sachlich: Psychische Erkrankungen spielen in Filmen, Serien und Podcasts immer öfter die Hauptrolle. *Psyche im Fokus* gibt einen kleinen Überblick.

Feel Good



Die autobiografisch inspirierte Serie begleitet die suchtkranke Kanadierin Mae, die sich in London als Stand-up-Comedian versucht. Als sie sich in die prüde Britin George verliebt, tut sich die von Traumata geplagte Mae schwer, ihr Suchtverhalten unter Kontrolle zu halten. Ein intimes Porträt über Sucht und Liebe, das einen wichtigen Beitrag zur Debatte um mentale Gesundheit liefert.

→ Serie | Netflix

Sucht & Süchtig



Regisseur Hagen Decker und Erzieher John Cook sind drogensüchtig und geben Einsichten in ihre Abstinenz. Jeden Tag gilt es, Versuchungen zu widerstehen und nüchtern zu bleiben. Dabei klären sie über Drogen und Konsum auf. Ernst und voller Respekt, motivierend und emotional.

→ Podcast | ARD-Audiothek

Spinning Out



Die ehrgeizige Eisläuferin Kat leidet abwechselnd unter depressiven und manischen Phasen. Als sie die Chance auf einen Neustart als Paarläuferin mit ihrem Jugendfreund Justin hat, versucht sie, ihre Erkrankung weiterhin zu verbergen. Die Serie wurde vielfach für ihre realistische Darstellung von bipolaren Störungen gelobt.

→ Serie | Netflix

Psycho, Ich



In jeder Folge untersucht die Doku-Reihe ein spezifisches Thema im Bereich der Psyche, wie etwa Angst, Liebe, Trauer oder Sucht, und beleuchtet es aus verschiedenen Blickwinkeln. Durch Interviews mit Experten, Fallstudien und experimentelle Ansätze bietet „Psycho, Ich“ tiefe Einblicke.

→ Doku-Reihe | Arte-Mediathek

Wenn Kunst auf Psychoanalyse trifft



Jacques Lacan ist einer der bekanntesten Psychiater und Psychoanalytiker Frankreichs. Er sah sich selbst in der Tradition Sigmund Freuds. In Bezug auf Kunst betonte Lacan die Rolle des Unbewussten und der Sprache. Er betrachtete sie als Ausdruck des Verlangens und der Konflikte des Unbewussten. Die Dokumentation zeigt sein Werk.

→ Dokumentation | Arte-Mediathek

Generation Klimaangst



Krank aus Sorge vor der Zukunft: Angst, Wut, Scham – jeder zweite junge Mensch empfindet starke negative Gefühle, wenn es um den Klimawandel geht. Was steckt hinter den Klimaängsten und was kann man dagegen tun? Die Sendung „Planet e“ hat nachgefragt.

→ Doku-Reihe | ARD-Mediathek

It's okay to not be okay



20 Jahre nach dem tragischen Tod ihrer Mutter kehren zwei Waisen zurück in ihren Heimatort, wo einer der beiden Brüder eine Stelle als Pfleger in einer psychiatrischen Klinik antritt. Die Brüder beginnen, ihre emotionalen Wunden aufzuarbeiten. Der Serie gelingt es, die Last, die psychisch erkrankte Menschen tragen, vielschichtig darzustellen.

→ Serie | Netflix

Weiter virulent

Die WHO hat die COVID-19-Pandemie im Mai 2023 für beendet erklärt. Für viele Menschen ist sie aber noch lange nicht ausgestanden; sie leiden heute noch an den Folgen der SARS-CoV-2-Infektion – an Long COVID. Die Versorgung der Betroffenen wird dadurch erschwert, dass die Krankheitsmechanismen noch unbekannt sind und psychiatrische Expertise nicht selbstverständlich in Forschung und Behandlung einfließt. Mit einer neuen Task-Force möchte die DGPPN das ändern.

Haben Betroffene auch vier Wochen nach akuter Infektion noch Beschwerden oder kommen neue hinzu, wird dieser Zustand als Long COVID bezeichnet. Halten die Beschwerden sogar länger als 12 Wochen an und sind nicht durch andere Diagnosen erklärbar, spricht man offiziell von einem Post-COVID-Syndrom (PCS). Allgemein werden alle gesundheitlichen Langzeitfolgen der Infektion unter dem Begriff Long COVID zusammengefasst – so auch hier. Die Erkrankung kann mit mehr als 100 unterschiedlichen und vielfältigen Symptomen einhergehen und stellt die behandelnden Medizinerinnen und Mediziner damit vor große Herausforderungen.

Viele Fragen rund um das Thema Long COVID sind nach aktuellem Stand noch offen. Schon allein die Frage, wie viele Menschen überhaupt davon betroffen sind, ist nicht eindeutig beantwortbar. Hier gibt es große Abweichungen in der Literatur, die auf unterschiedliche Definitionen von Langzeitfolgen, verschiedene betrachtete Zeiträume und heterogene Stichproben zurückzuführen sind. Die Studienlage lässt sich in etwa so zusammenfassen: Nach einer schweren SARS-CoV-2-Infektion mit stationärer Behandlung entwickeln etwa 45 bis 70 % der Betroffenen Long COVID. Im Vergleich dazu sind es bei Patientinnen und Patienten mit mildem Verlauf und einer ambulanten Behandlung etwa 10 % der Betroffenen. Würde man also eine konservative Schätzung vornehmen und davon ausgehen, dass „nur“ 10 % aller Infizierten Long COVID entwickeln, wären laut

eines 2023 veröffentlichten Reviews weltweit etwa 65 Millionen Menschen von der Erkrankung betroffen.

Die häufigsten Symptome sind neuropsychiatrischer Art

Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen, dass neuropsychiatrische Symptome wie kognitive Störungen, Brain Fog und Fatigue das Beschwerdebild einer großen Zahl der Patientinnen und Patienten prägen. So sind laut Studienergebnissen acht der zehn häufigsten Long-COVID-Symptome neuropsychiatrischer Art. Darüber hinaus entwickeln viele Betroffene in Folge einer SARS-CoV-2-Infektion psychische Symptome und Erkrankungen wie Depressionen, Ängste und posttraumatische Belastungsstörungen. Die stetig wachsende Anzahl von Studien und Metaanalysen deutet darauf hin, dass im Schnitt bei ca. 33 % der Patientinnen und Patienten mit einer Psychopathologie gerechnet werden muss. Darüber hinaus ist bekannt, dass Menschen mit psychischen Vorerkrankungen ein höheres Risiko haben, Langzeitsymptome zu entwickeln.

Die Frage, welche Mechanismen der Erkrankung zugrunde liegen, wird aktuell intensiv erforscht. Aktuelle Hypothesen fokussieren beispielsweise eine anhaltende systemische Entzündung, autoimmune Reaktionen und eine gestörte Mikrozirkulation in Folge einer akuten SARS-CoV-2-Infektion. Studien deuten darauf hin, dass auch chemische Botenstoffe aus dem Gleichgewicht geraten können:

So gibt es Hinweise darauf, dass die Infektion zu einem Serotoninmangel führen und die Produktion von Dopamin beeinträchtigen kann. Weitere Studien sind nötig, um diese Hypothesen zu Wirkmechanismen der Erkrankung zu überprüfen.

So fehlt derzeit weiterhin eine Therapie, die direkt an den Krankheitsmechanismen ansetzt. Dennoch werden bewährte Therapieansätze zur symptomatischen Behandlung eingesetzt, die in den Kompetenzbereich der Psychiatrie fallen. Dazu zählen beispielsweise die kognitive Verhaltenstherapie und die medikamentöse Behandlung der Patientinnen und Patienten mit Antidepressiva. Ungeachtet dessen wird die Erkrankung in der öffentlichen Wahrnehmung aber auch in Fachkreisen nicht immer mit dem Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie in Verbindung gebracht. Ein aktuelles Beispiel ist die Entwicklung der Long-COVID-Richtlinie des G-BA, welche die Versorgung für Versicherte mit Verdacht auf Long COVID regelt. Die DGPPN wurde nicht in den Stellungnahmeprozess zur Richtlinie einbezogen. Die Richtlinie weist deshalb auch deutliche Lücken im Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung auf.

Die überwunden geglaubte Dichotomie von Leib und Seele

Gesellschaftlich, politisch und medial findet das Thema große Beachtung. Im letzten Jahr wurde die Long-COVID-Initiative des BMG gestartet, die zur Aufklärung und zu einem Austausch über die Erkrankung beitragen sowie ihre Erforschung fördern soll. In der Tat gibt es auf all diesen Gebieten großen Entwicklungsbedarf. So ist im öffentlichen Diskurs der Forschungsstand zu biopsychosozialen Aspekten der Erkrankung nicht angemessen präsent. Psychosoziale Faktoren werden häufig sowohl von betroffenen Patientinnen und Patienten als auch von Ärztinnen und Ärzten ausgespart oder negiert – oft aus Sorge vor einer Stigmatisierung der Betroffenen. Vor allem in frühen Phasen der Pandemie haben diese nämlich die Erfahrung machen müssen, dass ihre Beschwerden nicht ernst genommen wurden. Fehlten nach einer Infektion Nachweise einer organischen Ursache der von ihnen berichteten Symptome, bekamen sie nicht selten eine Diagnose aus dem psychischen Spektrum.

Bei Long COVID prägt also die altbekannte und überwunden geglaubte Leib-Seele-Dichotomie den Diskurs und spiegelt sich auch in der medialen Berichterstattung wider.

Ein ausschließlicher Fokus auf biologische Aspekte, wie er derzeit vorherrscht, wird dem Erleben vieler Betroffener jedoch ebenso wenig gerecht wie ein Ausklammern aller biologischen Ursachen. Die reduktionistische Sichtweise „organisch“ vs. „psychisch“ erschwert es, zu einem tieferen Verständnis der Erkrankung zu gelangen und wichtige wissenschaftliche Erkenntnisse zu gewinnen. Dies ist allerdings eine wesentliche Voraussetzung dafür, um aus bereits etablierten Therapien wirksame Behandlungsoptionen abzuleiten oder neue Verfahren zu erschließen. Am Ende schadet eine reduktionistische Sehweise nämlich am meisten den Betroffenen.

Psychiatrische Expertise ist gefragt

In Gesprächen mit Betroffenen wird deutlich, dass der Bedarf an Hilfsangeboten sehr groß ist. Gleichzeitig stellen die Vielzahl und die Vielfalt der berichteten Symptome viele Ärztinnen und Ärzte vor Herausforderungen, denn sie erfordern mehr als das Wissen eines einzelnen Fachgebiets. Der Fokus der DGPPN liegt daher darauf, psychiatrische Expertise in interdisziplinäre und multiprofessionelle Versorgungsangebote einzubringen. In der Forschung ist es eine wichtige Aufgabe zu untersuchen, wie medikamentöse und nicht medikamentöse Interventionen unabhängig voneinander oder in Kombination für die erfolgreiche Behandlung von Long COVID eingesetzt werden können. Mit einem starken Fokus auf partizipative Forschung setzt sich die Fachgesellschaft auch dafür ein, dass Erfahrungsexpertinnen und -experten so konsequent wie möglich in den gesamten Forschungsprozess einbezogen werden. Nur so kann gewährleistet werden, dass Forschungsergebnisse für die Praxis relevant sind und die Lebenswelt der betroffenen Menschen tatsächlich verbessern können.

Long COVID wird auf absehbare Zeit eine große Herausforderung für die Disziplin der Psychiatrie und Psychotherapie aber auch für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft im Ganzen bleiben. Um dieser Herausforderung angemessen zu begegnen, nimmt in Kürze die DGPPN-Task-Force Long COVID unter der Leitung von Prof. Dr. Martin Walter und Prof. Dr. Andreas Meyer-Lindenberg ihre Arbeit auf. Diese soll die psychiatrische Expertise stärker in den fachlichen, politischen und gesellschaftlichen Diskurs und damit verbundene Aktivitäten, beispielsweise in der Leitlinienarbeit, einbringen. Ein wichtiges Ziel wird es zudem sein, Empfehlungen zu erarbeiten, wie die Dichotomie „psychisch“ vs. „organisch“ im Zusammenhang mit der Erkrankung endlich überwunden werden kann.

3 Fragen an Martin Walter

Warum ist die Erforschung von Long COVID so herausfordernd?

Bis zur Pandemie waren derartige postinfektiöse Syndrome nur wenigen bekannt, ein Ausmaß wie nach COVID-19 für die meisten unvorstellbar. Insofern handelt es sich gewissermaßen um eine neue Krankheit. Diese ist bei weit über 100 verschiedenen Symptomen sehr heterogen und betrifft nahezu alle Organe im Körper. In der Realität haben wir es mit verschiedenen Gruppen von Patientinnen und Patienten zu tun, die sich über die Infektionswellen mit den Virusvarianten auch klinisch verändert haben. Gleichzeitig müssen wir aber bereits jetzt eine immense Zahl von neu erkrankten, zum Teil schwer betroffenen Menschen versorgen. Bei begrenzten Forschungsmitteln ist es da schwer, zu entscheiden, wo man anfängt. Sollen wir erst die Krankheitsursachen verstehen und neue Therapieansätze entwickeln, oder konzentrieren wir uns auf die Wirksamkeit bereits verfügbarer Verfahren? Hoffnung macht aber, dass wir in nationalen und weltweiten Kooperationen auf sehr große Datenmengen zugreifen können und diese gemeinsam bearbeiten können.

Was ist das Besondere in der Behandlung von Long-COVID-Betroffenen?

Da die Zusammenhänge von körperlichen und psychischen Krankheitsmechanismen bislang nur unzureichend untersucht wurden, haben wir es bei der seelischen Gesundheit aktuell besonders schwer. Aber auch körperliche Symptome können nicht adäquat behandelt werden, wenn sie fälschlicherweise als psychogen eingeordnet werden. Auf der einen Seite wissen wir, dass die Pandemiekrise eine besondere Belastung war. Wenn Menschen darauf mit Anpassungsstörungen reagieren, ist das im Einzelnen nachvollziehbar. Auf der anderen Seite wächst aber auch das Wissen um eine Wechselwirkung insbesondere des Immunsystems mit der Psyche, sowohl bei internistischen als auch bei klassisch psychiatrischen Erkrankungen. Eine interdisziplinäre Behandlung ist daher enorm wichtig. Problematisch ist, dass es bislang keine zugelassenen Medikamente oder sonstige

spezifische Therapieverfahren gibt. Wir sind daher auf bestehende symptomatische Ansätze begrenzt, müssen aber bereit sein, diese für einen Einsatz bei Long-COVID-Syndromen weiterzuentwickeln.

Welche Chancen sehen Sie für die Arbeit der neuen Task-Force?

Menschen mit psychischen Erkrankungen sind besonders häufig von Long COVID betroffen. Wir müssen daher die verschiedenen Expertisen, die in der DGPPN zusammenkommen, gebündelt und abgestimmt für unsere Patientinnen und Patienten zum Einsatz bringen. Unsere große Fachgesellschaft kann dann, unterstützt durch die Aktivitäten der Task-Force, für eine Verbesserung der psychischen Gesundheit nach COVID-19 mittels besserer Forschung und Versorgung eintreten. So können wir das Verständnis für die Bedeutung der psychischen Dimension als häufigster Symptomgruppe fördern und vor allem auch einer Stigmatisierung entgegenreten, die Menschen mit Long-COVID-Syndrom schädigt und einer therapeutischen Unterstützung häufig im Weg steht.



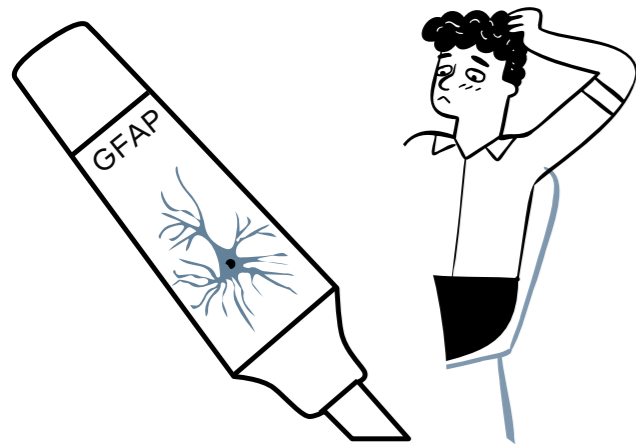
Prof. Dr. med. Martin Walter

ist Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Jena und Co-Leiter der neuen DGPPN-Task-Force Long COVID

Studien

merk-würdig

Studienergebnisse, die ganz sicher
im Gedächtnis bleiben



Vielversprechende Blitzmarker

Lässt sich vorhersagen, wer eine Demenz entwickelt und wer nicht? Mit Hilfe von Daten der britischen Datenbank UK-Biobank und einer KI analysierten chinesische Forschende Biomarker von 52.645 Erwachsenen ohne Demenz und 1.417 Personen mit einer diagnostizierten Demenz. Sie fanden verschiedene Plasmamarker, die einen eindeutigen Zusammenhang mit der Diagnose aufwiesen. Besonders bemerkenswert erschienen den Autorinnen und Autoren die Marker GFAP und LTBP 2, die eine sehr genaue Vorhersageleistung hatten: GFAP zeigte bereits 10 Jahre vor Beginn einer Demenz erste Veränderungen. Die Ergebnisse unterstreichen laut den Autorinnen und Autoren die Relevanz von GFAP für die frühe Vorhersage einer Demenz.

Quelle: Guo Y et al. (2024) Plasma proteomic profiles predict future dementia in healthy adults. *Nat Aging* 4:247–260. doi:10.1038/s43587-023-00565-0



Lebensverkürzende Ängste

Eine schwedische Studie mit 4129 Teilnehmenden mit einer hypochondrischen Störung und einer gesunden Vergleichsgruppe stellte fest, dass Menschen, die unter Krankheitsängsten leiden, deutlich früher starben als andere. Das galt sowohl für natürliche als auch für unnatürliche Todesursachen. Die Sterberate war bei Hypochondern um 84 % erhöht, die Sterberate durch Suizid sogar viermal so hoch wie bei der Vergleichsgruppe. Im Schnitt war die Lebenszeit um fünf Jahre verkürzt. Grund dafür ist aus Sicht der Forschenden das deutlich erhöhte Stresserleben, welches mit einer Schwächung des Immunsystems, chronischen Entzündungen sowie einem ungesünderen Lebensstil einhergeht. Außerdem könne es sein, dass Ärztinnen und Ärzte Menschen mit Hypochondrie weniger ernst nehmen und deshalb Diagnosen verzögert stellen.

Quelle: Mataix-Cols D et al. (2023) All-Cause and cause-specific mortality among individuals with hypochondriasis. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2023.4744



Wohligeres Dazugehören

Für eine Studie zu den Auswirkungen von Einsamkeit auf die Entwicklung paranoider Symptome gaben 75 Menschen eine Woche lang über eine App Auskunft über ihre Aktivitäten, Gefühle und Gedanken. Die 75 Personen litten entweder an einer psychotischen Störung, hatten Verwandte mit einer solchen Störung oder gehörten einer gesunden Kontrollgruppe an. Besonderes Interesse galt der Wahrnehmung von Einsamkeit, von sozialem Ausgeschlossensein, von Paranoia und von negativen Affekten. Eine multivariate Regressionsanalyse offenbarte in allen Gruppen einen deutlichen Zusammenhang: Wer sich einsam und nicht dazugehörig fühlte, zeigte in der Folge vermehrt Paranoia und negativen Affekt. Ein Gefühl von Zugehörigkeit sei also essenziell für psychisches Wohlbefinden, schlussfolgerten die Forschenden. Die Verringerung von Einsamkeit und die Verbesserung der sozialen Einbindung sind daher wichtige Behandlungsziele, insbesondere bei psychotischen Erkrankungen.

Quelle: Bell V et al. (2023) Do loneliness and social exclusion breed paranoia? An experience sampling investigation across the psychosis continuum. *Schizophrenia Research: Cognition* 33:100282. doi:10.1016/j.scog.2023.100282



Stärkende Geschichten

Australische Forschende untersuchten in einem systematischen Review, welche Auswirkungen Geschichtenerzählen auf Kinder zwischen 4 und 14 Jahren hat. Sie fanden nicht nur viele fördernde Einflüsse auf Fantasie, Kreativität und prosoziales Verhalten, sondern beschrieben auch einen generell positiven Effekt auf die kindliche Resilienz. Die Forschenden erklären diesen mit dem positiven Einfluss, den das Geschichtenerzählen auf die kindliche Emotionsregulation hat, auf die Bindung zwischen Familienmitgliedern, auf Stress, Angst und Schmerz sowie auf die Fähigkeit, in eigenen Erfahrungen Sinn und Hoffnung zu finden. Sie erläutern außerdem, wie das Erzählen von Geschichten und andere kreative Techniken gezielt eingesetzt werden können, um die Resilienz von Kindern zu fördern.

Quelle: Ramamurthy C et al. (2023). The impact of storytelling on building resilience in children: A systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 00:1–18. doi:10.1111/jpm.13008

Im Dienste der Sicherheit

Der Umgang mit psychisch erkrankten Menschen ist für Einsatzkräfte der Polizei eine besondere Herausforderung. Um Polizistinnen und Polizisten dabei zu unterstützen, erstellt eine Arbeitsgruppe der DGPPN eine Toolbox mit Methoden für die polizeiliche Aus- und Weiterbildung.

Eine Frau ruft die Polizei, weil sie sich Sorgen um ihre Freundin macht. Sie habe vorhin eine Nachricht geschickt, dass sie „nicht mehr könne“, danach sei sie nicht mehr erreichbar gewesen. Die Anruferin befürchtet, die Freundin würde sich etwas antun. Als die Beamtinnen und Beamten in der Wohnung der Frau eintreffen, ist sie alkoholisiert, aber gesprächsbereit. Sie stimmt zu, sich wegen möglicher Suizidalität beim psychiatrischen Notdienst vorzustellen. Dort erklärt sie sich bereit, wegen ihrer Alkoholsucht eine Therapie zu beginnen; sie distanziert sich klar und überzeugend von akuter Suizidalität. Nach Abklingen der Intoxikation liegt keine akute Eigen- und Fremdgefährdung vor. Die Frau wird für eine freiwillige Behandlung an die Suchtklinik verwiesen und vereinbart direkt einen Termin.

Ein Mann zerschlägt eine Scheibe im Stadtzentrum, seine Hand blutet. Er schreit laut und verzweifelt Worte wie „Nazis“, „SS“ und „SA“, er „werde verfolgt“ und „müsse fliehen“. Als die Polizei ihn anspricht, reagiert er sichtlich gereizt und angespannt und droht den Beamten mit Schlägen.

Die Einsatzkräfte bringen den Mann in die psychiatrische Ambulanz, wo er weiterhin schreit und sowohl die Polizisten als auch das Krankenhauspersonal wüst beschimpft. Wegen akuter Selbst- und Fremdgefährdung wird der Mann mit dem Verdacht auf eine akute Psychose umgehend stationär aufgenommen.

Polizeibeamtinnen und -beamte haben täglich mit Personen in Ausnahmesituationen zu tun. Sie sind die ersten, die gerufen werden, wenn eine Person im öffentlichen Raum auffällig oder aggressiv wird. Auch wenn Angehörige sich Sorgen um das Wohlbefinden von Verwandten oder Bekannten machen, können sie sich an die Polizei wenden. Einsatzkräfte der Polizei unterstützen zudem in psychiatrischen Kliniken: Sie werden bei aggressiven Zwischenfällen gerufen oder begleiten Patientinnen und Patienten beim Krankentransport, wenn diese eine Gefahr für sich oder andere darstellen. Die Berührungspunkte von Psychiatrie und Polizei sind vielfältig. Nicht immer läuft dabei alles optimal ab. Immer wieder kommt es auch zu Eskalationen, die durchaus vermeidbar gewesen wären.

Polizistinnen und Polizisten sollten deshalb gut über psychische Erkrankungen Bescheid wissen. Sie müssen in der Lage sein, zu erkennen, wer betroffen ist, und einschätzen können, ob es sich um eine Not- oder Krisensituation handelt. Zudem sollten sie auf Besonderheiten im Umgang mit Betroffenen vorbereitet sein und wissen, welche Behandlungsmöglichkeiten unter welchen Voraussetzungen zur Verfügung stehen. Psychiatrische Weiterbildungen für die Einsatzkräfte sind dafür hilfreich.

Auch auf struktureller Ebene ist ein enger Austausch zwischen Polizei und Psychiatrie sinnvoll: Wenn die Beziehungen zwischen den örtlichen psychiatrischen Einrichtungen und den Einsatzkräften der Polizei vertrauensvoll und von gegenseitigem Respekt geprägt sind, wenn Abläufe und Schnittstellen klar definiert sind, erhöht das sowohl die Sicherheit als auch die Zufriedenheit aller Beteiligten.

Polizeischulen und -präsidien sind sich der Relevanz des Themas bewusst. Viele haben bereits gute Aus- und Weiterbildungsprogramme eingerichtet. Auch der Austausch mit lokalen psychiatrischen Kliniken ist in vielen Gegenden etabliert. Da die Ausbildung der Polizei aber in der Hoheit der Länder liegt, variieren die Ausbildungen und damit auch der Wissens- und Kenntnisstand der jeweiligen Einsatzkräfte deutlich. Mitunter weisen die Curricula der Polizeischulen noch Lücken auf. Zudem sollten Schulungen regelmäßig aktualisiert und wiederholt werden – auch nach Abschluss der Berufsausbildung.

Um die polizeiliche Weiterbildung zu unterstützen und Anregungen für Verbesserungen der Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen Einrichtungen und Polizei zu geben, stellt eine Arbeitsgruppe der DGPPN derzeit eine Toolbox zusammen. Die darin enthaltenen Maßnahmen adressieren unterschiedliche Ebenen und Einrichtungen der Polizei. Vorschläge für Schulungen für die benachbarte Polizeiwache sind darin ebenso enthalten wie Leitfäden für regelmäßige Absprachen mit dem lokalen Präsidium oder Anregungen für Ausbildungsmodule für die Polizeischule des Bundeslandes. Die Inhalte reichen von generellen Anti-Stigma-Schulungen über Weiterbildungen zu unterschiedlichen Störungsbildern bis hin zu konkreten Übungen für den Umgang mit Personen in psychischen Ausnahmesituationen. Auch wird dazu angeregt, die Angebote einzelner Kliniken und Einrichtungen vorzustellen und die internen Vorgehensweisen zu erläutern. So können die Einsatzkräfte beispielsweise besser einschätzen, unter welchen Bedingungen sie zur Unterstützung gerufen werden oder auf welche Strukturen sie treffen, wenn sie Patientinnen oder Patienten in eine Klinik bringen.

Die Instrumente aus der Toolbox sind aber nicht nur für Notfallsituationen und den Umgang mit selbst- oder fremdschädigendem Verhalten sinnvoll. Sie können auch zur Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen beitragen. Dafür wird empfohlen, Betroffene und Angehörige in die Schulungen miteinzubeziehen. Durch den triadischen Ansatz wird deren Empfinden und Erleben im Kontakt mit der Polizei deutlich. Wenn in den Schulungen nicht nur Notfälle und der Umgang mit Krisen besprochen, sondern auch Erkrankungen wie Depressionen und Angststörungen thematisiert werden, öffnet das möglicherweise auch die Augen für psychische Probleme in den eigenen Reihen oder im häuslichen Umfeld.

Die Methodensammlung der Toolbox soll unter anderem Präsentationen, Texte und Videos enthalten. Sie können direkt zum Einsatz kommen oder aber als Inspiration für die Entwicklung eigener Materialien dienen. Nach ihrer Fertigstellung soll die Sammlung den Innenministerien der Länder, Polizeihochschulen und auch Klinikverbänden zur Verfügung gestellt werden. So sollen alle Stellen ermutigt werden, lokale Kooperationen zwischen Kliniken und Polizeiwachen auf- bzw. auszubauen. Langfristig kann so das Vertrauen in die jeweiligen Institutionen gestärkt werden.

Living Guideline Demenzen

Unter Federführung von DGPPN und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) wurde im Herbst die neue Leitlinie Demenzen veröffentlicht. Sie enthält insgesamt 109 Empfehlungen zur Diagnostik und Behandlung von Demenzen, abgestimmt von mehr als 30 Fachgesellschaften und -verbänden. Sie richtet sich an alle Fachleute, die mit Menschen mit Demenzen arbeiten, sowie an Betroffene und Angehörige.

Allein in Deutschland sind aktuell etwa 1,6 Millionen Menschen an einer Demenz erkrankt. Jedes Jahr sind weitere 400.000 Neuerkrankungen zu verzeichnen. Bis zum Jahr 2050 könnte es hierzulande 2,8 Millionen Demenzkranke geben. Für die medizinische und auch die psychiatrische Versorgung stellt das eine enorme Herausforderung dar.

Denn auch wenn in den letzten Jahren große klinische Fortschritte erzielt wurden: Eine Demenz ist nicht heilbar. Ihr Fortschreiten kann aber mit der optimalen medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Versorgung verlangsamt werden. Eine gute und umfassende Behandlung verbessert zudem die Lebensqualität der Betroffenen und auch die ihrer Angehörigen.

Die neue Leitlinie gibt deshalb umfassende Empfehlungen für eine ganzheitliche Behandlung der erkrankten Menschen. Dafür haben mehr als 30 Delegierte aller relevanten Fachrichtungen sowie Angehörige und Betroffene in der Leitliniengruppe unter Federführung von DGPPN und DGN kooperiert. Sie haben gemeinsam aktuelle Untersuchungen und Studien zum Thema diskutiert und daraus Empfehlungen abgeleitet. Diese berücksichtigen biologische, psychologische und soziale Aspekte und richten sich mit Hinweisen zu Diagnostik, Therapie, Betreuung und

Beratung an alle Fachleute, die mit Menschen mit Demenzen arbeiten. Auch Betroffene und Angehörige werden in der Leitlinie adressiert.

Die neu überarbeitete S3-Leitlinie fokussiert die Kernsymptome der Demenz: kognitive Beeinträchtigungen. Da diese sich bereits vor Behandlungsbeginn auf den Versorgungsprozess auswirken, setzt die Leitlinie Demenzen nicht erst bei Diagnostik und Therapie an. Denn in der Therapie von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen müssen weitere Besonderheiten berücksichtigt werden: Wie ist es um Einwilligung und Einwilligungsfähigkeit bestellt? Was ist bei der Aufklärung der Betroffenen zu beachten? Die neue Leitlinie empfiehlt beispielsweise, für die Aufklärung eine klare, in der Komplexität reduzierte Sprache einzusetzen. Auch der zeitliche Rahmen, der für Aufklärung und Prüfung der Einwilligungsfähigkeit veranschlagt wird, sollte an das Tempo von Menschen mit Demenz angepasst werden.

Da die Erkrankung zudem das soziale Leben der Betroffenen und in besonderem Maße auch die Angehörigen beeinträchtigt, findet sich in der Leitlinie die Empfehlung, dass neben medizinischen und psychosozialen Informationen weitere Hilfe- und Unterstützungsangebote gemacht werden. Dazu gehören spezifische Informationen zu Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung, zu weiteren Sozialleistungen und auch zu Betroffenen- und Angehörigenorganisationen.

Die wichtigste Neuerung der Leitlinie aber ist: Von Demenz kann man jetzt bereits in einem früheren Stadium der Erkrankung sprechen. Bisher war eine echte Frühdiagnostik dadurch erschwert, dass für die Diagnose Demenz die Selbstständigkeit der Menschen deutlich beeinträchtigt sein musste. Mit der neuen Leitlinie soll das künftig nicht mehr nötig sein. Sie sieht jetzt die Bezeichnung „leichte

kognitive Beeinträchtigung bei einer Alzheimer-Krankheit“ vor. Auch wenn die Symptomatik noch nicht voll ausgeprägt ist – sofern per Rückenmarksflüssigkeit Pathologien im Bereich der Beta-Amyloide und der Tau-Proteine nachgewiesen werden –, kann der Leitlinie nach von Alzheimer gesprochen werden.

Das Ziel dieser Anpassung: Behandelnde sollen Betroffenen künftig deutlich früher Therapieangebote machen können. Denn es gibt vielversprechende neue Behandlungsoptionen, die auch in Deutschland kurz vor der Zulassung stehen, allen voran Antikörpertherapien, die den Abbau der Beta-Amyloide zum Ziel haben. Für die Psychiatrie beginnt damit eine Zeitenwende. Denn erstmals wird es möglich sein, kausal in den Krankheitsmechanismus einzugreifen. Und je früher damit begonnen wird, desto höher sind die Erfolgsaussichten, den Krankheitsverlauf zu verlangsamen.

Bis die Antikörper zum Amyloid-Abbau zur Anwendung kommen können, sind aber noch viele Fragen zu beantworten. Noch ist zum Beispiel unklar, wie lange eine Behandlung durchgeführt werden soll: dauerhaft oder bis zum Erreichen eines bestimmten Amyloid-Schwellenwertes? Zudem sind viele weitere Wirkstoffe in der Erprobung. Denn nicht nur die Amyloid-Proteine haben sich als wirksame Angriffsfläche offenbart. Es werden auch Substanzen gegen Tau-Proteine oder Entzündungen erprobt. Zudem testet man aktuell Wirkstoffe, die die synaptische Übertragung stärken könnten. Zukünftig könnten also viele verschiedene Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen, die dann individuell und patientenorientiert eingesetzt werden.

Noch sind diese Therapieoptionen allerdings nicht in der neuen Leitlinie enthalten. Zum Zeitpunkt der Konsoli-

dierung der Empfehlungen der Expertengruppe war die Evidenz für die neuen Therapieformen noch nicht ausreichend. Erfreulicherweise wird die nächste Aktualisierung aber weniger lang auf sich warten lassen, denn die S3-Leitlinie Demenzen wird künftig als Living Guideline erscheinen und voraussichtlich jährlich aktualisiert. Zur kontinuierlichen Begleitung wird eine Living-Guideline-Gruppe eingesetzt, die aus einer festen Steuergruppe, einer jährlich variierenden Expertengruppe und einer Evidenzgruppe besteht, die kontinuierlich systematische Evidenzübersichten erarbeiten soll. Mit diesem Konzept können Neuerungen schnell identifiziert, diskutiert und in Empfehlungen überführt werden.

Die neue Living Guideline Demenzen erscheint deshalb erstmals nicht als gedrucktes Buch. Zwar wird die digitale Textversion weiterhin auf der Internetseite der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) veröffentlicht, zeitgemäßer und dynamischer ist aber die Publikation mit Hilfe der Web-Anwendung MAGICApp. Dort werden aktuell bereits mehr als 200 internationale Leitlinien präsentiert; die Leitlinie Demenzen ist jetzt die erste deutsche S3-Leitlinie auf dem Portal. Die digitale Darstellung ermöglicht es allen Interessierten, unmittelbar auf die Leitlinie und jede einzelne Empfehlung zuzugreifen. Auch die Studien, die den Empfehlungen zugrunde liegen, können direkt aus MAGICApp aufgerufen werden.

Die digitale Darstellung macht die Empfehlungen der Leitlinien also deutlich transparenter. Durch das dynamische Konzept der Living Guideline könnten zudem die Therapien mit den neuen Amyloid-Antikörpern bald Eingang in die aktuellen Behandlungsempfehlungen finden.

Inside

DGPPN

Summer Time



Summer School²

Mit dem besonderen Augenmerk auf Interaktion hat sich die Summer School seit Jahren als unverzichtbarer Bestandteil im Portfolio der Fortbildungsveranstaltungen etabliert. Die beste Gelegenheit, um Fachwissen zu erweitern, aktuelle Entwicklungen im Blick zu behalten und praktische Fähigkeiten zu verbessern. Psychiatrie und Psychotherapie hautnah: echte Menschen, echte Fälle und echte Einblicke für Fachärztinnen, Fachärzte und solche, die es werden wollen. Je nach thematischem Schwerpunkt und erforderlichem Vorwissen ist die Summer School auch bereits für Medizinstudierende geeignet.

In diesem Jahr bietet die DGPPN erstmalig zwei Summer Schools an – so können gleich zwei spezifische Schwerpunktthemen vertieft werden: Modulare Psychotherapie und Psychosomatik.

Jeweils an zwei Tagen widmet sich die Summer School einem Themenschwerpunkt; darunter beispielsweise Forensische Psychiatrie, Pharmakotherapie, Differentialdiagnostik oder Psychosomatik und deckt damit ein breites Spektrum ab – immer mit Blick auf die spannendsten Aspekte des Fachgebiets.

Ein zentraler Schwerpunkt der Summer Schools liegt auf der Förderung des interdisziplinären Austauschs und der Zusammenarbeit. Studierende und Fachkräfte haben die Möglichkeit, sich mit Kolleginnen und Kollegen aus Psychiatrie und Psychotherapie zu vernetzen, Erfahrungen auszutauschen und gemeinsam an Fallstudien und Projekten zu arbeiten. Das Ziel ist es, eine intensive und interaktive Lernumgebung zu bieten, in der Austausch und Diskussion zwischen Teilnehmenden und renommierten Fachleuten besonders leichtfällt. Praxisnahe Übungen in Kleingruppen versprechen viele Insights. Das

Format trägt dazu bei, die nächste Generation Psychiaterinnen und Psychiater zu fördern und die Qualität der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen kontinuierlich zu verbessern. Zudem können wertvolle CME-Punkte gesammelt werden.

Die Summer School zur Modularen Psychotherapie im Juli konzentriert sich auf den Einsatz von modularen Therapieansätzen im psychiatrisch-psychotherapeutischen Kontext. Das Konzept ermöglicht eine flexible und individualisierte Behandlung, indem sie verschiedene psychotherapeutische Interventionen je nach den Bedürfnissen und Zielen der Patientinnen und Patienten kombiniert. Die Teilnehmenden lernen, wie sie diese effektiv für eine maßgeschneiderte Behandlung entwickeln und umsetzen können.

Psychische Prozesse können bei körperlichen Leiden einen erheblichen Einfluss haben. Gleichzeitig können körperliche Faktoren für die Entstehung psychischer Störungen mitverantwortlich sein. In der Summer School zur Psychosomatik im September werden diese Zusammenhänge durch Expertinnen und Experten intensiv beleuchtet. In Vorträgen, Fallstudien und praktischen Übungen, geht es um somatoforme Störungen, bei denen kein organischer Befund nachweisbar ist, um psychisch mitverursachte körperliche Erkrankungen, um Komorbiditäten und die Bewältigung von schweren bzw. chronischen Erkrankungen.

Durch die Integration dieser beiden Themen in die Fortbildungsreihe wird ein breites Spektrum an Wissen und Fähigkeiten vermittelt, das sich in der klinischen Praxis anwenden lässt, um Menschen mit psychischen Erkrankungen bestmöglich zu unterstützen und zu behandeln.

Summer School 1

Modulare Psychotherapie

Wann: 11. und 12. Juli 2024

Wo: Berlin
Haus der Land- und Ernährungswirtschaft
Claire-Waldoff-Str. 7

Anmeldung ab sofort online

Summer School 2

Psychosomatik

Wann: 12. und 13. September 2024

Wo: Berlin
Wird noch bekannt gegeben

Anmeldung ab Sommer 2024

Von heute für morgen



Ein Bot für alle Fälle?

Die langen Wartezeiten für einen Therapieplatz sind ein bekanntes Problem, das den Zugang zur notwendigen Hilfe erschwert. In dieser Situation könnten Chatbots, also künstliche Intelligenzen (KI), die Betroffene beraten, einen Ansatz zur Lösung bieten. Doch können sie eine echte Therapie ersetzen?

In Deutschland gibt es bereits diverse Angebote, die als „Digitale Gesundheitsanwendungen“ fungieren und sich auf die Prävention oder Behandlung psychischer Krankheiten konzentrieren. Diese Apps bieten Anleitungen für Achtsamkeit, Entspannungsübungen und weitere unterstützende Maßnahmen an. Trotz ihrer Nützlichkeit fehlt es diesen digitalen Tools jedoch an der Möglichkeit individueller Gespräche und Beratungen, die in der Psychotherapie oft unerlässlich sind.

Ein vielversprechender Ansatz zur Verbesserung der Versorgungslage könnte die Integration von Chatbots in die Psychotherapie sein. Der Chatbot Mina, entwickelt auf Basis von ChatGPT, befindet sich bereits in der Testphase und zielt darauf ab, Prüfungsängste bei Studierenden zu mindern. Zukünftig sollen auch Behandlungen für leichte Depressionen möglich sein. MinaBot setzt KI in verschiedenen Bereichen ein, insbesondere im Natural Language Processing (NLP) und im Machine Learning (ML). NLP zielt darauf ab, die sprachliche Kommunikation zwischen Mensch und Computer zu erleichtern. Es kombiniert Erkenntnisse aus Linguistik, Informatik und KI, um Sprache zu verstehen und darauf zu reagieren. Diese Technologie ist entscheidend für die Entwicklung von Chatbots und digitalen Sprachassistenten. ML hingegen ermöglicht es, aus komplexen Daten zu lernen und Muster zu erkennen, um Entscheidungen zu treffen oder Probleme zu lösen. Durch das Analysieren von Daten und das Anwenden von Algorithmen wird neues Wissen generiert. Um dies zu erreichen, benötigt ML üblicherweise große Datensätze zum Training der Algorithmen.

Das britische Startup Limbic hat ebenfalls basierend auf NLP und ML einen Chatbot entwickelt, der Nutzer durch Fragebögen zur Selbstüberweisung führt und Menschen mit psychischen Problemen so den Zugang zu Gesprächstherapien erleichtert. Die Studie, veröffentlicht in Nature Medicine, zeigt, dass Gesundheitsdienste mit dem Chatbot 15 % mehr Selbstüberweisungen verzeichneten als mit herkömmlichen Methoden. Besonders Minderheiten, wie Personen mit nicht-binärer Geschlechtsidentität und ethnische Minderheiten, profitieren von dieser Innovation. Limbic kann aufgrund seiner Fähigkeiten im Bereich Emotionserkennung personalisierte Unterstützung bieten. Dies kann von einfachen Stressbewältigungstipps bis hin zur Weiterleitung an professionelle Hilfe reichen, je nach den Bedürfnissen des Benutzers.

Die Idee hinter Limbic und ähnlichen Chatbots ist das Angebot einer niedrigschwelligen Unterstützung für emotionale und psychische Gesundheit, die jederzeit und überall zugänglich ist. Trotz der vielversprechenden Ergebnisse warnen Experten vor voreiligen Schlussfolgerungen: Weitere Studien und die Behebung methodischer Einschränkungen seien notwendig, der Chatbot stelle lediglich einen niederschwelligen Zugang zum Erstgespräch mit einem menschlichen Therapeuten dar und ersetze keine professionelle Diagnose oder Behandlung.

In Deutschland könnten ähnliche Ansätze zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung beitragen, stehen jedoch vor Herausforderungen wie Datenschutz und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Die Implementierung erfordert sorgfältige Planung und Anpassung an die spezifischen Bedürfnisse des deutschen Gesundheitssystems: Die Entwicklung von Abrechnungskonzepten mit den Krankenkassen und die Anpassung an kulturelle und sprachliche Gegebenheiten stellen bedeutende Hürden dar, die überwunden werden müssen. Allen voran sind es auch ethische Aspekte, die es zu bedenken gilt. Der Deutsche Ethikrat hat zum Einsatz von KI im Gesundheitswesen Stellung bezogen: Er betonte den Sinn von KI-Systemen in der Qualitätssicherung, warnte jedoch vor ärztlichen Kompetenzverlusten; ein vollständiges Ersetzen von Ärzten durch KI-Systeme könnte das Patientenwohl gefährden. Dennoch sieht der Ethikrat das Potenzial Künstlicher Intelligenz in der psychotherapeutischen Versorgung.

Vor dem Hintergrund, dass Chatbots gegenwärtig (noch) nicht in der Lage sind, Inhalte wirklich in der Tiefe zu verstehen und auch Falschinformationen produzieren, ist ihre Fähigkeit zur individuellen Beratung als eingeschränkt zu bewerten. Sie können im Komplex eines Gesamtbehandlungskonzepts eine Ergänzung im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung sein, vor allem bei der Überbrückung von Wartezeiten, der Behandlung leichterer Krankheitsverläufe und bei der Unterstützung vorab festgelegter Behandlungsschritte in der Psychotherapie. Wie in allen Bereichen der Medizin wird vermutlich ein Mittelweg zwischen den beiden wenig erstrebenswerten Extremen einer gänzlich autonomen und einer gänzlich ausbleibenden Nutzung von KI gefunden werden. Eine Zukunft, in der der Mensch vollständig aus der Psychotherapie ausgeschlossen ist, erscheint auch perspektivisch nicht sinnvoll.

Coding-Contest

<!doctype html>

Bits und Bytes, Ideen und Innovationen: Die Digitalisierung ist längst in vielen Lebensbereichen angekommen – auch für das Gesundheitswesen eröffnen innovative Technologien neue Perspektiven. Der Mental Health Hackathon der DGPPN will die Potenziale digitaler Lösungen auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit ausfindig machen.



Aus „Hacken“ und „Marathon“ entsteht eine Veranstaltung, die sich seit den 1990ern in Wissenschaft und Wirtschaft wachsender Beliebtheit erfreut: der Hackathon, bei dem Kleingruppen in einem eng gesteckten Zeitraum kreative und nützliche Innovationen für bestehende Probleme entwickeln. Ob Apps, Tools oder Plattformen: Digitale Systeme können dabei unterstützen, gesund zu bleiben. Ebenso können sie medizinischem Fachpersonal bei der Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Patientinnen und Patienten behilflich sein. Mit kreativen Antworten auf die Herausforderungen der Gesundheitsversorgung leisten intelligente Systeme einen wichtigen Beitrag. Beim Mental Health Hackathon der DGPPN finden sich Expertinnen und Experten aus Business, IT, Design und Marketing in inter- und transdisziplinären Teams zusammen. Ihr gemeinsames Ziel: kreative technologiebasierte Lösungen für aktuelle Herausforderungen (sogenannte „Challenges“) in Psychiatrie und Psychotherapie zu entwickeln. Erfahrene Mentorinnen und Mentoren aus Versorgung und Wissenschaft sowie Betroffene mit wertvoller Erfahrungsexpertise unterstützen sie dabei. Der Mental Health Hackathon wird parallel zum DGPPN Kongress 2024 vom 27. bis zum 30. November im CityCube Berlin stattfinden. Die besten Lösungen werden am Ende von einer Fachjury prämiert.

In einer DGPPN-Umfrage unter allen Mitgliedern, die Ende 2023 durchgeführt wurde, haben 84 % der Befragten angegeben, dass sie digitale Technologien in ihrer Arbeit nutzen. Für den Großteil der Befragten sind sie demnach fester Bestandteil ihres Alltags. Deutlich mehr als drei Viertel (82 %) gaben jedoch an, dass sie derzeit noch ungedeckten Bedarf an digitalen Angeboten sehen. Im ambulanten Bereich und in der sektorenübergreifenden Versorgung fehlen aus ihrer Sicht nützliche Technologien am meisten. Diejenigen, die digitale Anwendungen regelmäßig verwenden, berichteten zudem von Schwierigkeiten in der Nutzung. So wurden zum Beispiel Bedenken bezüglich der Datensicherheit geäußert oder von technischen Problemen und Ausfällen sowie einer nicht nutzerfreundlichen Programmierung der Systeme berichtet.

Auch bei Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA), gibt es Entwicklungsbedarf. Zu DiGA zählen beispielsweise Apps, die Patientinnen und Patienten bei gesundheitlichen Problemen unterstützen sollen. Diese können seit rund zweieinhalb Jahren verordnet und deren Verwendung von Krankenkassen bezahlt werden. Zwar kommen sie nach und nach in der Versorgung an, doch stagniert laut

DiGA-Bericht des GKV-Spitzenverbands die Nutzung seit Anfang 2022 auf einem nahezu unveränderten Niveau. Der GKV-SV kritisiert vor allem die hohen Kosten bei einem vermeintlich geringen Nutzen. Der Spitzenverband Digitale Gesundheitsversorgung (SVDGV) zieht hingegen eine positive Bilanz: Er sieht einen hohen Nutzen, fordert jedoch, dass DiGA als neuere Versorgungsform unter Patientinnen und Patienten sowie unter Ärztinnen und Ärzten noch bekannter werden müssten, um ihr volles Potenzial für das Versorgungssystem entfalten zu können.

Die Challenges: clevere Lösungen gesucht

Für die inhaltliche Ausrichtung des Mental Health Hackathons hat die DGPPN Expertinnen und Experten im Bereich E-Mental-Health einbezogen. In Zusammenarbeit mit dem wissenschaftlichen Beirat wurden Herausforderungen identifiziert, die im Rahmen des Mental Health Hackathons bearbeitet werden sollen. Eine Aufgabe wird die Erarbeitung digitaler Lösungen sein, um den Zugang von Menschen mit psychischen Erkrankungen zum Versorgungsangebot zu erleichtern. Auch die Akzeptanz digitaler Angebote, sowohl auf Seiten der Behandelnden als auch der Patientinnen und Patienten, wird im Fokus der Teamarbeit stehen. Die Verankerung digitaler Technologien in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung wurde ebenfalls als wichtige Herausforderung identifiziert, um die digitale Kompetenz der Behandelnden zu erhöhen. Aus Sicht des wissenschaftlichen Beirats bedarf es zudem cleverer digitaler Lösungen für die Dokumentation von Behandlungen und die Einhaltung regulatorischer Vorgaben.

Bei der Bewertung der erarbeiteten Lösungen werden Kreativität und Innovation eine besonders wichtige Rolle spielen. So können beispielsweise auch bestehende digitale Systeme in den Fokus rücken, wenn innovative Konzepte schließlich dazu beitragen, deren Anwendung zu verbessern und ihren Nutzen zu erhöhen. Die Anbindung an die Praxis soll auch durch die räumliche und zeitliche Nähe zum DGPPN Kongress gesichert werden: So ist neben Phasen des intensiven Arbeitens im Team ein Begleitprogramm geplant, das den Kongressteilnehmenden vertiefende Einblicke in die Challenges, ihre Bearbeitung und ihre Bewertung durch die Fachjury ermöglicht.



Weitere Details rund um den Mental Health Hackathon finden Sie auf der DGPPN-Website dgppn.de/veranstaltungen/mental-health-hackathon.html

IMPRESSUM

Herausgeber

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

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

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

Registergericht:
VR 26854 B, Amtsgericht
Berlin-Charlottenburg

Redaktion

Psyche im Fokus entsteht im Teamwork:
Julie Holzhausen (Leitung)
Isabelle Lork (Leitung und Koordination)
Natalie Berger | Lisa Gow | Maria Hauk | Katja John |
Sabine Müller | Slava Platikanova | Miriam Steinmann |
Franziska Taffelt | Robert Zeidler

Layout und Reinzeichnung

Irene Pranter

Auflage

10.000 Exemplare

Erscheinungsdatum

Mai 2024

Design- und Gestaltungskonzept

wenkerottke.

Schlusskorrektur

Heide Frey

Druck

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

ABBILDUNGEN

Titel: Sammlung Prinzhorn/Else Blankenhorn; S.4: iStock/vadimguzhva; S.5: unsplash;
S.8–13: Sascha Montag; S.18–23: DGPPN/Claudia Burger; S.24: Westend61/Kristian
Peetz; S.26: DGPPN/Ken Buslay; S.28: iStock/niphon; S.31: UKJ/Michael Szabo; S.38:
freepik; S.40: Open AI/Dall-E; S.42

DGPPN

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

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

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



2. Juli 2024

HAUPTSTADT SYMPOSIUM

**Neue Wege in der Erforschung
psychischer Gesundheit**

Alle Infos und Anmeldung auf
www.dgppn.de

ISSN 2749-1056 (Print)

ISSN 2749-2478 (Online)