

Das Magazin der SGPP und SGKJPP

– 4 –

Online statt offline
**Gestörtes Medien-
verhalten bei jungen
Menschen früh erkennen**

– 6 –

Internet und Sprechzimmer
**Blended Therapy:
Viel Potenzial liegt
brach**

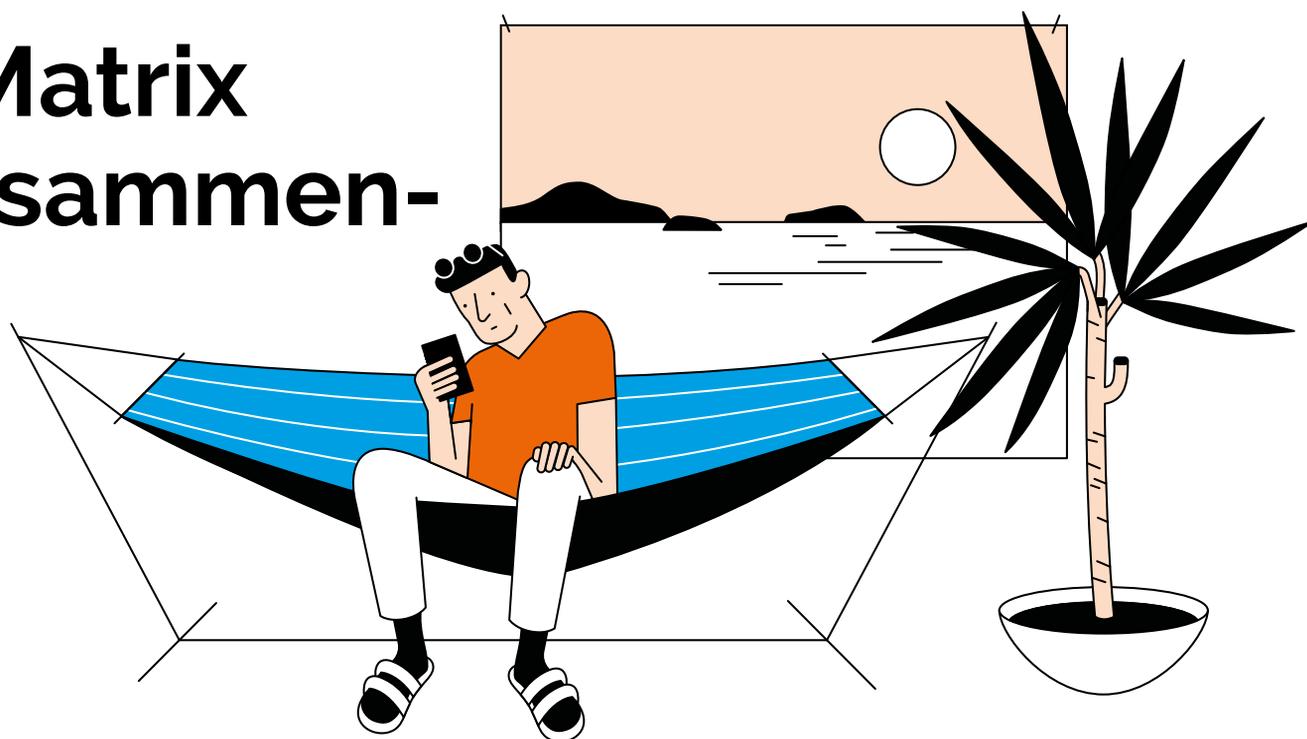
– 8 –

Chancen und Gefahren
**Big Data in der
Psychiatrie sinnvoll
nutzen**

– 10 –

Verein «Delta»
**Grenzenloser Einsatz:
Die Psychiaterin
Monika Müller**

Neue Matrix des Zusammen- lebens



Die Digitalisierung transformiert das Soziale grundlegend. Wie wirkt sich diese gesellschaftliche Zäsur auf die Psyche aus? Insbesondere die Mechanismen und Sogkräfte von sozialen Medien beeinflussen die Beziehung zu sich selbst und zur Aussenwelt. Das verändert auch die Vorstellungen von Normalität und Pathologie.

Autorin: Vera King
Illustrationen: Anja Wicki

Die technologischen und kulturellen Wandlungen, die mit der Digitalisierung einhergehen, sind ausserordentlich schnell, viestaltig und in ihren Konsequenzen erst in Teilen absehbar. Sie verändern Produktion und Konsum, Arbeit und Freizeit, Beziehungen und individuelle Entwicklungen. Nicht nur für viele Heranwachsende gilt, dass sie mehr oder minder permanent

potenziell online verbunden sind. Digitale Praktiken relativieren daher zwangsläufig in Teilen das Primat der nichtdigitalen sozialen Welt. Entferntes rückt näher, wird medial erlebbar, während das Nahe an Bedeutung verlieren kann, wenn Kommunikation und leibliche Präsenz auseinandertreten. Die Digitalisierung der Gesellschaft bildet insofern auch durch die Überlagerungen, Parallelisierungen und Fragmentierungen von Online- und Offline-Kommunikation eine neue

kulturelle Matrix des Zusammenlebens und Aufwachsens von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen – und somit neue Bedingungen für Kultur und Psyche.

Neue Verflechtungen von Affekt und Kognition
Digitale Medien sind unverzichtbar geworden für Informationszwecke und die Optimierung von Abläufen durch schnelle und einfache Zugänge zu Wissen. Sie bieten zudem Optionen, sich

unbegrenzt zu verbinden oder das Eigene zu vervielfältigen: potenziell überall mit anderen in Kontakt und ins Geschehen involviert zu sein. Entsprechend ist auch der Griff zum Smartphone selbstverständlich in viele Abläufe mit ganz unterschiedlichen Bedeutungen eingebaut: Eben kurz etwas nachzuschauen oder zu bestellen, kann Teil des Wartens auf die Antwort eines Kollegen sein; private Botschaften zu verschicken, kann damit verknüpft sein, sich in Social Media umzusehen oder Breaking News zu lesen. Immer wieder rasch zwischen durch Benachrichtigungen zu prüfen in der Hoffnung auf gute Neuigkeiten, kann zum Mittel gegen Unruhe werden, diese aber auch gerade hervorrufen. Ängste sollen in Schach gehalten werden durch stetes Inkontaktbleiben, werden aber zugleich wachgehalten. Ärger kann im Netz Ventile finden und stösst dabei auf immer neue mediale Auslöser.

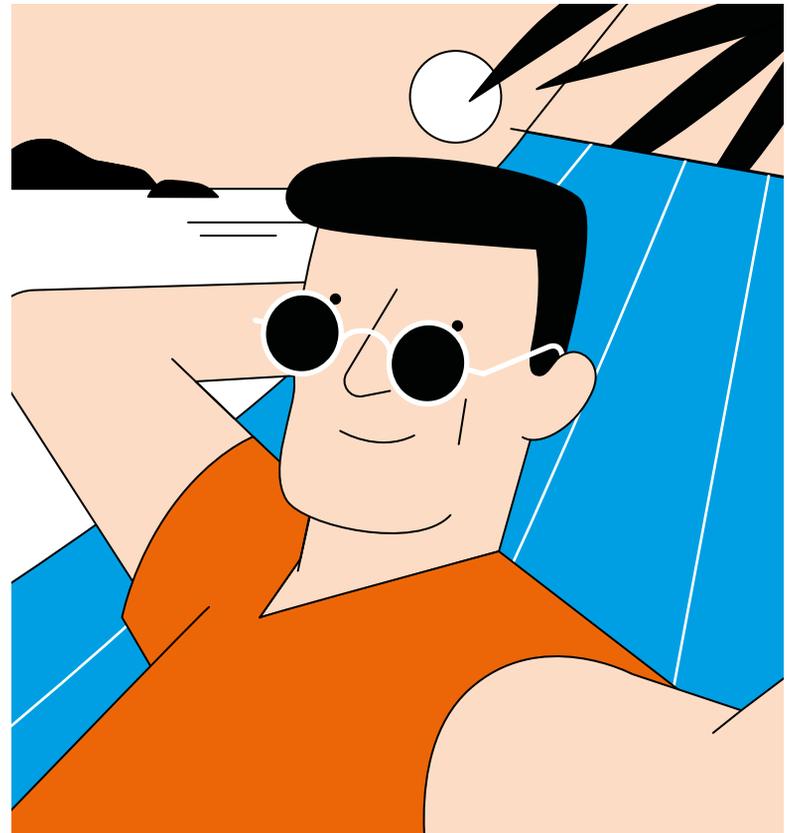
Aufmerksamkeitsverschiebungen – der neue Binnenraum
Digitale Medien binden ihre Nutzer:innen. Möglichst unwiderstehlich zu sein, ist Produktziel jeder Marketingkampagne und Ziel algorithmischer Optimierungen, um möglichst viele Daten zu erlangen. Und kein Unternehmen, keine Organisation, keine Akteure, die auf Resonanz angewiesen sind, können es sich erlauben, nicht online am Wettbewerb um Aufmerksamkeit teilzuhaben. Diese Bindekraft der digitalen Praktiken und Verheissungen hat zudem eine hochgradig folgenreiche Kehrseite, insofern sie komplementär dem Offline-Geschehen Aufmerksamkeit entzieht. Im Zuge dessen verändern Beziehungen ihre Gestalt und Dynamik, die Formen des Zusammen- und Getrenntseins, des Da- oder Dortseins, Kontakt und Abschied, Intimität und Distanz.

Wie zum Beispiel Interviews mit Jugendlichen zeigen, sind Tagesabläufe auf typische Weise gerahmt: morgens das Smart-

phone einschalten und dann den Tag über bis zum Einschlafen irgendwie dranbleiben. Dass die Aufmerksamkeit für Online-Bezüge vielfach dominiert, zeigt sich indes nicht nur in der Dauer, sondern auch in Relevanzverschiebungen. Offline-Geschehen wirkt oft auch emotional eher sekundär, mit Effekten für das, was als Innen- und Aussenwelt empfunden wird. Die leib- und gefühlshen Online-Bezüge werden oft wie ein Teil der Innenwelt erlebt, während die Offline-Aussenwelt teils eher als Material für die Online-Innenwelt fungiert. Wie es eine Jugendliche beschrieb im Blick auf eine intensive Online-Phase, gehe es mitunter nur noch darum, «dass ich irgendwie irgendwas poste und unbedingt Kommentare haben will – und dass ich da irgendwie das Leben nicht mehr so gelebt habe».

Im Zuge dieser Verschiebungen können sich die inneren Bilder vom Selbst und vom anderen wandeln. Auch Affektregulation verändert sich: Auge, Finger und Medium sind ganz nah affektiv verbunden und involviert, wenn zum Beispiel das Selbstwertempfinden über das Posten in der Hoffnung auf Likes oder Follower zu regulieren versucht wird. Durch die enge Verschmelzung von Sehen, Fühlen und Klicken entsteht eine neue Art von Binnenraum, als intimer Kern des Eigenen oder naher Beziehungen erlebbar. Zugleich sind die Praktiken vielfach digital öffentlich. Jugendliche bringen überdies die sozialen Zwänge zum Ausdruck: dabeizubleiben, Aufmerksamkeit zu erzeugen, sich gut darzustellen im steten Vergleich.

Bestätigung und Scham in Zirkeln des messenden Vergleichens und Optimierens
Die Wünsche, gesehen zu werden, gut anzukommen, sind zentrale Motive der Bindung an digitale Medien und der Verschiebung von Aufmerksamkeiten. Dies gilt nicht nur für Heranwachsende, auch wenn diese



Die Wünsche, gesehen zu werden, gut anzukommen, sind zentrale Motive der Bindung an digitale Medien.

Vera King

besonders empfänglich sind und ihre Entwicklungen dadurch geprägt werden. Bei Erwachsenen geht es um andere Inhalte, andere Vergleichshorizonte, aber auch sie sind affiziert, Akteure und Betroffene des kulturell-psychischen digitalen Wandels in der ambivalent erlebten Vergleichs- und Optimierungskultur.

Die Formate der sozialen Medien verstärken den Optimierungsdruck und den Wettbewerb um Status, Aufmerksamkeit und Bestätigung. Indem digital Quoten oder Likes, Absatz- oder Followerzahlen gemessen und für andere transparent werden, entsteht eine neue kulturelle Praxis des permanenten Abgleichs. Das Zahlenranking ist für viele eine Basis der Bestimmung des eigenen sozialen Standorts, obwohl

der Vergleichshorizont unüberschaubar ist. Viele beschreiben, wie sie leiden, wenn sie in Relation zu ausgewählten anderen schlecht dastehen. Und doch und auch gerade deshalb üben die Social-Media-Vergleiche, die immer weiter ausgedehnt werden können, vielfach einen unwiderstehlichen Sog aus.

In diesem Sinne begünstigen die Möglichkeiten der sozialen Medien einen Zirkel aus Wunsch und Enttäuschung; vor diesem Hintergrund werden Selbstwertempfindungen abhängig von externen Signalen wie Likes und Followern. Diese Endlosschleife wird durch das Medium verstärkt, da es zum einen Erfüllung verspricht, das Richtige, Optimale zu finden oder gefunden zu werden, und zum anderen die Nutzenden permanent frustriert. Auch daraus resultiert eine Art doppelter Scham: einmal, wenn die Werte schlecht sind, wenn die eigene Ersetzbarkeit hervortritt, aber auch Scham über die ausgeprägte Selbstwertabhängigkeit von diesen Praktiken. Dies gilt erst recht dann, wenn es zusätzlich um die von Jugendlichen und

Erwachsenen oftmals geschilderte Produktion von Schein in Social Media geht – um geschönte Selbstdarstellung der anderen, aber auch der eigenen Präsentation. Aus damit verknüpfter Selbstentfremdung und Scham erwachsen neue Bedürftigkeiten und Druck. Parallel zur vielfach ansteigenden Nutzungsintensität nehmen daher auch Ambivalenzen und Unbehagen zu.

Kultur und Psyche im digitalen Wandel

Der Nutzen der Digitalisierung muss kaum betont werden. Nicht nur die Corona-Pandemie hat verdeutlicht, wie sehr die soziale Welt profitiert von den digitalen Möglichkeiten. Technisch gibt es zudem unausgeschöpfte produktive Potenziale. Zugleich gilt es, die neuen Herausforderungen und Konstellationen in ihren Auswirkungen genau zu analysieren.

Kulturell und psychisch auf besondere Weise folgenreich sind die gewandelten Bedeutungen von Raum und Zeit, An- und Abwesenheit, Nähe und Distanz, in Verbindung mit einer Omnipräsenz der digitalen Kommunikationsweisen, die jederzeit in die Intimität hineinreichen können. Digitale Formate verändern dadurch Beziehungsgestaltungen mit produktiven und unproduktiven Potenzialen.

Intrapsychisch verschieben sich durch digitale Formate auch Wahrnehmungen der Innen- und der Aussenwelt. Diese Verschiebungen werden teils erzeugt, teils intensiviert durch die enorme Bindekraft der digitalen Medien. Die digital verstärkte Optimierungslogik erzeugt Abhängigkeiten von der Bewertung der anderen im Netz. Der immens vergrößerte Horizont des für alle sichtbaren Vergleichs wirkt sich aus auf die Selbstwertregulation.

Aber auch für Getrenntheit und Bezogenheit gibt es neue Bedingungen und Herausforderungen. Nicht nur die Überlappungen von Familien- und

Arbeitszeiten haben durch die Digitalisierung weiter zugenommen, wodurch immer wieder ausgehandelt werden muss, was wo hingehört, wann abzuschalten ist. Darüber hinaus können digitale Medien zum einen teils ermöglichen, teils auch suggerieren, jederzeit Getrenntheit überbrücken zu können – und zum andern, jederzeit die jeweiligen Beziehungskontexte wechseln zu können. Dies sind Vorteile, welche die meisten Menschen ständig nutzen, und viele Jugendliche sind besonders virtuose Meister im Registerwechsel. Die digitalen Möglichkeiten bedienen aber auch defensive Mechanismen: Trennungsvermeidung durch stetes Online-Sein oder, komplementär, Abwehr von Bindung und Begegnung etwa durch Hin- und Herswitchen zwischen on- und offline ist Teil einer normalen, von allen geteilten Praxis. Und je mehr digitale Welten geradezu omnipräsent den Alltag bestimmen, umso stärker wirken die damit verknüpften Mechanismen und Sogkräfte, wodurch sich kulturell und individuell-psychisch auch neue Bedeutungen von Normalität und Pathologie ergeben.

Dieser Beitrag ist zuerst in der Zeitschrift «Die politische Meinung» (67. Jahrgang, Nr. 573, April 2022) erschienen und für die vorliegende Publikation adaptiert worden.

Referenzen:

King, V. & Gerisch, B. (Hg.) (2019): Digitalisierung. Folgen für Kultur und Psyche. Doppelheft der Zeitschrift PSYCHE 73 (9/10).
King, V., Gerisch, B., Rosa H. (Hg.) (2021): Lost in Perfection. Zur Optimierung von Gesellschaft und Psyche. Berlin: Suhrkamp.
King, V. (2022): Sozioanalyse. Zur Psychoanalyse mit Pierre Bourdieu. Giessen: Psychosozial.



Prof. Dr. Vera King ist Professorin für Soziologie und Sozialpsychologie an der Goethe-Universität Frankfurt a.M. und geschäftsführende Direktorin des Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt a.M.

Editorial

Als Psychiaterinnen und Psychiater sollten wir den Begriff «Digitalisierung» in all seinen Dimensionen verstehen. Welche Folgen für das Soziale und die Psyche hat beispielsweise das permanente Vergleichen und Optimieren, das mit digitalen Praktiken ungeahnte Ausmasse erreicht? Wie verändern digitale Medien die Selbstwertregulation, und welche neuen Abhängigkeiten schaffen sie?

Solchen Fragen gehen wir in diesem Magazin nach. Weder verfallen wir einem Determinismus, der technischen Fortschritt mit gesellschaftlichem Fortschritt gleichsetzt, noch verharren wir in einer technologiekritischen und kulturpessimistischen Position.

So beleuchten wir auch die neuen Möglichkeiten im Behandlungssetting, und wir gehen dem Potenzial nach, das Datenauswertungen für die Psychiatrie haben. In unserem Fach ist aber auch grosse Vorsicht angebracht: Subjektives Erleben und Leid lassen sich nicht allein auf der Grundlage statistischer Muster erfassen, ohne Fehldiagnosen in Kauf zu nehmen oder auffälliges Verhalten zu psychiatrisieren. Hingegen können verantwortungsbewusst eingesetzte Big-Data-Analysen wichtige Zusatzinformationen liefern.

Finden Sie ein gedrucktes Magazin zum Schwerpunkt «digitalisierte Psychiatrie» anachronistisch? Nach der Lektüre kommen Sie hoffentlich zum gegenteiligen Schluss.

Dr. med. Fulvia Rota (SGPP)
Co-Präsidentin FMPP

Prof. Dr. med. Alain Di Gallo (SGKJPP)
Co-Präsident FMPP

Mediensucht früh erkennen

Was macht die permanente Verfügbarkeit von Smartphones und Internet mit Kindern und Jugendlichen? Das werden Psychiater:innen immer wieder gefragt. Bloss: Technologien entwickeln sich schnell weiter, und junge Menschen legen in der heutigen postmodernen digitalen Gesellschaft andere Verhaltensweisen an den Tag. Woran sich ein gestörtes Medienverhalten früh erkennen lässt – und welches die Interventionsmöglichkeiten sind.

Autor: Oliver Bilke-Hentsch
Foto: photocase

Folgt man den grossen epidemiologischen Studien im deutschsprachigen und europäischen Raum (PINTA-Studie; SEYLE-Studie), ist von einem gestörten Medienverhalten bei etwa 10 bis 12 Prozent der Kinder und Jugendlichen (etwas höher bei Mädchen) auszugehen. Ein abhängiges Verhalten im engeren Sinne zeigen etwa 1,5 bis 3 Prozent. Diese Raten mögen prozentual gering erscheinen, absolut aber betrifft es in der Schweiz zirka 20 000 Minderjährige. Die Prävalenz von medienassoziierten Störungen geht – ähnlich wie bei anderen Risikophänomenen der Adoleszenz – im frühen Erwachsenenalter generell zurück. Einzelne Patient:innen schaffen allerdings den Einstieg ins Berufsleben bzw. Studium nicht und verharren in einer multimedialen Parallelwelt.

Diagnostik

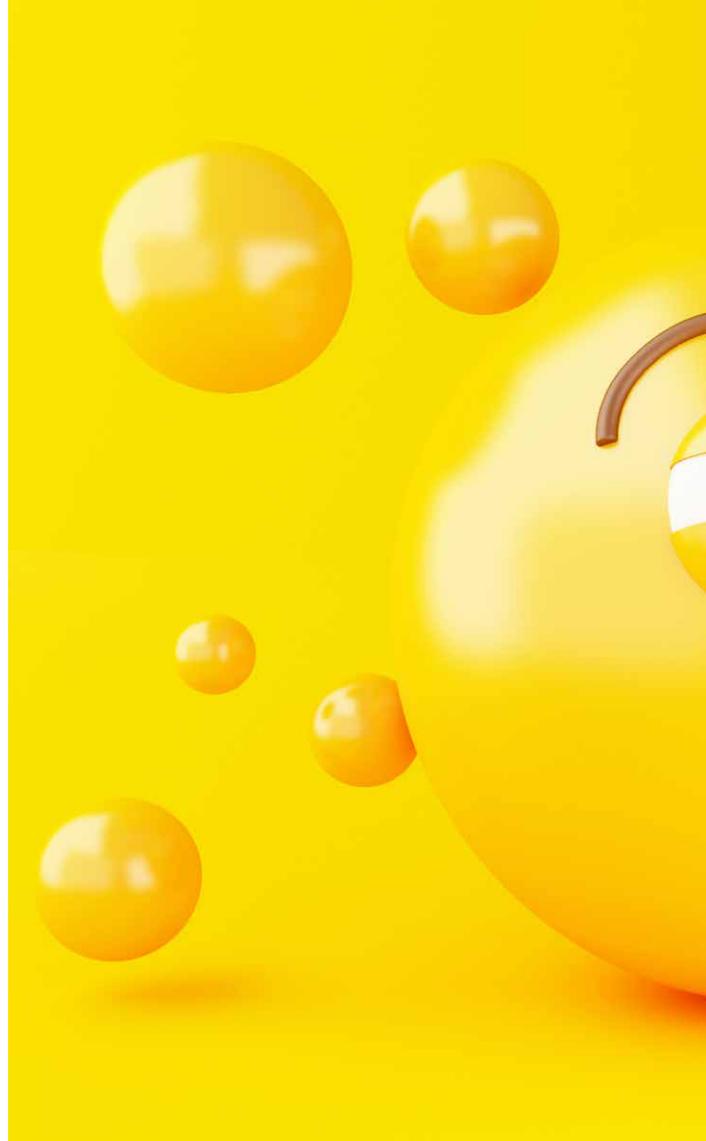
Für eine gute Medienanamnese als Teil der Standardanamnese im Kindes- und Jugendbereich

fehlt oft die Zeit. Es gibt aber einige Schlüsselthemen, die im klinischen und praktischen Alltag gut explorierbar sind.* Des Weiteren sind einfache Fragebogenverfahren wie AICA-C einsetzbar, die sich interessanterweise eher als das persönliche Gespräch dazu eignen, das Verhalten von Jugendlichen zu erfassen. Ein systematisches, gezieltes Abfragen der Kriterien der «Internet-Gaming-Disorder» ist ebenfalls nützlich – entweder anhand des diagnostischen und statistischen Manuals in der 5. Auflage oder anhand der ICD-11 mittels standardisierter Interviews wie des AICA-IBS. Zudem sollte der Psychiater, die Psychiaterin auch nachfragen, wie es um das Surfverhalten steht. Stundenlanges Recherchieren, Dauersurfen oder andere zeitvernichtende Aktivitäten kollidieren üblicherweise mit Entwicklungsaufgaben (lernen für die Mathematiklausur etc.) und erzeugen innerhalb der Familien erhebliche Spannungen. Es wäre in praxi auch

zu überlegen, ob man nicht die Medienanamnese bei Verdachtsfällen Praxisassistenten überlässt, die unter Umständen einen leichteren Zugang zum Kind bzw. Adoleszenten haben. Die Eltern sind in ihrer Auskunftsfähigkeit häufig eingeschränkt, da ihnen viele Mediennutzungszeiten aufgrund der Smartphone-Problematik schlicht verborgen bleiben.

Klassifikation und Einordnung

Grundlage aller Diagnostik bei psychisch kranken Kindern und Jugendlichen bleibt das eingeführte und bewährte Instrument des Multiaxialen Klassifikationsschemas (MAS) nach WHO/ICD 10. Zunächst ist der grundsätzliche Pathologietypus zu bestimmen, wobei sich auch nach fast 20 Jahren die von Kimberley Young schon 1999 entwickelte Klassifikation, gegebenenfalls in der gekürzten Form, bewährt hat.* In einem ersten Schritt gilt es, den Nutzungstyp des Patienten,



Stundenlanges Recherchieren, Dauersurfen oder andere zeitvernichtende Aktivitäten kollidieren üblicherweise mit Entwicklungsaufgaben und erzeugen innerhalb der Familien erhebliche Spannungen.

Oliver Bilke-Hentsch

sätze der Therapie mit medien- und spielabhängigen Adoleszenten sind:

- Lebensweltnahe Beratung
- Realistische Therapieplanung an pragmatischen Zielen
- Peer-Gruppen-Bezug
- Vorbildfunktion qua Alter und prosoziale Orientierung
- Salutogenetischer und ressourcenorientierter Grundansatz
- Kenntnis des gesellschaftlichen und medialen Wandels
- Hilfe bei psychosozialen Übergängen und Transitionsphasen

Wichtig erscheint ausserdem die weitgehend objektivierbare Erfassung des Medienverhaltens und dass die Betroffenen ein Problembewusstsein entwickeln. Weiter geht es darum, einzelne Veränderungen im Verhalten anzustreben sowie die Erlebensweisen in der «Offline-Welt», die allgemeine Medienkompetenz und die Medienmündigkeit zu stärken.

Bei leichten Fällen und vorübergehenden Phasen reicht häufig eine ärztliche Beratung aus, wenn man den richtigen Augenblick («teachable moment») erfassen und den Jugendlichen und seine Familie von der Ernsthaftigkeit der Problematik überzeugen kann. Dies gelingt meist im Kontext gesunkener Schulleistungen oder körperlicher und sozialer Probleme. Bei diesen Fällen sind auch Hinweise auf die Angebote beispielsweise der ZHAW, der Drogen- und Erziehungsberatungsstellen sowie der Telekommunikationsunternehmen hilfreich. Nützlich ist aber auch hier ein differenzialdiagnostischer Blick: Kaschiert das Kind oder die Jugendliche

mit der pathologischen Medienverhaltensweise allenfalls andere Schwierigkeiten und lenkt von diesen ab, zum Beispiel im familiären Kontext? Wichtig ist also der Blick auf die Komorbidität.

Anspruchsvoller sind die mittelschweren bzw. wechselnden Fälle, bei denen sich Phasen von intensivem Konsum und völliger Abschottung mit Phasen des eher prosozialen und nützlichen Medienkonsums abwechseln. Die schweren chronischen Formen mit vielstündigem, monatelangem Spielen und komplettem Abriss der Offline-Aktivitäten zugunsten von Social Media sind de facto nur stationär zu behandeln. Hier muss in einer Anfangsphase eine – langfristig als Therapieziel nicht geeignete – Abstinenz stattfinden, um überhaupt adäquat zu erfassen, wie die Betroffenen in die jeweilige Online-Welt verstrickt sind.

Letztlich ist pragmatisch zu unterscheiden zwischen allgemeinen gesellschaftlichen und soziologischen Phänomenen und den erfreulicherweise wenigen, aber ernsthaften klinischen Problemfällen.

* Die dazugehörigen Tabellen sind hier einsehbar: www.sgkjpp.ch/mediensucht



Dr. med. Oliver Bilke-Hentsch, MBA LL.M., ist Chefarzt des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes der Luzerner Psychiatrie (LUPS) und Präsident der Vereinigung kinder- und jugendpsychiatrischer ChefarztInnen der Schweiz (VKJC).

der Patientin zu erfassen. Man unterscheidet grob zwischen nach innen und nach aussen gerichteten Nutzungstypen sowie Nutzungstypen im Einzelsetting und in der öffentlichen Situation. Beim Gaming ist die Spielertypologie* sehr hilfreich, um in einem zweiten Schritt den Spielertypus zu erfassen.*

Diese grobe Einteilung reicht im Alltag, um die vorübergehende phasenhafte Nutzung von Killerspielen und Strategiespielen von einer Social-Media-orientierten Online-Welt zu unterscheiden, die eine komplette Gegenwelt zur Realität darstellt und erheblichen Suchtcharakter hat. Es ist klar zu differenzieren zwischen Spielen, die ethisch problematisch sind oder die Erwachsene schlichtweg nicht interessieren und die primär zeitaufwendig sind, und Social-Media-Aktivitäten, die spezifisch das individuelle, allenfalls durch eine psychische Störung vorgeschädigte Belohnungssystem durch dau-

ernde quälende Vergleiche aktivieren. Das zieht Schritt für Schritt vor allem weibliche Jugendliche in eine depressive Nebenwelt.

Beratung und Therapie

In allen Fällen ruht die Behandlungsplanung auf der diagnostischen Frage: wozu?

Hiermit geht es nicht um die Herleitung einer Problematik (Warum? Wie?), sondern um den gezielten Einsatz von modernen Medien beispielsweise zur Emotionssteuerung oder zur Abwehr von unangenehmen intrapersonalen Konflikten. Ist diese Funktionalität erfasst, erscheinen die therapeutischen Schritte meistens einfach und logisch. Nützlich hierfür ist das sogenannte I-PACE-Modell der internetbezogenen Störungen.

In drei Therapiephasen (Abstinenz, Klärung der Funktionalität, Neuorientierung) werden verschiedene Entwicklungsthemen erfasst, die sich in der Praxis überschneiden können. Grund-

Blended Therapy: Viel Potenzial liegt brach

Die Kombination von internetbasierter Intervention und Sprechzimmertherapie, die sogenannte Blended Therapy, verspricht flexiblere und effizientere Behandlungen – und mehr Kontinuität. Doch die Schweiz steht bei dieser Entwicklung erst am Anfang.

Autor:innen: Laura Luisa Bielinski und Thomas Berger
Foto: photocase, Portraits: Luca Christen



Internetbasierte Interventionen können unter bestimmten Voraussetzungen die herkömmliche Sprechzimmertherapie optimieren.

«Das Beste aus zwei Welten»: So wird die Blended Therapy in der einschlägigen Literatur umschrieben. Aber was genau steckt eigentlich hinter dem Begriff, und warum sollten wir uns überhaupt dafür interessieren? Internetbasierte Interventionen für Menschen mit psychischen Erkrankungen sind eigentlich kein neues Thema. Wirksamkeitsbelege gibt es schon seit mehreren Jahrzehnten. Das breite Interesse an diesen Behandlungsformen und das Streben, sie besser in die Routinepraxis zu implementieren, haben jedoch durch die Covid-19-Pandemie noch einmal deutlich Aufschwung erhalten.

Die am häufigsten erforschten internetbasierten Interventionen sind ungeleitete und angeleitete Selbsthilfensätze. In diesen Ansätzen arbeiten Patient:innen mit meist störungsspezifischen Programmen, die häufig auf Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie basieren. Entsprechende Programme enthalten viel Psychoedukation mit Informationen zu den jeweiligen Störungen und Anleitungen zu Übungen, die via Text, Audio und Video vermittelt werden.

Wie die Blended Therapy funktioniert – und was sie bewirken kann

Aus Sicht von praktizierenden Psychiater:innen ist die sogenannte Blended Therapy von besonderem Interesse. Damit ist die Kombination von internetbasierter Intervention und Sprechzimmertherapie (Face-to-Face) gemeint. Kombiniert werden kann auf unterschiedliche Art und Weise. Eine internetbasierte Intervention kann beispielsweise als Vorbereitung auf eine Vor-Ort-Therapie oder zur Nachsorge eingesetzt werden. Ebenfalls kann eine internetbasierte Intervention während der Sprechzimmertherapie genutzt werden. Möglich ist hierbei ein breites Spektrum, das von Add-on-Varianten (internetbasierte Elemente werden eher als Zusatz zur Sprechzimmertherapie bearbeitet) bis hin zu stark verzahnten Varianten (enger Bezug zwischen internetbasierten Elementen und Vor-Ort-Therapie) reicht. Zudem gibt es die Möglichkeit, einzelne Sitzungen durch internetbasierte Selbsthilfemodule zu ersetzen. Inwiefern kann die Blended Therapy einen Mehrwert zur klassischen Sprechzimmertherapie bieten? Einzelne Studien zeigen, dass solche Ansätze die Wirksamkeit der Behandlung tatsächlich verbessern können (beispielsweise Berger et al., 2018).

Mögliche Vorteile einer Blended Therapy im Vergleich zu reiner Sprechzimmertherapie (adaptiert nach Bielinski et al., 2021):

- Abwechslungsreicheres Therapieangebot: Den Patient:innen kann ein breiteres Therapieangebot gemacht werden.
- Mehr Zeit für Vertiefung in den Face-to-Face-Sitzungen: Blended Therapy erlaubt, gewisse Elemente in die Online-Komponenten der Therapie auszulagern.
- Flexiblere Arbeit (unabhängig von Ort und Zeit): Patient:innen können unabhängig von Ort und Zeit mit den Online-Komponenten der Therapie arbeiten.

Dies ermöglicht einen besseren Alltagstransfer.

- Weniger Therapeut:innenzeit nötig: Falls Komponenten der Sitzungen oder einzelne Sitzungen durch Online-Elemente ersetzt werden, könnte dies auch eine Einsparung von Ressourcen bedeuten.

Doch es stellt sich die Frage, ob die therapeutische Beziehung während einer internetbasierten Behandlung oder während einer Blended Therapy beeinträchtigt wird. Studien zeigen, dass dies nicht der Fall ist. Patient:innen bewerten die Therapiebeziehung in internetbasierten Therapien zumeist gleich gut wie in reinen Sprechzimmertherapien (Berger, 2017).

Bisherige Erfahrungen in der Schweiz

Im Vergleich zum Ausland stehen die Entwicklungen bezüglich der Blended Therapy in der Schweiz noch am Anfang. Interviews mit Leitungspersonen psychiatrischer Institutionen zum Thema «Implementierung von digitalen Interventionen in psychiatrischen Kliniken» (Best et al., 2022) beschreiben unter anderem folgende positive Erfahrungen mit der Blended Therapy: die flexiblere Gestaltung der Therapie, die gesteigerte Effizienz der Therapie sowie das Erleben von Kontinuität der Therapie im All-

tag durch Patient:innen. Gleichzeitig werden in den Interviews Hindernisse für die Implementierung von digitalen Interventionen identifiziert. Zu diesen zählen unter anderem mögliche Vorbehalte auf Seiten von Therapeut:innen, die fehlende Klarheit bezüglich Finanzierungsmöglichkeiten sowie das mangelnde Wissen und die mangelnde Erfahrung. Was gilt es zu beachten, wenn man Blended Therapy anwenden möchte?

Hilfestellungen für die Praxis

- **Die Qualität der internetbasierten Intervention muss sichergestellt sein.**

Seriöse Interventionen erfüllen Qualitätsstandards. Eine detaillierte Ausführung zum Thema «Qualitätsstandards für Onlineinterventionen» wurde in der Schweiz von der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP) in Zusammenarbeit mit der FMPP erarbeitet: [Psychologie.ch](https://psychologie.ch) > Recht und Qualität im Beruf > Ethik und Qualität > Qualitätsstandards Onlineinterventionen

- **Wo findet man geeignete internetbasierte Interventionen?**

In Deutschland wurden sogenannte «Apps auf Rezept» bereits im Rahmen der Gesetze zu digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) eingeführt. Das DiGA-Verzeichnis ist unter folgendem Link einsehbar: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis>. Einige dieser digitalen Gesundheitsanwendungen werden auch in der Schweiz von Kostenträgern finanziert. Weitere evidenzbasierte Interventionen oder solche, welche sich noch in der Testphase befinden, sind auf den Websites verschiedener Schweizer Universitäten zu finden (Beispiel der Universität Bern: online-therapy.ch). Zudem gibt es E-Mental-Health Plattformen, welche es einem auch erlauben, eigene internetbasierte Elemente zu erstellen.

- **Die Passung für eine Blended Therapy muss berücksichtigt werden.**

Unterschiedliche Merkmale der Patient:innen, der Therapeut:innen und des Settings sollen bei der Entscheidung für oder gegen eine Blended Therapy berücksichtigt werden. Eine erste Hilfestellung für Fachpersonen bietet hierzu das «Fit for Blended Care Instrument» (Wentzel et al., 2016).

- **Falls internetbasierte Interventionen während einer Sprechzimmertherapie als Add-on zum Einsatz kommen:**

Psychiater:innen sollen die Inhalte der internetbasierten Intervention gut kennen. Nur so kann auch angemessen auf Fragen von Patient:innen eingegangen werden. Die Erfahrung zeigt, dass während der Sprechzimmertherapie ein Bezug zur internetbasierten Intervention hergestellt werden sollte. Dies verbessert möglicherweise auch die Adhärenz zu den internetbasierten Interventionen.

Die Voraussetzungen für eine Blended Therapy

Die Blended Therapy ist ein interessanter und zeitgemässer Ansatz zur Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Es geht nicht darum, die Sprechzimmertherapie zu ersetzen, sondern sie zu optimieren. Wichtig ist, dass die Qualität der internetbasierten Interventionen gesichert ist. Ebenso muss die Finan-

zierung einer Blended Therapy im Routinesetting gegeben sein. Um eine gute Integration von internetbasierten Programmen und Sprechzimmertherapie zu ermöglichen, müssen Fachpersonen in der Durchführung der Blended Therapy ausgebildet werden und dazu auch adäquate Hilfestellungen erhalten. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, so hat die Blended Therapy durchaus das Potenzial, die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern.

Referenzen:

Berger T. (2017): The therapeutic alliance in internet interventions: A narrative review and suggestions for future research. *Psychotherapy research*, 27(5), 511–524. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1119908>

Berger T., Krieger T., Sude K., Meyer B. & Maercker A. (2018): Evaluating an e-mental health program («deprexis») as adjunctive treatment tool in psychotherapy for depression: Results of a pragmatic randomized controlled trial. *Journal of affective disorders*, 227, 455–462. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.021>

Best M., Bielinski L. L. & Berger T. (2022): Aktueller Stand, Hindernisse und erleichternde Faktoren: Implementierung digitaler Interventionen in psychiatrischen Kliniken der Schweiz. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie & Neurologie*, 5, 9–12.

Bielinski L. L., Trimpop L., & Berger T. (2021): Die Mischung macht's eben? Blended-Psychotherapie als Ansatz der Digitalisierung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 66, 447–454. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00524-3>

Wentzel J., van der Vaart R., Bohlmeijer E. T., van Gemert-Pijnen J. E. (2016): Mixing Online and Face-to-Face Therapy: How to Benefit From Blended Care in Mental Health Care. *JMIR Ment Health*, 9, 3(1):e9. <https://doi.org/10.2196/mental.4534> PMID: 26860537; PMCID: PMC4764785.

Laura Luisa Bielinski, M. Sc., ist eidg. anerkannte Psychotherapeutin und Doktorandin an der Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Bern. Im Rahmen ihrer Dissertation beschäftigt sie sich mit dem Thema Blended Therapy.



Prof. Dr. phil. Thomas Berger ist ordentlicher Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Bern und forscht seit vielen Jahren zum Thema «internetbasierte Interventionen».



PSY & ASD

SGPP
SSPP
SSPP

Impressum

Redaktion: Manuela Specker,
Kommunikationsbeauftragte
Herausgeber: FMPP (Dachverband
von SGPP und SGKJPP)
Gestaltung und Layout:
Andrea Federer, Typografische Gestaltung
Korrektorat:
Andreas Vonmoos, Textkorrektur Terminus
Druck: SWS Medien AG PriMedia
Auflage: 2336 Ex. deutsch, 1037 Ex. franz.

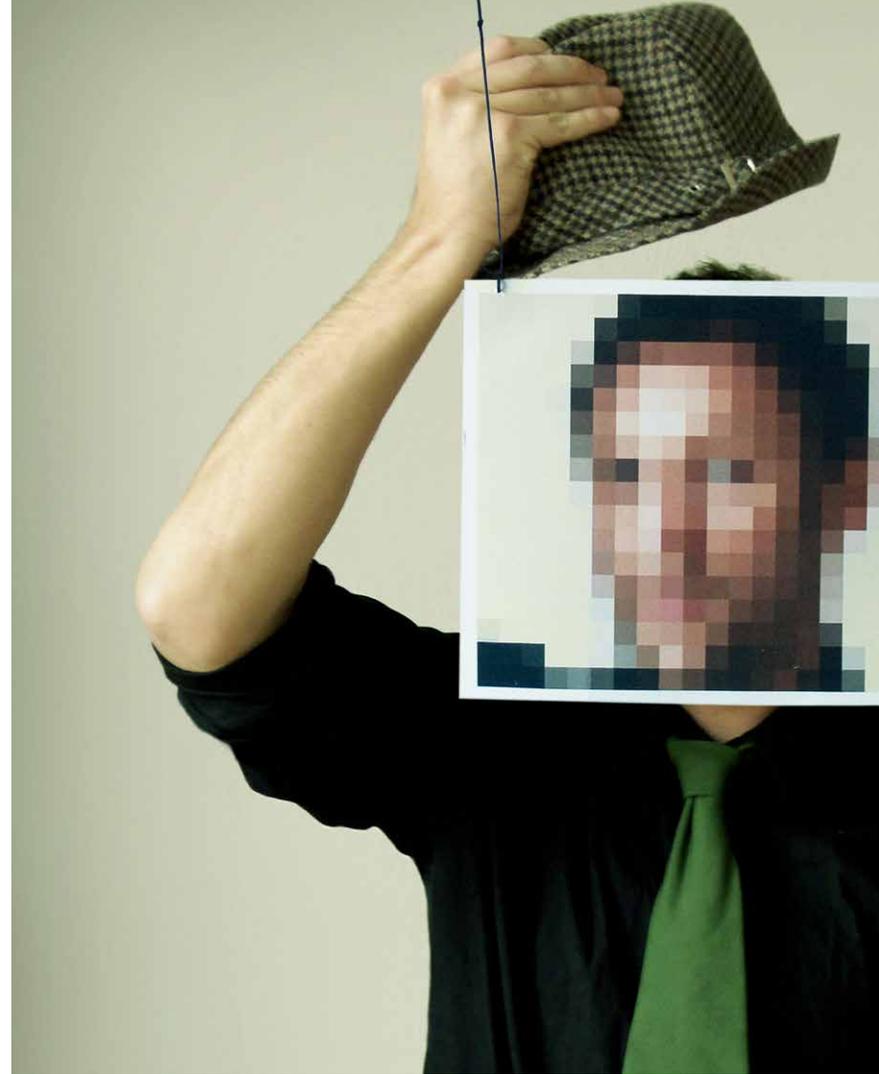
FMPP
Altenbergstrasse 29
Postfach 686
3000 Bern 8
Telefon: +41 (0)31 313 88 33
fmpp@psychiatrie.ch



Big Data in der Psychiatrie sinnvoll nutzen

Das Fach Psychiatrie und Psychotherapie eignet sich besonders gut, um auf der Grundlage von Big Data einen patientenzentrierten Ansatz zu entwickeln. Das setzt ein flexibleres Datenmanagement voraus – und eine neue Interpretation von Datenschutz und Dateneigentum.

Autor:innen: Floortje Scheepers, Vincent Menger und Karin Hagoort
Foto: photocase



Nicht nur in Institutionen und in Praxen werden riesige Mengen an Versorgungs- und Behandlungsdaten aufgezeichnet, auch Patienten selbst speichern in zunehmendem Masse Gesundheitsdaten auf ihren Smartphones oder Computern. Neue Sensoren, die in «Wearables» wie Uhren, Kontaktlinsen oder digitalen Tätowierungen eingebettet sind, gehen viel weiter und können rund um die Uhr physiologische oder biochemische Parameter wie Hautleitwert, Herzfrequenzvariabilität und Cortisolspiegel messen. Diese Sensordaten können die Realität realistischer abbilden, aber vor allem auch personalisieren, da die Muster individueller Patienten analysiert werden können. Auf diese Weise wird ersichtlich, wie ein bestimmter Patient im Zeitverlauf mit seiner Umwelt interagiert.

Auch die Umgebung kann heutzutage in zunehmendem Masse abgebildet werden. Im Jahr 2005 führte Christopher Wild den Begriff «Exposom» ein als Gegensatz zum Begriff «Genom».

Das Exposom ist die sich ständig verändernde Umwelt, die mittels Sensoren gemessen wird, welche beispielsweise Luftverschmutzung, Lärmbelastung oder die Personenzahl in der Umgebung dynamisch erfassen können. Diese Umweltfaktoren können verständlicherweise auch den psychischen Zustand einer Person beeinflussen. Letztlich sind immer mehr miteinander verknüpft, weshalb man auch vom Internet der Dinge spricht: Suchverhalten über Google, soziales Verhalten über Facebook, Twitter und Instagram, aber auch Haushaltsgeräte, das Auto, das Fahrrad, das Mobiltelefon. Das Internet of Things in Kombination mit physiologischen oder biologischen Sensordaten einer Einzelperson wird auch als «Quantified Self» bezeichnet. Diese Entwicklungen werfen Fragen nach neuen Chancen und Gefahren auf. In der Psychiatrie liegen oft komplexe Erkrankungen vor, die im Zeitverlauf schwanken und bei denen die Wechselbeziehung zwischen Vulnerabilität und Umfeld eine wichtige Rolle spielt. Das Fach

eignet sich deshalb besonders gut, um auf der Grundlage von Big Data einen patientenzentrierten Ansatz zu entwickeln.

Auf Big Data ruhen viele Hoffnungen. Wie berechtigt sind sie?

Hinter Big Data verbirgt sich mehr als eine riesige Menge an Daten. Vielmehr geht es um «Volume» (grosse Menge an Daten), «Velocity» (Geschwindigkeit, mit der Daten erfasst und analysiert werden können), «Variety» (verschiedene Datenquellen, die miteinander verknüpft werden können), «Veracity» (Richtigkeit der Daten) und «Value» (Wert, den man aus all diesen vorhandenen Daten erzeugen kann). Beschränkt man sich auf die Menge und die Geschwindigkeit, gibt es im Gesundheitswesen zahlreiche Beispiele grosser Datensätze, die weltweit miteinander verknüpft werden, um mittels Big-Data-Analysen in kürzester Zeit zu besseren und valideren Erkenntnissen zu gelangen. Allerdings bleiben dies Analysen einseitiger Datenquellen, die mit statischen Daten,

sehr begrenzten Patientendaten und noch dürftigeren Umweltparametern angereichert sind – wo doch gerade diese Umweltparameter in der Psychiatrie so wichtig sind. Durch die Verknüpfung mit neuen Datenquellen, die das Exposom und das Quantified Self erfassen, sind Variation und Richtigkeit eher gegeben. Diese Kombinationen verschiedener Datenquellen nähern sich schliesslich zunehmend der Realität des (kranken) Menschen in Interaktion mit seiner Umwelt an.

Welche Erkenntnisse versprechen die Daten?

Im Bereich der Big-Data-Statistik im Gesundheitswesen spricht man von «P4-Medizin». Diese P stehen für: prädiktiv, da sich mit komplexen Datenanalysen viel besser vorhersagen lässt, wodurch einzelne Personen (psychisch) krank werden, auf Arzneimittel ansprechen oder ein Rezidiv entwickeln; präventiv, da man den Vorhersagewert nutzen kann, um Präventivmassnahmen zu ergreifen; personalisiert, da insbesondere das Quantified Self individuelle Analysen ermöglicht; partizipierend,

Kombinationen verschiedener Datenquellen nähern sich zunehmend der Realität des (kranken) Menschen in Interaktion mit seiner Umwelt an.

werden. In der Psychiatrie kann man an die Anzahl (un)gesunder Umweltfaktoren (belastende Lebensereignisse, Grad der Verstärkung, Anzahl der Schulwechsel usw.) im Leben eines Menschen denken, die das Risiko psychiatrischer Probleme positiv oder negativ beeinflussen können. Die Daten aller neuen Patient:innen werden dann als Aktualisierung des Datenpools betrachtet, sodass die zuvor erstellten Normprofile an die aktuellen Ereignisse angepasst werden können. Mitunter führen nämlich Anpassungen der Diagnose oder der Behandlung eines Patienten oder einer Patientin zu Verschiebungen im individuellen Profil und damit auch in den Normprofilen.

Welche Erfahrungen sind damit gemacht worden?

In der Abteilung für Psychiatrie am UMC Utrecht wurde eine Pilotstudie mit Daten aus Patientenakten durchgeführt, um zu untersuchen, ob ein Big-Data-Ansatz implementierbar ist und zu Erkenntnissen und Verbesserungen in der täglichen Praxis führen könnte. Dabei kam eine Visualisierungssoftware zum Einsatz, mit der das medizinische Personal die Daten ohne spezielle technische Kenntnisse in der eigenen Praxis untersuchen konnte. Zum einen ermöglichte dieser Ansatz eine explorative und unvoreingenommene Suche nach neuen Erkenntnissen und Hypothesen. Zum anderen konnten sich die Akteur:innen aus der Praxis direkt und aktiv am Prozess beteiligen. Unter Verwendung des branchenübergreifenden Standardverfahrens für interaktives Data Mining (crispdm) wurden zwei direkt umsetzbare Ergebnisse und 29 interes-

sante Hypothesen ermittelt, die weiter untersucht werden können. Unter anderem zum Thema Aggression wird nun weiter nach Faktoren gesucht, die das Risiko erhöhen oder prädiktiv sein können. Zu diesen gehören die Auswirkungen der personellen Zusammensetzung des Pflgeteams auf das Auftreten von Aggression oder die Anzahl gemeldeter Wörter in der Patientenakte, bevor es zu einem Aggressionsvorfall kommt. So zeigte sich in der Proof-of-Concept-Phase bereits zwei Tage vor einem Aggressionsvorfall ein signifikanter Anstieg der Anzahl Wörter in der Patientenakte.

Wie wird der Datenschutz sichergestellt?

Daten psychiatrischer Patient:innen sind in der Tat hochgradig personenbezogen und sensibel; daher muss auch der ethischen Komponente grosse Bedeutung beigemessen werden. Zum Teil kann der Datenschutz durch das Pseudonymisieren von Patientendaten und das Entfernen identifizierender Variablen aus dem Datensatz sichergestellt werden. Für die Deidentifizierung von Freitext wurde am UMC Utrecht eine eigene Methode entwickelt, die automatisch so viele personenbezogene Daten wie möglich aus dem Freitext entfernt, beispielsweise Personennamen oder Adressangaben. Dabei ist zu beachten, dass selbst solche Massnahmen die Wahrscheinlichkeit einer Reidentifizierung nicht auf null reduzieren, wenn eine grosse Anzahl von Variablen über eine Patientin oder einen Patienten bekannt ist. Sobald also eine Verknüpfung mit externen Datenquellen erfolgt, wie etwa den Daten aus «Wearables», ist eine Einwilligung der Patientin oder

des Patienten nach Erläuterung des Sachverhalts erforderlich. Die Verknüpfung lokaler Daten mit Daten aus anderen Gesundheitseinrichtungen ermöglicht eine noch umfassendere Sicht auf die Patientin oder den Patienten und deren Umfeld. Die hiermit einhergehenden Auswirkungen auf die Privatsphäre von Patient:innen und – im rechtlichen Sinne – auf das Eigentum an den Daten erfordern jedoch eine noch grössere Sorgfalt. Derzeit wird an der Umsetzung einer Einwilligungserklärung gearbeitet, bei der die Patient:innen das Eigentum an ihren Daten behalten und in Zukunft – mit der ausdrücklichen Zustimmung des Patienten – auch Datenquellen ausserhalb der eigenen Einrichtung eingesehen werden können.

Digitalisierte Psychiatrie: kritische Überlegungen

Thomas Fuchs, Karl-Jaspers-Professor für philosophische Grundlagen der Psychiatrie und Psychotherapie an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg, hat in der Zeitschrift «Der Nervenarzt» die Möglichkeiten und Problematiken einer «digitalisierten Psychiatrie» analysiert.

Den Beitrag können Sie hier nachlesen:



da Quantified-Self-Daten von den Patient:innen selbst sind und nicht von einer Forscherin oder einem Arzt. Dies gibt den Patient:innen eine viel entscheidendere Rolle im Diagnose- und Behandlungsprozess.

Wie schaut der Big-Data-Ansatz in der Praxis konkret aus?

Für dynamische Big-Data-Analysen müssen strukturierte und unstrukturierte Daten zusammengeführt werden. Insbesondere in der Psychiatrie sind viele Informationen in grossen Mengen unstrukturierter Texte enthalten. Die Zusammenführung von Daten bietet viel mehr Möglichkeiten, verschiedene Quellen flexibler zu verknüpfen und zu analysieren, aber auch, einzelne Punkte im Datenpool in Kombination mit anderen Daten auf unterschiedliche Weise zu betrachten. So kann ein Punkt durch Änderung des Datenkontexts eine andere Bedeutung erhalten.

Basierend auf einem Datenpool können verschiedene Normprofile für Patient:innen erstellt



Prof. Dr. Floortje Scheepers

ist medizinische Leiterin der Abteilung für Psychiatrie am Universitätsklinikum Utrecht.



Vincent Menger

ist Datenwissenschaftler und Doktorand an der Universität Utrecht.



Karin Hagoort

ist Programm-Managerin «Innovation und Big Data» an der Abteilung für Psychiatrie am Universitätsklinikum Utrecht.

Psychiater:innen ohne Grenzen

In einkommensschwachen Ländern des globalen Südens haben über 90 Prozent der psychisch erkrankten Menschen keinen Zugang zu adäquater Behandlung – stattdessen sind sie ausgegrenzt und oft jeglicher Rechte beraubt. Die Schweizer Psychiaterin Monika Müller will diese Zustände nicht einfach so hinnehmen: Über ihren Verein «Delta» setzt sie sich ehrenamtlich für eine bessere psychiatrische Versorgung ein.

Autorin: Manuela Specker, Kommunikationsbeauftragte

Das Wissen über die psychiatrische Versorgung in ärmeren Ländern des globalen Südens ist in der Schweiz lückenhaft, konstatiert die Psychiaterin und Psychotherapeutin Monika Müller, die zwei Jahre am Center for Global Mental Health des King's College in London geforscht hat und als Oberärztin an den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) in Bern arbeitet. Natürlich sind sich Psychiater:innen bewusst, dass psychische Erkrankungen nicht einfach ein Problem wohlhabender Industrienationen sind. «Aber die Frage, wie psychiatrische Behandlungskonzepte im globalen Süden unter Berücksichtigung der soziokulturellen Gegebenheiten konkret umgesetzt werden oder welches die Hürden für deren Implementierung sind, erfordert Spezialkenntnisse. Diese werden bislang in der Schweiz unzureichend kultiviert und beforscht», so Monika Müller.

Bedenkliche Dimensionen
Einer der wichtigsten Hebel in einkommensschwachen Ländern sind sogenannte Lay-Health-Worker, da es zu wenig professionelle Behandlungspersonen gibt. In Simbabwe beispielsweise sind diese Lay-Health-Worker als sogenannte Health-Promotoren durch den Staat in den Primary Healthcare Centers angestellt und werden mit dem Grundlagenwissen ausgestattet, um eine

minimale, gemeindenahe Erstversorgung sicherzustellen. Grossmütter, die soziokulturell bedingt eine wichtige Stellung in der Gesellschaft haben, übernehmen diese Rolle und werden von der Gesellschaft mit einem Vorschussvertrauen ausgestattet. Das kann bei professionell ausgebildeten Psychiater:innen des globalen Nordens Fragezeichen aufwerfen, da die Behandlungsqualität oft als ungenügend empfunden wird. Aber: In Simbabwe leben 16 Millionen Menschen, denen weniger als 18 ausgebildete Psychiater und einige Psychologen gegenüberstehen. «Da wird deutlich, dass sich die Massnahmen am Machbaren orientieren müssen», so Monika Müller.

Psychische Erkrankungen sind jene Gesundheitsprobleme, die in einkommensschwachen Ländern am stärksten vernachlässigt werden. Gemäss dem «WHO Mental Health Atlas» erhalten dort rund 90 Prozent aller Menschen mit einer psychischen Erkrankung keine fachgerechten Behandlungen. Den meisten Ländern im globalen Süden fehlt es sowohl an finanziellen Mitteln als auch an Personal, um eine funktionierende und flächendeckende Versorgung sicherzustellen. Zudem ist sogar unter Ärztinnen und Ärzten die Ansicht vertreten, jede Behandlung psychisch erkrankter Menschen sei langwierig und selten erfolgreich. In Indien

gibt es Gegenden, wo die Existenz von psychischen Krankheiten schlicht geleugnet wird – Störungsbilder werden vielmehr auf Dämonen oder das Karma zurückgeführt. Statt adäquat behandelt zu werden, sind Betroffene stigmatisiert und ausgegrenzt, schlimmstenfalls gar in Hütten gefangen gehalten. «Trotzdem versagt die internationale Gemeinschaft weitgehend, wenn es darum geht, Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit zu finanzieren», kritisiert Monika Müller.

Wichtiges ehrenamtliches Engagement

Das ist einer der Gründe, warum die Psychiaterin vor ein paar Jahren mit «Delta – develop life through action» einen Verein ins Leben gerufen hat. Zusammen mit rund zwanzig Mitgliedern setzt sie sich ehrenamtlich für

bessere Versorgungsstrukturen in ressourcenarmen Ländern ein, um Betroffenen eine fachgerechte Betreuung und Behandlung zu ermöglichen. Sie ist gegenwärtig insbesondere in Südindien aktiv, wo sie auch persönlich gut vernetzt ist, da sie seit über zwanzig Jahren regelmässig dorthin reist. Das sei einer der wichtigsten Faktoren, um nachhaltig etwas bewirken zu können und Programme zu implementieren: Neben der Projektleitung in der Schweiz brauche es Partner vor Ort, die sich mit den Gegebenheiten auskennen und «ownership» übernehmen. Das ist ein Ansatz, der heute auch die moderne Entwicklungszusammenarbeit kennzeichnet.

Ein grosses Anliegen ist Monika Müller die Weiterbildung. So werden Fachleute mit somatischem Hintergrund in Workshops und Supervisionen



Einblick in die Gruppentherapie «Nishkalanka», ein gestuftes Behandlungsprogramm für Männer mit problematischem Alkoholkonsum.



Monika Müller feiert in Indien mit Vertreterinnen der «ASHA-Workers» den World Mental Health Day.



weitergebildet. Im Juni 2022 startete Monika Müller über ihren Verein, der sich vor allem aus Spendengeldern finanziert, ein Behandlungsprogramm für alkoholabhängige Menschen, das pyramidenförmig aufgebaut ist: In einem ersten Schritt wird in ländlichen Gegenden die breite Masse angesprochen, um für das Thema zu sensibilisieren. Die zweite Stufe richtet sich an Menschen mit mildereren Symptomen und fokussiert auf kontrolliertes Trinken oder Abstinenz. Die dritte Stufe besteht aus einem vierwöchigen Entzugs- und Entwöhnungsprogramm. Das Ganze ist integriert in ein Grundversorgungsspital in Südindien, wo Betroffene und ihre Familien somatische Erkrankungen behandeln lassen. Mit der Integration in die Grundversorgung können wichtige und knappe Ressourcen mitgenutzt werden. Da zudem Patient:innen und Angehörige sowieso mit dem Spital in Kontakt stehen, sind die Hürden tiefer und ist die Stigmatisierung weniger ein Problem.

Starker Wunsch nach mehr sozialer Gerechtigkeit
Manche denken, solche Engagements seien doch nur ein Tropfen auf den heißen Stein. Dieser Ansicht widerspricht Monika Müller vehement. «Gerade weil ich im Kleinen agiere, kann ich direkt etwas bewirken, statt dass

Gelder in grossen bürokratischen Apparaten versickern.» Sie möchte nun ihre Gönnerbasis erweitern und vermehrt auch mit Stiftungen zusammenarbeiten. Solche Engagements sind elementar: Der indische Staat zum Beispiel gibt lediglich 1 Prozent seines Gesundheitsbudgets für die Behandlung von psychisch erkrankten Menschen aus und finanziert insbesondere psychiatrische Kliniken; sozialpsychiatrische Einrichtungen zur Langzeitbetreuung fehlen weitgehend. Es ist der Wunsch nach sozialer Gerechtigkeit, der Monika Müller antreibt. «Auch in der Schweiz sind armutsbetroffene Menschen besonders oft von psychischen Problemen betroffen. Aber ausgerechnet sie haben kaum eine Lobby.»

International fliesst der Löwenanteil der Entwicklungsgelder im Bereich Gesundheit in die Bekämpfung von HIV und Malaria. Nur gerade 0,85 Dollar per DALY («disability-adjusted life years») geben staatliche Entwicklungsfonds für psychische Erkrankungen aus. Zum Vergleich: 144 Dollar sind es für HIV/Aids und 48 Millionen Dollar für Tuberkulose und Malaria. «Die Finanzflüsse sind Ausdruck davon, wie die Psychiatrie und psychische Probleme weltweit noch immer stark stigmatisiert sind», so Monika Müller.

Weitere Informationen:
www.delta-ngo.ch

Projektbeispiele

Programm bei problematischem Alkoholkonsum

«Delta» integriert ein gestuftes Behandlungsprogramm für Menschen mit problematischem Alkoholkonsum in ein Grundversorgungsspital. Neben Aufklärungsarbeit in den Dörfern baut der Verein ein ambulantes Beratungsangebot mit Fokus auf Rückfallprophylaxe und Risikoreduktion auf. Ein stationäres Entzugs- und Entwöhnungsprogramm mit Option für begleitetes Wohnen bietet schwerer erkrankten Menschen eine umfassende Behandlung.

Härtefallfonds

«Delta» unterstützt in Zusammenarbeit mit einer Sozialhilfestelle psychisch erkrankte Menschen, die von Armut betroffen sind. So werden die Behandlungskosten übernommen, und die Familien werden durch die Abgabe von Sozialhilfegeld in Form von Vouchers unterstützt. Mit ihnen können sie Grundnahrungsmittel oder Haushaltsartikel beziehen. Auch werden Ausbildungskosten von Kindern übernommen, deren Eltern an einer psychischen Erkrankung leiden. So kann die Negativspirale von Armut und psychischer Belastung nachhaltig bekämpft werden.

Alterspsychiatrischer Dienst

In Indien leben rund 62 Millionen Menschen, die über 65-jährig sind. Zehn Prozent dieser Menschen leiden an psychischen Erkrankungen oder Demenz. «Delta» unterstützt die indische Stiftung COOJ dabei, einen alterspsychiatrischen Dienst zu etablieren, eine Tagesklinik und ein aufsuchendes Therapieangebot aufzubauen und Öffentlichkeitsarbeit zu leisten, um zur Entstigmatisierung von Betroffenen und Angehörigen beizutragen.



Dr. med. Monika Müller ist Oberärztin an den Universitären Psychiatrischen Diensten (UPD) in Bern. Von 2020 bis 2022 hat sie am Center for Global Mental Health, King's College in London, geforscht.

20 Jahre FMPP: Der langjährige Geschäftsführer Christoph Gitz blickt zurück – und erläutert die schwierige Mission des Dachverbandes von SGPP und SGKJPP

Ein Sorgenkind und doch unverzichtbar

Aufgezeichnet von: Manuela Specker, Kommunikationsbeauftragte

Die FMPP steht für Foederatio Medicorum Psychiatricorum et Psychotherapeuticorum. Ein unmöglicher Zungenbrecher! Selbst die lateingeschulten Mitglieder könnten nicht ohne weiteres erläutern, für was FMPP steht. Das liegt daran, dass sie sich in erster Linie mit ihrer jeweiligen Fachgesellschaft verbunden fühlen, sei es der SGPP oder der SGKJPP. Auch in der öffentlichen Wahrnehmung können wir mit der FMPP nicht punkten. Der Dachverband FMPP hat in den zwanzig Jahren seines Bestehens nie die Entwicklung genommen,

die einst angedacht war. Sogar eine Fusion war mal geplant. Das entpuppte sich als illusorisch; dafür sind die Interessen zu unterschiedlich.

Eine wichtige Koordinationsplattform

Die FMPP ist aber bis heute eine unerlässliche Koordinationsplattform für die Erwachsenen- sowie die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Auch aus standespolitischen Gründen legitimiert sich die FMPP: Sie ist im Jahr 2002 gegründet worden, um als Dachorganisation in der Delegierten-

versammlung der FMH vertreten zu sein. Die Zusammenarbeit zwischen SGPP und SGKJPP hat sich über die Jahre hinweg durchaus intensiviert. Die Restrukturierung zwischen 2008 und 2010 hatte unter anderem zum Ziel, die gemeinsame Interessenvertretung zu stärken sowie die dazu erforderlichen internen Abstimmungsprozesse zu verschlanken.

Das Problem damals war, dass der FMPP-Vorstand über keinerlei Entscheidungskompetenz verfügte. Die Delegiertenversammlungen von SGPP und SGKJPP hiessen es schliesslich gut, dass aus der FMPP ein Verein mit einem gemeinsamen Vorstand und gemeinsamen Kommissionen wird. Bewährt haben sich bis heute die Versicherungs- und die Tarifkommission, weil dort die Überschneidungen am grössten sind. Die Kommission für die delegierte Psychotherapie ist aus naheliegenden Gründen obsolet geworden, derweil die gemeinsame Qualitätskommission 2019 auf Beschluss der DV aufgehoben wurde. Qualitätsthemen werden heute getrennt in den beiden Fachgesellschaften behandelt und bei Bedarf koordiniert.

Grosser Nachteil: viele Doppelspurigkeiten

Diese Strukturen mit einem gemeinsamen Vorstand, der separat Delegiertenversammlungen abhält, haben allerdings auch Nachteile. So sind die Über-

schneidungen zum Teil gross. Das merken gerade wir auf der Geschäftsstelle, die wir vieles doppelt organisieren und auf die Beine stellen müssen. Vor allem während Corona nahmen die administrativen Doppelspurigkeiten stark belastende Ausmasse an, ohne effektiven Mehrwert für die Mitglieder. Zudem war die FMPP bis zu dem Moment, als die Psychologieverbände die Anstandsregeln einer legitimen Vertretung ihrer berufspolitischen Anliegen über Bord warfen, Partnerin an einem halbjährlich stattfindenden runden Tisch. Dieser hatte zum Ziel, die Zusammenarbeit zu stärken, ist aber inzwischen auf Eis gelegt worden.

Eigentlich bräuchte es dieses heute gewaltige Konstrukt der FMPP nicht, um gemeinsame Sitzungen abzuhalten und sich zu koordinieren. So stehen wir vor einer ähnlichen Situation wie damals 2008: Wie können wir das Ganze schlanker gestalten, aber gleichzeitig die FMPP als Koordinationsplattform und als Organ der gemeinsamen Interessenvertretung stärken? Diese Überlegungen entsprechen dem Zeitgeist. Mittlerweile herrscht in vielen Verbänden und Firmen die Überzeugung vor, dass grosse, komplexe Gebilde dazu tendieren, weder effizient noch effektiv zu sein. So gilt es nun, die FMPP in eine erfolgreiche Zukunft zu führen, denn unbestritten ist, dass SGPP und SGKJPP auch in Abstimmung mit den psychiatrischen Kliniken und Diensten SMHC gemeinsam stark nach aussen auftreten müssen, um auf die Anliegen der Psychiatrie aufmerksam zu machen.



Dr. Christoph Gitz war zwanzig Jahre lang Geschäftsführer der FMPP und der SGPP. Auf Ende 2022 legt er diese Funktion in neue Hände: Seine Nachfolgerin Antonella Rossi ist bereits seit Mai 2022 an Bord und wird seither sukzessive in die Aufgaben eingeführt. Wir stellen sie in einem der nächsten Online-Newsletter vor.