

psyCHIatrie

**CYBERKRITIK**

Die Digitalisierung hat auch Folgen – wo braucht es neue Rahmenbedingungen?

> Seite 02

**ZUKUNFTSPROJEKTE IN DER SCHWEIZ**

Fünf neue Schweizer Zukunftsprojekte setzen auf die Digitalisierung.

> Seite 03

**«ENSA IST ERSTE HILFE FÜR PSYCHISCHE GESUNDHEIT»**

Die australischen Nothelferkurse werden in der Schweiz eingeführt.

> Seite 04



CYBERHEALTH

«DIE DIGITALISIERUNG OPTIMAL NUTZEN!»

Die Medizininformatik ist heute ein zentraler Entwicklungsbereich des Gesundheitswesens. Einer der renommiertesten Schweizer Experten ist Professor Dr. Antoine Geissbuhler, der Genfer Ordinarius für E-Health und Telemedizin. Ihm zufolge ist jede digitale Entwicklung ein dynamischer Prozess und immer eine auxiliäre Methode.

Professor Francois Grémy, Professor an der Medizinischen Fakultät Paris, hat den Begriff der «Informatique médicale» Ende der 1960er Jahre erstmals verwendet. In den 50 Jahren die inzwischen vergangen sind, hat sich das Fachgebiet von der primären, auf medizinische Dokumentation und Datenverarbeitung zielenden Ausrichtung, über den Einsatz von bildgebenden Verfahren und robotergestützten Operationsmethoden hin zu digitalisierten Behandlungsprozessen wie Neuromodelling, mobil-gestützten Interventionen sowie ersten Projekten der Künstlichen Intelligenz (KI) weiterentwickelt. Professor Antoine Geissbuhler zufolge hat «die Medizininformatik mit der Demokratisierung der digitalen Technologien an Bedeutung gewonnen». Der Internist hat sich in den USA auf Medizininformatik spezialisiert. «Einen wichtigen Entwicklungsschub brachte das Internet, das digitale Kommunikation, E-Health und mobilitätsorientierte Anwendungen erst ermöglichte», sagt er. Inzwischen hat selbst in der Psychiatrie die «Cyberpsychiatrie» eine zentrale Rolle eingenommen.

Von der E-Dokumentation zur E-Behandlung

Die Medizininformatik in Genf ist innovativ, so Geissbuhler: «Wir haben vor vielen anderen unser klinisches Informationssystem entwickelt. Im Jahr 1999 haben wir dann an der Entwicklung der elektronischen Patientenakte gearbeitet – eine Säule der E-Health im Kanton Genf, wo bereits mehr als 50'000 Patienten über eine eigene elektronische Akte verfügen.» Während zuerst vor allem Papierdokumente digitalisiert wurden, geht es heute um strukturierte und austauschbare Daten. Die Fortschritte der automatisierten Sprachverarbeitung ermöglichen inzwischen, Freitextdokumente zu verarbeiten, die die Mehrheit der medizinischen Informationen ausmachen.

Dass der Digitalisierungsgrad der verschiedenen Sektoren sehr unterschiedlich ist, stellt immer noch eine grosse Hürde dar. Geissbuhler setzt hier auf zwei wichtige Faktoren, die dies vorantreiben werden: Zum einen die Interprofessionalität, die eine Koordination der Behandlung mit sich bringt und damit eine verbesserte Kommunikation: «Wir bewegen uns in Richtung digital gestützter Zusammenarbeit mit dem Patienten und allen beteiligten Fachpersonen». Zum zweiten geht es um die Kooperation aller an einer Behandlung beteiligten Fachpersonen. Letzteres betrifft insbesondere die chronisch Kranken. «Wir wissen, dass diese 20% der Kranken 80% der Kosten verursachen», betont er. Genau hier können wir zum Wohle aller Beteiligten die Prozesse verbessern.

eHealth im Fokus

Geissbuhler ist überzeugt, dass die Digitalisierung die Gesundheitsversorgung verbessert, beschleunigt und auch sicherer macht: «Eines unserer ambitioniertesten Projekte ist daher den 'shared medication plan'. Dabei geht es darum, dass alle Informationen über die Medikation eines Patienten an einem Ort sind. «Es ist eine Herausforderung, einen Überblick darüber zu haben, welche Medikamente ein Patient tatsächlich nimmt», erklärt er. Solche digitalen Lösungsansätze haben einen grossen organisationalen Einfluss. «Unsere Arbeit zielt zudem seit etwa zehn Jahren zunehmend auf die E-Health», sagt er. Der Trend gehe in Richtung mobiler Endgeräte, die heute jeder nutzt: «Deshalb entwickeln wir vermehrt digitale Interventionen und APPs». Eine dieser futuristischen APPs bietet Eltern eine, auf künstlicher Intelligenz basierende Entscheidungshilfe zur Frage, ob und wann sie mit ihrem erkrankten Kind eine Notfallstation aufsuchen sollen. «Das geht soweit, dass die Anmeldung auf unserer Notfallstation bereits digital aus der App erfolgt», sagt er. «Mit georeferenzierten Elementen erweitert, lotst die APP die Eltern zu uns, berechnet die Eintritszeit für unsere Vorbereitungen und informiert auch den Familien- oder Kinderarzt.» Geissbuhler ist überzeugt, dass diese, heute noch futuristisch an-

mutenden Projekte Potenzial haben: «Wir befähigen damit Betroffene als kompetente Partner, unterstützen Behandlungsabläufe und beziehen das Netzwerk der Fachpersonen mit ein.»

Technik statt Empathie?

Pflegeroboter, Roboterdiagnosen und geo-referenzierte Depressionsalarme treffen aber einen wunden Punkt bei den Fachpersonen: Ersetzen uns also bald Maschinen? Geissbuhler winkt ab: «Wir werden immer Menschen brauchen, denn gerade die Medizin erfordert Sorgfalt, Einfühlungsvermögen und gesunden Menschenverstand.» Bestimmte Aufgaben werden allerdings digitalisiert. So können verschiedene radiologische oder dermatologische Diagnosen bereits heute mittels KI gestellt werden. «Die Diagnose der Zukunft wird integrativ sein: eine Mischung aus Algorithmen, Radiologie, Laborresultaten, genetischer Medizin und Fachpersonen», sagt der Medizininformatiker: «Unser Vorteil wird sein: Ärzte können Prioritäten setzen!» Geissbuhler spricht daher lieber von auxiliärer Intelligenz anstatt von KI. Entscheidend für die Entwicklung aller digitalen Technologien und Interventionen ist ihm zufolge, Fachpersonen und Patienten einzubeziehen. «Dies verbessert den Nutzen und baut Ängste ab», betont er.

Die Patientenbehandlung der Zukunft neu organisieren

Für Geissbuhler sind Psychiater nicht die typischen «early adapters». «Viele Fachpersonen müssen zuerst überzeugt werden, dass die Tools Vorteile bringen». Ein Teil dieser technischen Entwicklung werde über die Patienten stimuliert, die Entwicklung schneller mitmachen: «Auch wir haben gesehen, dass der Einbezug der Patienten die Entwicklung von digitalen Interventionen erfolgreicher macht und die Umsetzung durch Fachleute vorantreibt.» Nach dem Stellenwert des Datenschutzes gefragt, räumt er diesem eine hohe Priorität ein, denn es geht immer um hoch sensible Daten: «Patienten müssen entscheiden können, wer welche Informationen über sie einsehen kann.» Beispielsweise wollen Patienten mit psychischen Erkrankungen oft nicht, dass andere Fachärzte wie beispielsweise der Kardiologe diese Berichte einsehen können. Allerdings weisen Studien vermehrt darauf hin, dass Patienten eine heterogene Haltung zu ihren medizinischen Daten haben. Spannend findet Geissbuhler die Dynamik der Medizininformatik: «Jede Implementierung digitaler Tools ist ein komplexer Prozess, denn oft werden wir uns erst in der Umsetzungsphase allen Auswirkungen eines computergestützten Systems bewusst». Agilität und ständige Anpassung an organisatorische und gesellschaftliche Veränderungen, Chancen und Erwartungen sind daher notwendig.



Prof. Dr. Antoine Geissbuhler leitet den Bereich E-Health und Telemedizin und ist verantwortlich für das Innovationszentrum HUG, das als UNESCO-Lehrstuhl für Telemedizin anerkannt ist. Der ausgebildete Internist hat sich an der Vanderbilt University im Bereich der medizinischen Informatik spezialisiert.

VORWORT DES PRÄSIDENTEN**Geplante Obsoleszenz**

Ein schwarzer Bildschirm, ein blinkendes Quadrat, Wörter in weissen Buchstaben: Als ich meine ersten Computererfahrungen machte, arbeiteten wir noch mit MS-DOS. Und dann: Es ging schneller und schneller und die Computer wurden benutzerfreundlicher. Die Maschinen bleiben imposant, heute sind wir umgeben von Flachbildschirmen. Niemand kann sich aber vorstellen, sie in einer Beratung einzusetzen, geschweige denn in einer Psychotherapie-Sitzung. Die Dynamik überholt uns ständig: Während wir früher einen Computer pro Familie hatten, haben wir heute mehrere pro Person. Deren Grösse reduziert sich umgekehrt proportional zur Leistung.

Unserer Augen sind heute schon für einen Grossteil des Tages auf den Bildschirm gerichtet. Es entstehen neue Abhängigkeiten. Anfangs noch unproblematisch, weil die Eltern für regelmässige Internetpausen sorgen. Die Abhängigkeiten können aber auch zu einem vollständigen sozialen Rückzug führen. Wie beispielsweise in Japan bei den Hikikomori, wo betroffene Menschen ihr Zimmer nicht mehr verlassen und ihre Bedürfnisse vernachlässigen, bis sie sterben.

Und was sagen wir Psychiater und Psychotherapeuten zu dieser exponentiellen Entwicklung der Digitalisierung und der künstlichen Intelligenz? Müssen wir etwas tun? Müssen wir die Bewegung beispielsweise durch die Entwicklung neuer Smartphone-Apps unterstützen? Müssen wir mit unseren Patienten chatten oder mit ihnen über Skype auf der anderen Seite der Welt sprechen? Werden unsere wesentlichen Beziehungs- und Sprachinstrumente auch in der Psychiatrie der Zukunft ihren Platz haben?

Ihr Pierre Vallon,
Präsident der FMPP



AKTUELLER
ÜBERBLICK

INTERNET-
INTERVENTIONEN

Internettherapie und Selbsthilfe-Apps? Welche Formen von Internet-Interventionen gibt es?

In den letzten Jahren hat sich der Oberbegriff «Internet-Interventionen» für alle psychosozialen Angebote etabliert, die Betroffene über das Medium Internet bei der Bewältigung einer psychischen Symptomatik unterstützen und ihr präventiv entgegenwirken. Andere häufig verwendete Begriffe spezifizieren inhaltliche Ansätze wie beispielsweise iCBT für «Internet-based-cognitive-behavioral therapy» oder Kommunikationsmittel wie E-Mail-, Chat- oder Videotherapie. Dazu kommen verschiedene Interventionsformate, die entlang zweier Dimensionen verortet sind: Kombinierte Internet- und Face-to-Face-Sitzungen oder automatisierte Interventionen. Selbsthilfeprogramme und Apps können ganz ohne therapeutische Kontakte, mit kurzen Online-Kontakten oder in Kombination mit Face-to-Face-Sitzungen (Blended Treatments) bearbeitet werden.

Selbsthilfeprogramme

In webbasierten Selbsthilfeprogrammen werden psychoedukative Informationen und therapeutische Übungen angeboten, die als ungeleitete oder angeleitete Selbsthilfe bearbeitet werden. Die Programme sind meist in Module aufgeteilt, die in vorgegebenen Zeiten bearbeitet werden sollen. In angeleiteten Selbsthilfeansätzen wird die Arbeit mit einem webbasierten Selbsthilfeprogramm durch kurze wöchentliche Online-Kontakte von Fachpersonen unterstützt. Die Forschung zeigt, dass angeleitete Selbsthilfeansätze wirksamer sind als ungeleitete. Letztere werden weniger genutzt und häufiger abgebrochen.

Chat-, E-Mail- und Videotherapie

Ein wichtiger Vorteil von Chat-, E-Mail- und Videotherapien liegt darin, dass die Therapie zu Hause stattfinden kann – womit mehr Menschen erreicht werden, die aufgrund mangelnder zeitlicher und örtlicher Flexibilität keinen Therapieplatz finden. Die bisherigen nur spärlichen Studien deuten darauf hin, dass das Kommunikationsformat keinen Einfluss auf die Wirkung der Therapie hat, dass also Chat-, E-Mail- und Videotherapien genauso wirksam sein können wie Face-to-Face-Therapien.

Blended Therapy

Unter Blended Therapy wird jegliche Art der Kombination von herkömmlicher Face-to-Face-Therapie und Internet-Interventionen verstanden. Das jeweils ergänzende andere Format wird üblicherweise zur Vorbereitung, Vertiefung oder Wiederholung der therapeutischen Inhalte verwendet. Mit Kombinationsbehandlungen kann die Wirkung der Psychotherapie möglicherweise verbessert werden. Erste Studienergebnisse bezüglich Wirkung und Kosteneffektivität sind vielversprechend.

Relevanz

Interventionen, die sowohl eine hohe Reichweite, als auch Wirksamkeit versprechen, haben das grösste Potenzial, Prävalenz- und Inzidenzraten psychischer Störungen in der Bevölkerung zu reduzieren. Eine hohe Reichweite geht auf Kosten der Wirksamkeit: Mit automatisierten Selbsthilfeprogrammen können zwar sehr viele Menschen erreicht werden, sie sind aber weniger wirksam als die konventionelle Psychotherapie. Die Frage, bei welchen Patienten Internet-interventionen erfolgsversprechend sind, kann nicht fundiert beantwortet werden.

Thomas Berger

Auszug aus Publikation: Internet-Interventionen: Ein Überblick, 1438–7026, PID - Psychotherapie im Dialog 2018; 19: 18–24, Thieme-Verlag, DOI 10.1055/a-0592-0282

SCHÖNE NEUE WELT ODER PROFITABLER SCHWINDEL?

Zwischenmenschliche Beziehungen sind Teil der Psychiatrie. Welchen Einfluss hat die digitale Revolution?

Mehr und mehr werden die modernen Technologien Teil des medizinischen Alltags – so auch im Fachgebiet Psychiatrie. Gerade Letztere lebt allerdings von zwischenmenschlicher Interaktion. Nicht wenige Fachexperten und Patienten zeigen sich daher skeptisch gegenüber eHealth. Auf der anderen Seite stehen Patienten, die nicht zuletzt wegen der grösseren Anonymität, neueren Verfahren häufig eher aufgeschlossen sind. Gewisse Befürchtungen, durch die Technologie überfordert zu sein, können aber vor allem bei Patienten mit kognitiver Beeinträchtigung ein Hindernis sein. Schliesslich mag auch die Angst vor dem «gläsernen Patienten» Widerstände hervorrufen.

Die Erkrankungsdauer, die Therapieakzeptanz, die Compliance und die Stigmatisierung der Betroffenen sind in der Behandlung von psychischen Störungen eine Herausforderung. Neue Technologien versprechen nun Entlastung, denn Studien belegen, dass damit mehr Menschen mit psychischen Erkrankungen häu-

figer Zugang zu Behandlungen haben. Cyber-Interventionen lassen sich hierbei grundsätzlich in drei Kategorien einteilen: Anwendungen digitaler Technologien in Kombination oder als Ergänzung traditioneller Interventionen; teilweiser Ersatz traditioneller Arzt-Patienten-Interaktionen und autonome Interventionen. Zahlreiche Cyber-Interventionen wurden wissenschaftlich und praktisch getestet und inzwischen regelmässig eingesetzt. Beispielsweise dienen «Clinical decision support systems» (CDSS) der computerbasierten Entscheidungsfindung in der klinischen Praxis. Ergänzt wird dieses mit dem «Ecological momentary assessment» (EMA), also mit Methoden, mit denen direkt im Umfeld des Patienten Daten erhoben werden.

Physiologische Daten und Symptome können z.B. mit einer Smartwatch erhoben werden und eventuell die Entwicklung spezifischer Biomarker fördern. Von zunehmendem Interesse ist auch das maschinelle Lernen. Dieser Teilbereich der künstlichen Intelligenz ermöglicht zunehmend, in Kombination mit Untersuchungen wie etwa der Magnetresonanztomografie, psychische Krankheiten frühzeitig aufzudecken. So ist es damit heute

möglich, bei Risikopatienten den Übergang in eine Psychose oder bei Patienten mit Alkoholkonsumstörung Rückfälle zu prognostizieren. Ein weiterer Technikbereich, der sich derzeit rasch entwickelt, ist jener der «Gamification», was das Therapieengagement der Patienten stärkt.

Trotz verschiedener Herausforderungen (insbesondere derjenigen der Wahrung der Privatsphäre) ist die Entwicklung der Cyberpsychiatrie wohl kaum noch aufzuhalten. Deshalb wird es zunehmend wichtig, dass Psychiater und Patient mit in die Entwicklung dieser neuen Technologien einbezogen werden. Hierzu braucht es nicht nur technologieinteressierte Kollegen, sondern insbesondere auch solche, welche sich der spezifischen Anforderungen der psychiatrischen Praxis bewusst sind. Je mehr Ärzte Cybermethoden in ihrem Alltag anwenden, desto eher sind sie in der Lage, den Dialog mit der Industrie zu führen und Entwicklungen vorzuschlagen, die klinisch sinnvoll sind und dem Patienten dienen.

Daniele Zullino



DIE FOLGEN DER DIGITALISIERUNG

ES BRAUCHT VIELLEICHT
GESETZE, UM KINDER VOR
SMARTPHONES ZU SCHÜTZEN!

Digitale Medien schaden der Gesundheit und der Bildung junger Menschen. Der Psychiater Manfred Spitzer appelliert an die Verantwortung Erwachsener, um Kinder zu schützen.

Sie warnen vor der Digitalisierung. Wieso?

Ich warne vor deren negativen Auswirkungen auf die Gesundheit, die Bildung und unsere Gesellschaft. Eltern wird heute eingetrichtert, ihre Kinder würden zurückbleiben, wenn sie nicht schon in Kindergarten den Umgang mit digitalen Medien lernen. Digitalisierung schadet aber. Mittlerweile bin ich nicht mehr alleine: Einer grossen Umfrage aus dem Jahr 2014 zufolge glaubten noch die meisten jungen Menschen zwischen 14 und 24 Jahren daran, dass digitale Medien alles besser machen. Die gleiche Umfrage ergab im Frühjahr 2019, dass etwa 60%

von ihnen, ihren digitalen Konsum reduzieren möchten, weil sie ungünstige Effekte erkennen.

Im Buch «Cyberkrank!» warnen Sie vor sozialen Netzwerken und Smartphones ...

Smartphones verursachen Kurzsichtigkeit, Angst, Depression, Demenz, Aufmerksamkeitsstörungen, Schlafstörungen, Bewegungsmangel, Übergewicht, Haltungsschäden, Diabetes, Bluthochdruck und ein erhöhtes Risikoverhalten beim Geschlechts- und Straßenverkehr. Smartphones haben bei jüngeren Verkehrsteilnehmern mittlerweile den Alkohol als Unfallursache Nummer 1 im Strassenverkehr abgelöst. Facebook macht ängstlich, depressiv, süchtig und unzufrieden. Zudem führen soziale Netzwerke zu mehr Fake-News, Vertrauensverlust, Mobbing, Bespitzelung der Bevölkerung und Störungen der Beziehungen.

Auch die Medizin wird digital. Wie stehen Sie zu eHealth-Methoden in der Psychiatrie?

Solange wir dazu keine gesicherten Erkenntnisse haben, sehe ich das als Hype und bin skeptisch.

Die WHO sieht das übrigens ebenso: Nach einer zunächst erfolgten positiven Beurteilung warnt die WHO mittlerweile vor medizinischen Apps und spricht von «Goldgräberstimmung».

Cyberkritik ist auch Gesellschafts- respektive Systemkritik. Was also tun?

Es braucht es weniger Konsum und wir müssen junge Menschen besser schützen. In Süd-Korea, weltweit dem Land mit der grössten Smartphone-Produktion und dem höchsten Anteil jugendlicher Nutzer, sind über 90% der jungen Nutzer kurzsichtig und etwa 30% Smartphone-süchtig. Man hat dort Gesetze eingeführt, um Kinder und Jugendliche vor Smartphones zu schützen.



Prof. Dr. Manfred Spitzer leitet die Psychiatrische Universitätsklinik in Ulm und das dortige Transferzentrum für Neurowissenschaften und Lernen. Er ist Herausgeber der Fachzeitschrift Nervenheilkunde und Verfasser von über 30 Sachbüchern.

(CYBER-)MOBBING UND
UMGANG MIT SOZIALEN
NETZWERKEN

Mobbing unter Schülern ist nichts Neues, die Folgen des Cybermobbings sind aber schwerwiegender, sagt Kinder- und Jugendpsychiater Jörg Fegert.

Nimmt Cybermobbing zu?

Anhand der Studienlage sehen wir folgende Faustregel: In jeder Schulklasse gibt es mindestens zwei Täter und zwei Opfer von Cybermobbing. Die Prävalenz liegt etwa bei 5%, wobei es internationale Unterschiede gibt. In der Regel gibt es grosse Überlappungen zwischen «klassischem» Mobbing und Cybermobbing.

Um was geht es beim Cybermobbing?

Es geht um die gleichen Angriffe wie beim herkömmlichen Mobbing und meist um die gleichen Opfer. Cybermobbing ist ein absichtlich schikanierendes emotional verletzendes Verhalten, das moderne digitale Medien nutzt. Mob-

bingopfer werden ausgeschlossen, provoziert, belästigt, verleumdet, «gestalkt» oder ihre Identität wird gestohlen, indem sich jemand Zugang zu ihren Konten verschafft. Es geht immer um ein Ungleichgewicht der Kräfte zwischen Täter und Opfer.

... wie Sie sagen, Mobbing in dieser Altersgruppe ist ja nichts Neues?

Das stimmt, aber die von uns verstandene Bedeutung ist heute eine andere. So zeigen neue Studien einen deutlichen Zusammenhang von Bullying und Suizidalität respektive Depression oder selbstverletzendem Verhalten. Wir wissen auch, dass bspw. von 41 Amokläufen an Schulen 37 von Jugendlichen ausgeführt werden, von denen 71 % sagten, dass sie gemobbt, bedroht oder verletzt worden seien.

Warum ist die Bedeutung schwerwiegender?

Die Wirkung in den sozialen Netzwerken ist eine andere. Sie bekommen schädigende Bilder kaum mehr gelöscht. Verleumdende Posts gehen an ganze Chatgruppen. Risikoreich ist auch das Sexting, wenn sich junge Verliebte Nacktbilder schicken. Wenn diese Bilder nach einer Tren-

nung öffentlich gestellt werden, ist die Beschämung sehr gross. Suizidversuche von Betroffenen in diesem Zusammenhang beobachten wir in der klinischen Praxis zunehmend.

Was also tun dagegen?

Mobbing ist in dieser Altersgruppe immer eingebunden in das Klassenklima, was auch den Ansatzpunkt für die Prävention stellt. Der Umgang miteinander – sowohl in sozialen Netzwerken als auch im realen Leben – ist entscheidend. Es braucht eine «Netz-Etikette». Hier haben wir alle eine Aufgabe: die Schule, die Eltern, wir Fachpersonen aber auch die Gesellschaft. Prävention heisst hier, Kompetenzen zu stärken im Umgang miteinander – auch vor dem Hintergrund der Nutzung neuer Medien.



Prof. Dr. Jörg M. Fegert ist Ärztlicher Direktor und Gründer der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm. Einer seiner Schwerpunkte ist die Auswirkung der Digitalisierung in dieser Altersgruppe.



ZUKUNFTSPROJEKTE IN DER SCHWEIZ

«KEIN BLOSSES IT-PROJEKT, MEHR EIN KULTURPROJEKT!»

Im April 2017 ist das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier in Kraft getreten. Aktuell läuft die Umsetzung. Im April 2020 müssen alle stationären Psychiatrien angeschlossen sein.

Herr Schmid, Sie leiten das Projekt «Elektronisches Patientendossier», wo stehen Sie? Mit dem elektronischen Patientendossier (EPD) stellen Fachpersonen in Zukunft den Patienten ihre medizinische Dokumentation digital zur Verfügung. Es ist daher nicht nur ein IT-Projekt, sondern vor allem ein Kulturprojekt. Die Umsetzung erfolgt dezentral. Im Frühjahr 2020, wenn sämtliche Schweizer Spitäler angeschlossen sind, können alle Menschen in der Schweiz ein Patientendossier eröffnen. Und zur Eingangsfrage: Das Projekt ist anspruchsvoll, es ist aber auf Kurs. Die wichtigste Änderung mit dem EPD betrifft aber das Verhalten der Patienten: Sie müssen künftig etwas einfordern vom System.

Ziel ist es, diese Vernetzung über alle Sektoren anzubieten, doch die Dokumentationsformen könnten unterschiedlicher nicht sein? Ja, die Art und Weise der Dokumentation im Gesundheitswesen ist sehr heterogen und noch nicht überall digitalisiert. Mit dem EPD werden in einem ersten Schritt die Systeme vernetzt. Dafür gibt es internationale Standards. Dann sind die Inhalte der ausgetauschten Informationen relevant. Es gibt noch viele Daten auf Papier. Institutionen wie Spitäler oder auch Apotheken haben über ihre Informationssysteme bereits strukturierte Daten. Ärzte und Therapeuten im ambulanten Bereich, aber auch kleinere Betriebe der Langzeitpflege sind dagegen froh, wenn sie ein PDF ins EPD stellen können. Der Austausch von rein strukturierten Daten wird also noch etwas dauern.

Es gibt dann eine doppelte Dokumentation? Das Patientendossier gehört den Patienten. Sie entscheiden, was sie dokumentieren wollen und regeln den Zugang der Fachpersonen. Die Dokumentationsform der Behandler bleibt. Es werden lediglich Kopien von behandlungsrelevanten Daten im EPD abgelegt.

Viele haben Angst vor der Transparenz, insbesondere auch psychisch kranke Menschen ... Zugriff auf das EPD haben nur Gesundheitsfachpersonen, die im Behandlungskontext tätig sind. Andere nicht, auch nicht die Versicherer.

...und die Ängste rund um Hackerangriffe und die Datensicherheit? Bevölkerungsumfragen zeigen, dass sich die Mehrheit diesem Risiko zwar bewusst ist, aber die Chancen und Vorteile höher gewichtet. Die Frage ist daher, wie man das Risiko managt. Risiken ändern sich zudem stets. Die gesetzlichen Grundlagen schreiben für die Akteure ein Datensicherheitsmanagement vor.



Adrian Schmid ist seit 2008 Leiter von eHealth Susse, der Kompetenz- und Koordinationsstelle von Bund und Kantonen für die digitale Vernetzung in der Schweiz.

«ES IST CHANCE UND VERANTWORTUNG!»

e-Mental-Health boomt – vor allem im Suchtbereich. Michael P. Schaub zufolge können damit Betroffene erreicht werden, die sonst nicht in Therapie kommen.

Ihre Forschung setzt auf digitale Interventionen. Warum? Ganz einfach: Wir können damit mehr Patienten erreichen. In Deutschland liegt der Median der Behandlungsverzögerung – also die Zeit, die vergeht, bis ein Betroffener fachliche Hilfe in Anspruch nimmt – bei Alkoholsucht fast bei zehn Jahren. Um das zu beeinflussen, braucht es neue Angebote. Online-Methoden werden sich daher wie die Pharmakotherapie oder Psychotherapie als weitere Therapiemöglichkeit etablieren. Wir sehen bereits heute, dass bei bestimmten Diagnosen die Onlinebehandlung besser wirkt, als gängige Face-to-Face-Therapien.

Nutzen Suchtkranke digitale Interventionen anders? In der Schweiz haben wir die ersten Erfahrungen mit dem Tool «CANreduce» im Bereich Cannabis gemacht. Wir stellten dabei fest, dass eher ältere Personen im Programm teilnahmen, die besser integriert sind, aber die viel mehr Cannabis konsumieren als die Personen die in die ambulante Drogenberatung kommen. Wir können also Betroffenen, die nicht in ein Face-to-Face-Setting kommen wollen, ein anderes Angebot machen.

Fachpersonen sind skeptisch – ist es ein Generationenthema? Die Digitalisierung hat inzwischen in allen Bereichen unseres Lebens Einzug gehalten. Im Suchtbereich ist diese Entwicklung gefragt. Wir haben deshalb auch das Schweizer Suchthilfeportal SafeZone unterstützt. Dieses vernetzt Suchtberatungsstellen und bietet verschiedene online-Beratungsangebote und Selbsttests an.

Ein Angstthema ist der Datenschutz. Wie gehen Sie damit um? Alle unsere Tools sind CE-zertifiziert, gelten als «Medical Device» klassifiziert und folgen der europäischen Datenschutzverordnung. Uns liegt das Qualitätslabel sehr am Herzen. Viele Apps haben das nicht. Von den 67 Interventions-Apps, die wir kürzlich in gängigen App-Stores fanden, war keines auf Wirksamkeit überprüft, geschweige denn CE-zertifiziert.

Was empfehlen Sie Psychiatern, wenn sie mit einem solchen Tool arbeiten wollen? Hier sehen wir Handlungsbedarf und haben deshalb zusammen mit Prof. Berger aus Bern einen Projektförderantrag gestellt, um eine Art «Online-Selbsthilfeklinik» bei psychischen Problemen und Sucht einzurichten. Patienten können über diese Plattform ein Onlineangebot wählen und ihren behandelnden Psychiater darin freischalten. Damit wollen wir ein Qualitätsmanagement für Onlineinterventionen etablieren.



Prof. Dr. Michael P. Schaub leitet das Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF). Seine Schwerpunkte liegen in der Interventions-, Begleit- und Evaluationsforschung im Bereich Sucht.

«VIRTUAL REALITY» FÜR EXPOSITIONSTHERAPIEN»

Die App-basierte virtuelle Realität kann Personen erreichen, die ohne diese Methode keine Behandlung starten würden. Dazu scheint die Hemmschwelle für eine Exposition geringer.

Frau Bentz, Sie haben mit virtueller Realität gearbeitet. Was haben Sie gemacht? Ich habe in Basel Forschungsprojekte zur Behandlung von Phobien betreut sowie Patienten mit spezifischen Phobien in virtueller Realität behandelt. Seit Ende 2018 entwickle ich dort gemeinsam mit Professor de Quervain Smartphone-Apps zur Behandlung von spezifischen Phobien, derzeit für die Exposition bei Höhenangst.

Wo setzen Sie die Technik ein? Es gibt insbesondere für die Behandlung von Spinnen-, Höhen-, und Flugphobie gute Wirksamkeitsnachweise. Diese Behandlung wird gemäss der S3-Leitlinien empfohlen, wenn keine Exposition in vivo möglich ist. Auch bei PTSD, Essstörungen oder Suchterkrankungen wird «Virtual Reality» inzwischen zur Reizkonfrontation eingesetzt.

Ist diese Technik für alle Patienten geeignet? Virtuelle Realität ist gut einsetzbar. Bei ca. 10% der Patienten können jedoch Nebenwirkungen auftreten, die «Simulation Sickness» mit Schwindel und Übelkeit. Hier ist abzuwägen, ob der Behandlungsnutzen die Nebenwirkungen überwiegt. Für Personen mit Migräne, Anfalls-erkrankungen sowie eingeschränkter dreidimensionaler Sicht ist das Verfahren nicht geeignet.

Welchen Nutzen bringen diese Methoden? Die Akzeptanz von Expositionen in «Virtual Reality» scheint bei Betroffenen höher zu sein. Für Kliniken, niedergelassene Psychiater und Psychotherapeuten ergibt sich der Vorteil, dass der Planungsaufwand für Expositionssitzungen im virtuellen Raum gesenkt werden kann. Mögliche Haftungsfragen bei «Real-life»-Therapien übrigen sich ebenfalls.

Wo sehen Sie Entwicklungspotential für die Zukunft? Das grösste Entwicklungspotential sehe ich darin, dass diese Behandlungen ausserhalb des Forschungskontexts derzeit noch kaum angeboten werden. Die Benutzerfreundlichkeit und Qualität der «Virtual Reality»-Technik haben sich in den letzten Jahren rasant entwickelt, gleichzeitig sind die Kosten gesunken. «Virtual Reality» heute auf dem Smartphone kombiniert mit preisgünstigen Headsets erleben zu können, bietet somit ein grosses Potential zur Ergänzung traditioneller Behandlungen in Form von «blended treatments».



Dr. phil. Dorothée Bentz ist Psychologin, eidg. anerkannt. Psychotherapeutin sowie Postdoktorandin an der Transfakultären Forschungsplattform für Molekulare und Kognitive Neurowissenschaften.

TRANSLATIONAL NEUROMODELING

Die Psychiaterin Helene Haker Rössler will mittels Neuromodeling mehr über die kognitive Informationsverarbeitung bei Autismus-Spektrum-Störungen herausfinden.

Welchen Nutzen bietet das Neuromodeling? In der Psychiatrie basieren Diagnose und Therapie bisher auf Äusserungen der Betroffenen sowie auf Verhaltensbeobachtungen. Daraus schliessen wir auf die wahrscheinlichsten kognitiven, emotionalen und biologischen Pathomechanismen, die einer Störung zugrunde liegen. Aktuell tun wir das nach nosologischen Konventionen und professioneller Intuition. Neuromodeling versucht, die individuellen Pathomechanismen zu präzisieren und quantitativ fassbar zu machen. Es bedient sich dazu objektiver Daten wie z. B. Imagingdaten oder «behavioraler» Daten aus strukturierten Lernaufgaben.

...indem Sie also was machen? Mit mathematischen Modellen versucht die interdisziplinäre Forschergruppe der Translational Neuromodeling Unit (TNU) von UZH und ETH Zürich, individuelle Eigenschaften der Gehirnmaktivität zu berechnen. Aktuelle Studien untersuchen so Schizophrenie, Depression, Glücksspielsucht, Multiple Sklerose und Autismus. Diese Einblicke in individuelle Pathomechanismen sollen helfen, sowohl die Diagnostik als auch die Therapieplanung gezielter zu gestalten, um den heute üblichen langwierigen Prozess, z.B. das hilfreiche Medikament zu finden, abzukürzen. Langfristig ist also das Ziel, mittels solcher Modelle quantitative Diagnoseverfahren zu etablieren und zielgerichteter Therapien zu ermöglichen.

Die Methode entwickelt sich rasant, wohin geht also die Reise? Die letzten Jahre standen im Zeichen der Methodenentwicklung und Studienplanung. Seit zirka drei Jahren laufen Patientenstudien. Der mathematisch-technische Kontext mag uns Psychiater einschüchtern und die Besorgnis schüren, als menschliches Gegenüber überflüssig gemacht zu werden. Die neuen Methoden sollen uns Psychiatern eine zusätzliche Informationsquelle für unsere klinische Arbeit sein, ähnlich einer Laboruntersuchung dem Internisten.

Was liegt Ihnen im Kontext der digitalen Methodenentwicklung besonders am Herzen? Es braucht Offenheit und behutsame Anleitung, sich ohne Angst diesem neuen Thema zu nähern. Das Neuromodeling ist die psychiatrische Forschungsrichtung, von der ich mir in absehbarer Zukunft die konkretesten, klinisch umsetzbaren Neuerungen erhoffe.



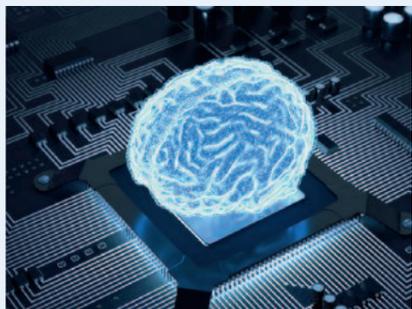
PD Dr. med. Helene Haker Rössler ist Expertin für Autismus-Spektrum-Störungen bei Erwachsenen und ehemalige Leiterin der Forschungsambulanz der Translational Neuromodeling Unit (TNU) der Universität Zürich und ETH Zürich.



NATIONALE eHEALTH-STRATEGIE – WO STEHT DER POLITISCHE PROZESS?

Die «Strategie eHealth Schweiz 2.0» löst diejenige von 2007 ab und soll die Verbreitung des elektronischen Patientendossiers (EPD) bis 2020 begleiten sowie zur Koordination der Digitalisierung beitragen.

National ist der politische Prozess zur Nationalen eHealth-Strategie fast abgeschlossen. Hängig sind wenige parlamentarischen Vorstösse zur Digitalisierung im Gesundheitswesen, die allerdings auf diese keinen unmittelbaren Einfluss haben werden.



Aufgaben der Kantone

Aus dem Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) und dem Ausführungsrecht resultieren direkt keine verpflichtenden Aufgaben für die Kantone. Diese haben allerdings erkannt, dass es sie als wichtige Umsetzungskatalysatoren braucht. So sind die meisten daran, ihre Rechtsgrundlagen anzupassen oder den Aufbau und Betrieb einer eHealth-Stamm-

gemeinschaft voranzutreiben und teils mit Kantonsgeldern zu finanzieren. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) unterstützt und koordiniert die Kantone

Und die internationale Anbindung?

Zur internationalen Koordination im Austausch medizinischer Daten verfolgt eHealth Schweiz die Aktivitäten auf europäischer Ebene und pflegt die Zusammenarbeit in diversen Projekten. Im Herbst 2018 hat die EU-Kommission das Engagement der Schweiz aufgekündigt, weil die Schweiz die Richtlinie zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung nicht übernommen hat, wonach EU-Patienten das Recht zusteht, sich überall in der EU von einer Gesundheitsfachperson behandeln und die Kosten erstatten zu lassen. Der Bund und eHealth Suisse prüfen jetzt das weitere Vorgehen.

Christoph Gitz

Das Bundesgesetz vom 15. April 2017 über das elektronische Patientendossier (EPDG) und das dazugehörige Ausführungsrecht verlangen, dass Gesundheitsfachpersonen in Spitälern bis 2020 und in Pflegeheimen und Geburtshäusern bis 2022 technisch in der Lage sind, alle behandlungsrelevanten Daten in einem elektronischen Patientendossier (EPD) abzulegen. Alle übrigen Gesundheitsfachpersonen – so auch Psychiaterinnen und Psychiater – wie auch die Patienten können sich freiwillig am EPD beteiligen. Informationen unter <https://www.e-health-suisse.ch>

DIE DIGITALEN PSYCHIATER 2030

Dass unsere Welt sich gegenwärtig rasant verändert, weiss inzwischen jeder. Doch wie reagieren wir darauf? Der deutsche Philosoph Richard David Precht antwortet in seinem Vorwort zum Buch «Jäger, Hirten, Kritiker» wie folgt darauf: Die einen feiern die digitale Zukunft mit erschreckender Naivität. Andere warnen vor der Diktatur der Digitalkonzerne und Datenlecks. Wieder andere möchten am liebsten die Decke über den Kopf ziehen. Die Politik scheint den Umbruch nicht ernst zu nehmen. In seinem Buch skizziert Richard David Precht dagegen das Bild einer wünschenswerten Zukunft im digitalen Zeitalter. Die permanente Effizienzsteigerung ist laut Precht ein Merkmal der Moderne, das die Digitalisierung nun auf die Spitze treibt, mit Folgen für den Menschen. Für Precht ergibt sich die Chance, in Zukunft erfüllter und selbstbestimmter zu leben. Dafür müssen wir jetzt die Weichen stellen und unser Gesellschaftssystem verändern, sagt er.

Sein Szenario beinhaltet im Kontext des Schwerpunktthemas dieser Newsletterausgabe wichtige Anregungen. So werden Precht zufolge Berufe, die Empathie benötigen, zunehmend wichtiger. Es wird nötig, Menschen zu begleiten, wenn sie ihre herkömmliche Arbeit verlieren. Auch muss der Wertewandel begleitet werden. Identität wird sich künftig nicht mehr hauptsächlich aus Erwerbsarbeit definieren. Selbstorganisation, Selbstverant-

wortung und Selbstermächtigung werden neue Kernkompetenzen sein. Die Gesellschaft der Zukunft braucht Entschleunigung sowie eine Kultur der Achtsamkeit, die den Wert der Beziehungen wahrnimmt. Fragen der Moral und Urteilsbildung wie auch Reflexion gewinnen zunehmend an Bedeutung. Wo typisch Menschliches oder psychologisch Bedeutsames durch Technik ersetzt wird, drohen unübersehbare Folgen. Der Umgang mit «Mixed Reality» muss erlernt und begleitet werden. Durch egozentrisches Selbstmonitoring kann der innere Kompass verloren gehen. Wenn alles durch Apps erlebbar wird, tendiert darüber hinaus das emotionale, kreative und moralische Grundgerüst gegen Null. Die Utopie der Menschlichkeit im digitalen Zeitalter wird schliesslich sein, sich Autonomie zu bewahren. Mit der psychiatrischen Brille gelesen, sind es genau diese Szenarien, die die Kernkompetenzen der Psychiaterinnen und Psychiater darstellen. In diesem Sinne ist es auch ein ermutigendes Buch, unser Selbstverständnis neu zu definieren und uns zukunftsorientiert zu positionieren.

Sibille Kühnel

Buch: Richard David Precht: Jäger, Hirten, Kritiker. Eine Utopie für die digitale Gesellschaft. Goldmann-Verlag, München 2018. 288 S., Fr. 29.90.

ENSA – «ERSTE HILFE»-KURSE FÜR DIE PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Gut informierte Laien erkennen, wann jemand in einer psychischen Krise Hilfe braucht. Sie wissen, wie man auf diese Personen zugehen kann und können eine Art erste Hilfe leisten.

Immer wieder höre ich von Patientinnen und Patienten, es sei ein langer Weg gewesen, bis sie schliesslich in meine Praxis gefunden hätten. Manchmal half ein Hausarzt, der die Warnsignale sieht und nachfragt. Oft aber bleiben die Patienten lange alleine mit ihrem Leiden. Manche spüren, dass ihr Umfeld sehr wohl wahrnimmt, dass es ihnen nicht gut geht, sie aber nicht anspricht, oder dass, falls doch einmal nachgefragt wird, die Person hilflos und überfordert reagiert.

Hier will die Stiftung Pro Mente Sana Abhilfe schaffen. Das Programm «ensa – erste Hilfe für psychische Gesundheit» ist die Schweizer Version des australischen Programms «Mental Health First

Aid». Dieses wurde von Betty Kitchener, selbst eine Depressions-Betroffene, und Professor Tony Jorm vor rund 20 Jahren in Australien lanciert, in Zusammenarbeit mit der University of Melbourne und von Anfang an wissenschaftlich begleitet. Best-practise-Richtlinien über den Umgang mit verschiedenen psychischen Krisen und Erkrankungen in verschiedenen Kontexten dienten als Basis für die Entwicklung von Schulungen. Die wissenschaftliche Evaluation belegte, dass die Kurse das Wissen der Teilnehmenden über psychische Probleme und Krisen verbesserten. Mittlerweile haben 22 Länder das Programm übernommen.

Im Jahr 2019 haben die Stiftung Pro Mente Sana gemeinsam mit der Beisheim Stiftung das Programm in der Schweiz lanciert. Bereits sind die ersten Instrukturen ausgebildet und die Kurse laufen in der Deutschschweiz an. ensa-Kurse auf Französisch und Englisch sollen ab Herbst 2019 angeboten werden, auf Italienisch ab 2020. Eine auf der Website www.ensa.swiss aufgeschaltete Puls-Sendung gibt einen guten Einblick in den ersten ensa-Kurs.

Christine Romann



Literaturhinweis von Armin von Gunten: Computergestützte Psychiatrie

Die moderne Psychiatrie versucht, Menschen mit komplexen Störungen des Verhaltens und des Gehirns in ihrem Zusammenspiel mit dem Umfeld zu behandeln. Diese Komplexität ist eine Herausforderung für die psychiatrische Forschung. Neue Werkzeuge, die die neuronalen Grundlagen des Verhaltens erforschen, haben die Entdeckung in den Neurowissenschaften beschleunigt, doch die Entwicklung verbesserter psychiatrischer Behandlungen hat nicht Schritt gehalten. Die zunehmende Digitalisierung bietet nun neue Lösungsansätze. In ihrem Lehrbuch aus dem Jahr 2016 skizzieren Redish und Gordon eine Reihe von Herausforderungen für die Psychiatrie und entwickeln einen computergestützten Ansatz für die Zukunft. Computergestützte Ansätze könnten helfen, Verbindungen zwischen «Genetik und deren Einfluss auf das Schicksal», «Neuronaler Beeinflussung des Verhaltens» und letztlich «Personalisierter Medizin» herzustellen. Die Verfasser wissen, dass die computergestützte Psychiatrie nicht die Lösung aller Probleme darstellt, sie wollen mit ihrer Publikation aber die Frage sorgfältig prüfen, wie man computergestützte Ansätze zur Bewältigung der Herausforderungen der Psychiatrie optimal einsetzen kann.

Computergestützte Psychiatrie, Herausgegeben von A. David Redish und Joshua A. Gordon, 2016 Massachusetts Institute of Technology und das Frankfurter Institut für Höhere Studien

Literaturhinweis von Alain Di Gallo: Jünger zur Schule, häufiger zur ADHS-Diagnose

Eine in den USA durchgeführte Studie zeigte, dass in Staaten, in denen ein 1. September-Cutoff über den Schuleintritt entscheidet, ADHS-Diagnosen bei im August geborenen Kindern häufiger gestellt werden als bei im September geborenen. 36'000 im August geborene Kinder wurden mit 35'000 im September geborenen verglichen. Bei ersteren wurde im Alter von sieben Jahren die Diagnose einer ADHS in 85 von 10'000 Kindern gestellt, bei Letzteren in 64 von 10'000. Der Unterschied war allerdings nur bei den Knaben signifikant. Im Alter von vier Jahren hatten noch keine Unterschiede bestanden. Ein 5-jähriges Kind hat 17% weniger Lebens- und Entwicklungszeit hinter sich als ein 6-jähriges. Also überrascht es nicht, wenn es ihm in der ersten Zeit noch schwerer fällt, im Unterricht still zu sitzen, bei einer Aufgabe zu verweilen oder eine Enttäuschung ohne Gefühlsausbruch zu ertragen. Im gleichen Grundschulumfang benötigen jüngere Kinder im Durchschnitt mehr Unterstützung als ältere Kinder. Dass diese Tatsache bei den Knaben zu möglicherweise falsch positiven ADHS-Diagnosen und häufigeren Behandlungen mit Stimulantien führt, gibt zu denken und mahnt uns zur Sorgfalt in der Beurteilung von Verhaltensauffälligkeiten. Wir dürfen deshalb aber nicht das Kind mit dem Bade ausschütten und die Krankheit an sich in Frage stellen.

Layton TJ, Barnett ML, Hicks TR, Jena AB (2018). Attention deficit-hyperactivity disorder and month of school enrollment. *New England Journal of Medicine*; 379: 2122-30. DOI: 10.1056/NEJMoA1806828.

IMPRESSUM

Redaktion

Sibille Kühnel, Ressort Kommunikation FMPP, Vorstandsmitglied SGKJPP
Kaspar Aebi, Ressort Kommunikation FMPP, Vorstandsmitglied SGPP
Martin Pfeffer, Mitglied SGPP/SGKJPP
Michael Kammer-Spohn, Mitglied SGPP
Daniele Zullino, Mitglied SGPP
Christoph Gitz, Geschäftsführer FMPP
Jaqueline Haymoz, Leitung Sekretariat FMPP
Petra Seeburger, Kommunikationsverantwortliche FMPP (Leitung)

FMPP

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

Auflage: 3000
Erscheinungsdatum: 06.2019
Layout: schroederpartners.com
Druck: Neidhart + Schön AG, Zürich

psyCHiatrie im Dialog
Schreiben Sie uns Ihre Meinung,
wir freuen uns darauf!
fmpp@psychiatrie.ch