



## Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

**Pressekonferenz anlässlich des  
Deutschen Kongresses für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**  
**Termin:** Mittwoch, 22. Juni 2022, 14.30 bis 15.45 Uhr, hybrid

Vor Ort: Urania Berlin e.V., Saal Kleist, 1. OG, An der Urania 17, 10787 Berlin

Online (Teilnahmelink): <https://attendee.gotowebinar.com/register/7569015378976718094>

**Kongressmotto: „Psychosomatische Medizin: integrativ denken, kooperativ handeln“**

### Themen und Referierende:

#### **Highlights des Deutschen Kongresses für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

Professor Dr. med. Dipl.-Psych. Franziska Geiser, Kongresspräsidentin; Direktorin der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Bonn

#### **Integrativ denken, kooperativ handeln: Welche Patient\*innen benötigen**

#### **Behandlungsassistent\*innen – und wie effektiv ist das Konzept der „collaborative care“?**

Professor Dr. med. Christian Albus, Kongresspräsident; Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Köln

#### **Aktuelle Forschungsergebnisse zu den psychosomatischen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie: Mehr Isolation, mehr Einsamkeit, mehr Krankheit?**

Professor Dr. med. Hans-Christoph Friederich, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM); Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg, Leiter des Heidelberger Instituts für Psychotherapie

#### **Aktuelle Forschungsergebnisse zu den psychosomatischen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie: Zunahme psychischer Störungen am Beispiel der Essstörungen**

Professor Dr. med. Stephan Herpertz, Präsident des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM); Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LWL-Universitätsklinikum, Ruhr-Universität Bochum

#### **Klima-Angst und Klima-Stress: Hält der Klimawandel Einzug ins Behandlungszimmer?**

Professor (apl.) Dr. med. Christoph Nikendei, MME, Leiter Sektion Psychotraumatologie, Leitender Oberarzt der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg

#### **Krieg in Europa: Unter welchen psychosozialen Folgen leiden Flüchtlinge aus der Ukraine?**

Professor Dr. med. Kerstin Weidner, Direktorin der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Dresden

*Moderation:* Kerstin Ullrich, Pressestelle

#### Ihr Kontakt für Rückfragen:

Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Pressestelle  
Kerstin Ullrich  
Postfach 30 11 20, 70451 Stuttgart  
Telefon: 0711 8931-641; Fax: 0711 8931-167  
[ullrich@medizin kommunikation.org](mailto:ullrich@medizin kommunikation.org)  
[www.deutscher-psychosomatik-kongress.de](http://www.deutscher-psychosomatik-kongress.de)



## **PRESSEMITTEILUNG**

### Krieg, Flucht und Auswirkungen auf die Psyche

#### **Was aus der Ukraine Geflüchtete brauchen – was Aufnehmende wissen müssen**

**Berlin, 22. Juni 2022 – Mehr als fünf Millionen Menschen haben seit Beginn der russischen Invasion die Ukraine verlassen, es ist die größte Fluchtbewegung in Europa seit dem zweiten Weltkrieg. Im Hauptaufnahmeland Polen, aber auch in Deutschland, treffen die geflüchteten Menschen auf große, oft auch private Hilfsbereitschaft. Dennoch ist die Fluchtsituation mit großen psychischen und psychosozialen Belastungen verbunden. Welche Folgen das für die Betroffenen haben kann, welche Hilfsangebote jetzt nötig sind und was Helfer\*innen beachten sollten erläutert eine Expertin auf der heutigen Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Kongresses für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.**

Die Menschen aus der Ukraine, die in den letzten Wochen und Monaten hier ankamen – in der großen Mehrheit Frauen und Kinder – haben zum Teil äußerst bedrohliche Situationen erlebt. „Hier gibt es sicherlich Unterschiede zwischen Menschen, die bereits unmittelbar nach Kriegsbeginn geflohen sind und denen, die sich erst später zur Flucht entschlossen haben“, sagt Professorin Dr. med. Kerstin Weidner, Direktorin der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Dresden. Während erstere häufig noch in privaten Haushalten untergekommen wären, erlebten letztere nicht nur mehr Kriegsgeschehen und militärische Angriffe, sondern seien am Zielort zudem oft in Masseneinrichtungen wie Messe- und Turnhallen untergebracht.

Gemeinsam haben alle Flüchtenden jedoch, dass sie aus ihrer sozialen Umgebung gerissen wurden, ihr Hab und Gut, ihre Wohnung, oft auch Familienangehörige zurücklassen mussten. „Die Menschen sind erschöpft, orientierungslos, ihre Widerstandskraft ist erst einmal verbraucht“, sagt Weidner. Gleichzeitig müssten sie jedoch eine enorme Anpassungsleistung erbringen, sich schlagartig auf eine neue Wirklichkeit mit anderen Lebensbedingungen, anderer Kultur und Sprache einstellen. „Das kann zu Krisen, Verlorenheitsgefühl und (Zukunfts-) Ängsten führen – eine Situation, in der sich psychische und psychosomatische Störungen verstärken oder auch neu entstehen können“, so Weidner.



## Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Wie hoch der Bedarf an psychosozialer oder psychotherapeutischer Hilfe tatsächlich ist, ist nur schwer abzuschätzen. „Schätzungen gehen von einem Versorgungsbedarf von 30 Prozent aus“, sagt die Expertin. Es fehle jedoch ein bundesweites Konzept zur Identifizierung und Versorgung besonders gefährdeter oder traumatisierter Geflüchteter, auch seien vorhandene Strukturen überlastet. Wichtig sei daher, Ersthelfer\*innen dabei zu unterstützen, einen dringenden psychosozialen Versorgungsbedarf zu erkennen und die Betroffenen an geeignete Stellen weiter zu verweisen – etwa an Psychosoziale Zentren, Traumaambulanzen, Ambulanzen in psychosomatischen oder psychiatrischen Kliniken oder internationale Praxen. Auch müsse es niedrigschwellige Beratungs- und Gesprächsangebote in Erstaufnahmeeinrichtungen geben. „Bei alledem darf es aber nicht zu einer Pathologisierung kommen“, betont Weidner – schließlich entwickelten nicht alle Geflüchteten eine Traumafolge- oder andere psychische Störung.

Auch bei der Aufnahme in Privathaushalten werden Geflüchtete wie Aufnehmende vor besondere Herausforderungen gestellt. „Beim Leben in einem gemeinsamen Haushalt zeigen sich rasch mögliche kulturelle Unterschiede in Bezug auf Kindererziehung, Ernährung, Umgang mit Strom, Wasser oder Nahrungsmitteln“, sagt Weidner. Aufgrund von sprachlichen Barrieren lasse sich vieles nicht unmittelbar klären oder erklären. Für die Aufnehmenden sei es wichtig, einerseits Toleranz zu zeigen, andererseits aber auch Grenzen für sich selbst zu setzen. Auch bei der Unterstützung gelte es, das richtige Maß zu finden: Hilfe sollte zwar angeboten werden, so Weidner, den Geflüchteten müsse die Entscheidung, was sie davon annehmen möchten, jedoch selbst überlassen werden. Nur dann könnten sie eigene Ressourcen aktivieren und das für die psychische Gesundheit so wichtige Gefühl der Selbstwirksamkeit und Selbstständigkeit entwickeln.

Die Themen Krieg und Flucht nehmen seit einigen Jahren einen größeren Raum in unserer Gesellschaft ein. „Es ist wichtig, die Versorgungsstrukturen einschließlich Dolmetscherdiensten darauf nachhaltig anzupassen. Geflüchtete, Aufnehmende, Helfer\*innen, aber auch älteren Menschen, die aufgrund eigener Kriegserlebnisse Retraumatisierungen erleiden, brauchen niederschwellige Angebote“, sagt Professorin Weidner. Möglichkeiten der Unterstützung für Geflüchtete sowie Helfer\*innen und Aufnehmende diskutieren Expert\*innen bei der heutigen Hybrid-Presskonferenz anlässlich des Deutschen Kongresses für Psychosomatische Medizin



## **Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

und Psychotherapie am 22. Juni 2022. Der Kongress findet vom 22. bis 24. Juni 2022 in Berlin statt.



## PRESSEMITTEILUNG

Angst, Depressionen, Essstörungen: Psychische Folgen der Pandemie

### **Jüngere waren stärker belastet als Ältere, Frauen mehr als Männer**

**Berlin, 22. Juni 2022 – Die Pandemie hat auf vielen Ebenen – gesundheitlich, wirtschaftlich, politisch, sozial – einen Ausnahmezustand markiert und viele Menschen mit nie dagewesenen Erfahrungen, etwa Lockdowns, konfrontiert. Insofern blieben Folgen für die psychische Gesundheit nicht aus. Welche das konkret sind, wer besonders betroffen war und ist und wie nachhaltig die psychischen und psychosomatischen Auswirkungen der Pandemie auch nach ihrem Ende sein werden – dieses Bild schärft sich erst nach und nach. Aktuell arbeiten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler es auf. Schon jetzt konsistent und in verschiedenen Studien und Erhebungen nachgewiesen, zeigt sich, dass Jugendliche und junge Menschen psychisch stärker belastet waren als ältere und Frauen mehr als Männer – beispielsweise stiegen die Krankenhauseinweisungen wegen Essstörungen in den Corona-Zeiten um 48 Prozent. Die psychosomatischen Auswirkungen der Pandemie sind ein zentrales Thema des diesjährigen Kongresses für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie und der heutigen Kongress-Pressekonferenz.**

„Grundsätzlich rufen belastende Ereignisse wie Angst vor Ansteckung und Tod, finanzielle Sorgen, soziale Isolation und Überforderung, zum Beispiel durch Parallelität von Beruf und Kinderbetreuung während der Schulschließungen, psychische Reaktionen hervor – das ist erstmal normal und kein Zeichen einer psychischen Störung“, sagt Professor Dr. med. Stephan Herpertz, Präsident des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin und Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LWL-Universitätsklinikums Bochum. „So mehren sich aktuell die Hinweise, dass die Dynamik der psychischen Reaktionen unmittelbar dem infektionsepidemiologischen Geschehen zu folgen scheint – also mit abnehmenden Fallzahlen auch die psychischen Belastungen zurückgehen.“

Relativ konsistent zeigt sich über verschiedene Studien und Erhebungen hinweg, dass junge Menschen in der Pandemie psychisch stärker belastet waren als ältere und Frauen mehr als Männer. „So haben sich beispielsweise mehr junge Menschen und mehr Frauen als Männer während der Lockdowns einsam gefühlt“, sagt Professor Dr. med. Hans-Christoph Friederich, Vorsitzender der DGPM und Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg. Allerdings: Einsamkeit sei bereits



## Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

vor der Pandemie ein weit verbreitetes, aber kaum adressiertes Phänomen gewesen, dessen gesundheitliche Folgen noch viel zu wenig bekannt und beachtet seien.

Besonders vulnerabel waren während der Pandemie erwartungsgemäß jene, die schon zuvor mit einer psychischen Erkrankung zu kämpfen hatten: So zeigt eine aktuelle kanadische Übersichtsarbeit mit 53 Studien und insgesamt 36.485 Betroffenen mit Essstörungen einen starken Anstieg von Angstzuständen, Depressionen und Verschlechterungen der Essstörung. Die Krankenhauseinweisungen für alle Essstörungsentitäten stiegen dem Review zufolge gegenüber Vor-Corona-Zeiten im Durchschnitt um 48 Prozent. „Ausschlaggebend war hierbei vor allem die Trias aus Verlust der Tagesstruktur, Rückgang sozialer Beziehungen und der häufig kompensatorisch gesteigerte Konsum von digitalen Medien“, so Herpertz.

Wichtig für die Aufarbeitung und den Umgang mit den psychischen Folgen der Pandemie sei momentan vor allem zu eruieren, welche psychischen Belastungen oder Erkrankungen sich unter welchen Umständen verstetigen, wie man dies verhindern und den Betroffenen am besten helfen könne, so die Experten. „Zudem hat die Pandemie nochmal ein Schlaglicht auf bereits lange bestehende Problematiken geworfen: Die Unterversorgung und die Wartezeiten auf einen Therapieplatz etwa, aber auch kaum beachtete, jedoch sehr relevante gesamtgesellschaftliche Probleme wie Einsamkeit, die auf gesellschaftlicher, kommunaler und individueller Ebene besser adressiert und auch in der Gesundheitsversorgung erfasst werden müssen“, so Friederich. Wie sich Krisen der heutigen Zeit – ob COVID, Krieg oder Klimawandel – auf die Psyche auswirken, wird Thema des Deutschen Kongresses für Psychosomatische Medizin und der heutigen Kongress-Pressekonferenz.



## **PRESSEMITTEILUNG**

### Koronare Herzerkrankung

## **Behandlungsassistent\*innen sollen Depressivität bekämpfen und Lebenserwartung verbessern**

**Berlin, Juni 2022 – An einer Koronaren Herzerkrankung (KHK) leiden in Deutschland etwa sechs Millionen Menschen. Soziale Isolation, chronischer Stress in Beruf und Familie sowie Depressivität verschlechtern den Krankheitsverlauf immens. Um die Behandlung und Lebenserwartung von KHK-Patient\*innen zu verbessern, hat sich der Präsident des Deutschen Kongresses für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie auf der heutigen Pressekonferenz für den Einsatz von Behandlungsassistent\*innen ausgesprochen. Ein solches Versorgungsmodell der „Collaborative Care“ habe sich in den USA bewährt, erklärte Professor Dr. med. Christian Albus. Auch in Deutschland wird die Wirksamkeit der „Collaborative Care“ in Studien untersucht. Der Kongress läuft noch bis zum 24. Juni 2022.**

„Unter sozialer Isolation, chronischem Stress und Depressivität können sich erste Symptome einer KHK früher einstellen als auch Lebensqualität und Lebenserwartung verschlechtern“, sagt Christian Albus, Kongresspräsident und zugleich Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Köln. So belegen Studien, dass vor allem Depressivität bei KHK mit einem fast doppelt so hohen Risiko für das erneute Auftreten eines Herzinfarktes, einen erneuten Herzeingriff oder den Tod des Betroffenen verbunden ist. „Depressionen sind bei Menschen mit KHK sehr häufig – im Vergleich zu gleichaltrigen Gesunden mindestens verdoppelt“, so Albus.

### **Depressivität führt in eine Negativspirale**

Der Zusammenhang zwischen Depressivität und KHK ist komplex. Erwiesen ist, dass die seelische Erkrankung einen negativen Einfluss auf den Verlauf der KHK hat. „Stress und Depressivität stellen eine Barriere gegen sinnvolle Verhaltensumstellungen wie Nichtrauchen, mehr Bewegung und gesunde Ernährung dar“, so der Kongresspräsident. „Zugleich fällt es depressiven KHK-Patient\*innen schwerer, die verordneten Medikamente regelmäßig einzunehmen.“ Darüber hinaus verändern sich das vegetative Nervensystem, die Gerinnung und das Immunsystem auf ungünstige Weise. „Stress und depressive Symptome münden bei einer KHK in eine Negativspirale“, resümiert Albus.



## Deutscher Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

### **Psychosoziale Betreuung scheitert aus Zeitmangel**

Aus diesen Gründen empfehlen nationale und internationale Leitlinien zur Behandlung der KHK, die Krankheitsbewältigung, die Motivation zu Verhaltensänderungen sowie eine routinemäßige Diagnostik psychosozialer Belastung zu fördern. „Leider sieht die medizinische Realität anders aus“, bedauert der Kölner Experte für Psychosomatik und Psychotherapie. „Wir wissen, dass in Klinik und Praxis nur etwa 50 Prozent der depressiven Störungen korrekt diagnostiziert werden und ein Bruchteil angemessen versorgt wird.“ Auch seien Ärzt\*innen und Patient\*innen häufig überfordert, eine geeignete Psychotherapie oder Medikation zu finden. „Zudem haben Ärzt\*innen nur in seltenen Fällen genügend Zeit und ausreichende kommunikative Expertise, um die Krankheitsbewältigung und Motivation zu gesundem Verhalten zu fördern“, fügt Albus hinzu.

### **Behandlungsassistent\*innen sollen gesundheitsförderndes Verhalten unterstützen**

Deshalb fordert der Kölner Experte den Einsatz von Behandlungsassistent\*innen (BA) bei der Behandlung von Herzpatient\*innen auch in Deutschland. „Dafür wären speziell trainierte Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen geeignet“, so Albus. BA sollen regelmäßig Kontakt zu den Patient\*innen halten und gesundheitsförderndes Verhalten unterstützen. „Sie ergänzen die Behandlung durch die Hausärzt\*innen und vermitteln bei Bedarf weitere fachärztliche oder psychotherapeutische Expertise“, erläutert der Experte. Die Wirksamkeit dieses integrierten, kooperativen Versorgungsmodells wird derzeit auch in Deutschland in Studien untersucht, die das Bundesministerium für Bildung Forschung und die Europäischen Union fördern.



## **STATEMENT**

### **Highlights des Deutschen Kongresses für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie**

Professor Dr. med. Dipl.-Psych. Franziska Geiser, Kongresspräsidentin; Direktorin der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Bonn

Das Motto des Kongresses 2022 „Psychosomatische Medizin: integrativ denken, kooperativ handeln“ möchte dazu einladen, vor dem Hintergrund der biopsychosozialen Wurzeln der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie über die institutionellen und politischen Rahmenbedingungen des Handelns in der Medizin nachzudenken. Gleichzeitig wird der wissenschaftliche Austausch zu hochaktuellen Forschungsergebnissen aus der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie dazu beitragen, noch wirksamere Behandlungsformen für Menschen mit psychischen und psychosomatischen Beschwerden zu entwickeln.

Integration und Kooperation sind ein zentrales Kennzeichen der Psychosomatischen Medizin: Körperliche, psychische und soziale Aspekte von Krankheit und Gesundheit ganzheitlich integrativ in den Blick zu nehmen ist ein weithin anerkanntes Ziel, dessen Umsetzung jedoch in einer zunehmend spezialisierten Medizin, welche in rasendem Tempo neue Erkenntnisse und Techniken generiert, oft noch nicht ausreichend gelingt. Moderne Behandlungsformen erfordern darüber hinaus, dass verschiedene Berufsgruppen nicht nebeneinanderher arbeiten, sondern ihre jeweilige Fachkompetenz kooperativ einbringen, um den Erkrankten bestmöglich zu nutzen. Als „Brückenfach“ zwischen Körper und Geist und über alle medizinischen Fachbereiche hinweg sowie als „sprechende Medizin“ spielt die Psychosomatische Medizin dabei seit jeher eine besondere vermittelnde wie integrierende Rolle.

Während des Kongresses erwartet Sie neben dem aktuellen „Stand der Kunst“ in unserem Fach auch ein „Blick über den Tellerrand“ mit einsichtsreichen Hauptvorträgen.

Besondere Highlights sind der Eröffnungs- und der Schlussvortrag: Mit „Russland, die Ukraine und Europa. Nationale Integration und internationale Kooperation“ wird uns Ulrich Schmid, Professor für Kultur und Gesellschaft Russlands und Prorektor der Universität St. Gallen, Schweiz, vom Nationsprojekt der Ukraine, den Auswirkungen des Angriffskrieges und den Möglichkeiten berichten, wie die spontane Solidarität mit der Ukraine in eine nachhaltige Kooperation überführt werden kann. Dass die Fähigkeit zur Kooperation schon in frühester Kindheit angelegt ist, wird Robert Hepach, Associate Professor of Developmental Psychology am Department of Experimental Psychology der Universität Oxford, Großbritannien, ausgehend von seinen Forschungsergebnissen im Vortrag „Emotionale Grundlagen von Kooperation in der frühen Kindheit“ erläutern.

Zahlreiche weitere Hauptvorträge und State-of-the-art-(SOTA)-Symposien werden über spannende neueste Entwicklungen in der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie informieren. Es werden hochaktuelle Ergebnisse zur Pandemieforschung aus großen multizentrischen Studien vorgestellt, zum Beispiel zum Post-COVID-Syndrom oder zu Belastungen und Ressourcen der

Mitarbeitenden im Gesundheitssystem in der Pandemie. Hieraus lassen sich Empfehlungen zu „guter Arbeit“ im Gesundheitssystem ableiten.

Die Diagnose psychischer und psychosomatischer Störungen unterliegt einem steten Wandel. Die Psychosomatische Medizin und Psychotherapie trägt hierzu besonders in Bereich der sogenannten „funktionellen Störungen“ bei (also anhaltenden Störungen von Körperfunktionen wie etwa chronischem Schmerz oder Beschwerden des Verdauungssystems, welche nicht ausschließlich durch eine somatische Diagnose erklärt werden können). Aktuelle Entwicklungen im neuen internationalen Diagnosesystem des „ICD-11“ werden deshalb diskutiert. Gleichzeitig findet in der Medizin ein Umdenken statt, weg von rein defizitorientierten „Störungen“ hin zu ressourcenorientierten Ansätzen, welche untersuchen, wie Krankheiten besser verhindert werden können und wie Menschen bei der Krisenbewältigung unterstützt werden können. Dies wird in den Vorträgen zu Prävention und Resilienz thematisiert.

Ebenfalls am Puls unserer Zeit sind die Vorträge und Arbeitsgruppen zum Klimawandel, der nicht nur ein ökologisches Phänomen ist, sondern auch als psychologisch-psychosomatische Krise verstanden werden muss. Praktizierte Nachhaltigkeit ist zudem ein besonderes Anliegen bei der Durchführung des Kongresses. Weitere inhaltliche Schwerpunkte sind die Fragen nach Nutzen wie auch Gefahren künstlicher Intelligenz in der Psychotherapie und beim Umgang mit neuen Medien („Was machen die Menschen mit den Medien, was machen die Medien mit den Menschen?“). Neue Erkenntnisse werden auch zu den Herausforderungen vorgestellt, die sich sehr aktuell aus psychosozialer und psychosomatischer Perspektive für Geflüchtete und die sie aufnehmende Gesellschaft stellen.

Die State-of-the-art-(SOTA)-Symposien stellen den neuesten Stand der Wissenschaft zu zentralen Themen aus der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie vor, hierzu gehören die Diagnostik und Behandlung von Essstörungen, somatoformen/funktionellen Störungen, depressiven Störungen, Angststörungen, Traumafolgestörungen und sexuellen Funktionsstörungen ebenso wie neue Formen der kollaborativen Behandlung psychischer Belastungen und Störungen bei körperlicher Krankheit zusammen mit anderen medizinischen Fachbereichen wie der Onkologie, Kardiologie oder Transplantationsmedizin.

Der Kongress ist auch ein „Mitmachkongress“: Zahlreiche erfahrene wie auch Nachwuchsforschende stellen ihre aktuellsten Arbeiten mit informativen Vorträgen, spannenden kurzen „Mini Talks“ oder grafisch gestalteten e-Postern zur Diskussion. Abgerundet wird er durch ein vielfältiges und qualifiziertes Weiterbildungsprogramm für die Teilnehmenden zum breiten Themenfeld der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Berlin, Juni 2022

## STATEMENT

### **Integrativ denken, kooperativ handeln: Welche Patient\*innen benötigen Behandlungsassistent\*innen – und wie effektiv ist das Konzept der „Collaborative Care“?**

Professor Dr. med. Christian Albus, Kongresspräsident; Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Köln

**Definitionen:** Behandlungsassistent\*innen (BA) sind nichtärztliche Personen (zum Beispiel speziell trainierte Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen), die in *integrierten, kooperativen Versorgungsmodellen* („*Collaborative Care*“) eingesetzt werden. Der/die BA hält regelmäßig Kontakt zu Patient\*innen mit körperlichen Erkrankungen (zum Beispiel einer koronaren Herzerkrankung, [KHK]) und fördert aktiv deren Krankheitsbewältigung, gesundheitsförderndes Verhalten (zum Beispiel Nichtrauchen) und medikamentöse Adhärenz. Der/die BA kommuniziert zudem regelmäßig mit den Hausarzt\*innen und unterstützt bei Bedarf die Findung weiterer fachärztlicher und/oder psychotherapeutischer Behandlung. Der/die BA wird fachlich engmaschig durch einen Kardiologen und einen Psychosomatiker beraten. CC hat sich in US-amerikanischen Studien bei der Versorgung komplex-erkrankter Menschen (zum Beispiel KHK plus Depression, siehe unten) sehr bewährt, indem sowohl die Lebensqualität als auch der Verlauf der körperlichen Erkrankung stärker verbessert wurde als ohne Collaborative Care.

**Hintergrund:** Nach Jahrzehnten psychosomatischer Forschung ist bekannt, dass bestimmte psychosoziale Faktoren einen negativen Einfluss auf die Entwicklung und den Verlauf von Herzerkrankungen und insbesondere der KHK haben. Dazu zählen vor allem soziale Isolation, chronischer Stress in Beruf und Familie sowie depressive Symptome. Unter der Einwirkung der genannten Faktoren kann sich sowohl die Manifestation erster KHK-Symptome vorverlagern als auch die Lebensqualität und die Prognose bei manifester KHK verschlechtern. Zahlreiche Studien zeigen, dass vor allem Depressivität bei KHK längerfristig mit einem fast doppelt so hohen Risiko für das (Wieder-)Auftreten eines Herzinfarktes, erneuten Herzeingriffen oder Tod des Betroffenen verknüpft ist.

Untersuchungen zeigen, dass Depressivität oder chronische Stressbelastung bei Menschen mit KHK häufig sind. Im Vergleich zu gleich alten Gesunden ist die Rate depressiver Symptome mindestens verdoppelt (krankheitswertige Störungen circa 20 bis 30 Prozent), sodass eine große Zahl an Patient\*innen mit erhöhtem KHK-Risiko resultiert. Ursachen der Stressbelastung/Depressivität können sowohl die KHK an sich als auch die Lebenssituation und/oder deren Wechselwirkung mit der Persönlichkeit des Betroffenen sein.

Die Mechanismen, die Stress/Depressivität mit der KHK verknüpfen, sind komplex und bidirektional. Gut abgesichert ist, dass Stress/Depressivität eine Barriere gegen sinnvolle Verhaltensumstellungen (vor allem Nichtrauchen, mehr Bewegung, gesunde Ernährung) darstellt. Zugleich fällt es vor allem

depressiven KHK-Patient\*innen schwerer, die verordnete Medikation regelmäßig einzunehmen („medikamentöse Non-Adhärenz“). Zusätzlich zeigte sich, dass Stress/Depressivität mit ungünstigen Veränderungen des vegetativen Nervensystems, der Gerinnung und der Immunfunktion verknüpft ist, die das Herzrisiko weiter steigern. Die Entwicklung von Stress/depressiven Symptomen vor oder nach klinischer Manifestation einer KHK kann damit in einem Teufelskreis einmünden.

Vor dem Hintergrund empfehlen nationale und internationale Leitlinien zur Behandlung der KHK eine intensive Förderung der Krankheitsbewältigung inklusive Motivation zu Verhaltensänderungen sowie eine routinemäßige Diagnostik und Therapie psychosozialer Belastung (Stress, Depressivität et cetera).

Leider sieht die medizinische Versorgungsrealität anders aus: Eigene Studien zeigen in Übereinstimmung mit anderen, dass in Klinik und Praxis zum Beispiel nur circa 50 Prozent der depressiven Störungen korrekt diagnostiziert und nur ein Bruchteil angemessen versorgt wird. Als Hintergrund konnten weitergehende Studien zeigen, dass sowohl Ärzt\*innen als auch Patient\*innen mit der korrekten Identifizierung psychischer Störungen und Findung einer angemessenen Psychotherapie und/oder Auswahl geeigneter Medikation häufig überfordert sind. Ärzt\*innen haben zudem nur in seltenen Fällen genug Zeit und eine ausreichende kommunikative Expertise, um die Krankheitsbewältigung und Motivation zu gesundem Verhalten gezielt zu fördern.

**Schlussfolgerung:** Vor dem Hintergrund könnte auch in Deutschland die Einführung einer **integrierten und kooperativen Versorgung** unter Einbezug von **Behandlungsassistent\*innen** die Behandlung von Herzpatient\*innen nachhaltig verbessern. Aktuell wird die Wirksamkeit von „**Collaborative Care**“ in zwei BMBF- beziehungsweise EU-geförderten Studien untersucht. Bei Bedarf werden gerne weitergehende Informationen zur Verfügung gestellt.

#### **Literatur:**

Albus C, Waller C, Fritzsche K et al. Bedeutung von psychosozialen Faktoren in der Kardiologie – Update 2018. Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie. Kardiologie 2018;12:312-331. <https://doi.org/10.1007/s12181-018-0271-4>.

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Chronische KHK – Langfassung, 5. Auflage, 2019. [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-0041\\_S3\\_KHK\\_2019-04.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-0041_S3_KHK_2019-04.pdf).

Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur J Prev Cardiol 2022;29:5-115. doi: 10.1093/eurjpc/zwab154.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Berlin, Juni 2022

## **STATEMENT**

### **Aktuelle Forschungsergebnisse zu den psychosomatischen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie: Mehr Isolation, mehr Einsamkeit, mehr Krankheit?**

Professor Dr. med. Hans-Christoph Friederich, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM); Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg, Leiter des Heidelberger Instituts für Psychotherapie

Die Corona-Pandemie hat sehr eindrücklich gezeigt, welche Folgen Isolation und Quarantäne auf unsere seelische und körperliche Gesundheit haben. Isolation und Quarantäne stellen einen Risikofaktor für Einsamkeit und soziale Verarmung dar. Dennoch sind Isolation und Einsamkeit nicht gleichzusetzen, da Menschen sich trotz Isolation sozial verbunden fühlen können beziehungsweise trotz sozialer Kontakte in einer Gruppe einsam sein können.

Einsamkeit ist definiert als die wahrgenommene Diskrepanz zwischen den gewünschten und den tatsächlich wahrgenommenen Beziehungen (Perlman and Peplau 1981). Einsamkeit ist eine unangenehme und schmerzhaft Erfahrung. Neurowissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass Einsamkeit als sozialer Schmerz in den gleichen Hirnarealen verarbeitet und bewertet wird wie körperliche Schmerzen (Eisenberger 2012).

Warum ist Einsamkeit für uns Menschen so belastend? Der Wunsch nach Beziehung und Bindung stellt ein primäres Bedürfnis des Menschen dar. Wir verbringen durchschnittlich 80 Prozent unserer Wachzeit mit anderen Menschen. Der Mensch lebt seit tausenden von Jahren in Familien, das heißt, Menschen sind unter den Säugetieren diejenige Art, die ganz besonders auf ein Leben in der Gemeinschaft ausgerichtet sind. Soziale Isolation dagegen führt zu emotionaler Verarmung, da gerade in zwischenmenschlichen Beziehungen die meisten Emotionen entstehen, sowohl die positiven als auch die negativen.

Eine aktuelle Meta-Analyse bestätigt, dass es durch den Ausbruch der COVID-19-Pandemie zu einer Zunahme der Einsamkeit gekommen ist, wobei von einer niedrigen Effektstärke auszugehen ist (Ernst, Niederer et al. 2022). Untersuchungen weisen darauf hin, dass vermehrte Solidarität und eine große Hilfsbereitschaft der Menschen untereinander in der Pandemie die Folgen der Kontaktbeschränkung abgemildert haben (Luchetti, Lee et al. 2020). Inwieweit es im Verlauf der Pandemie zu einer weiteren Zunahme der Einsamkeit in der Bevölkerung gekommen ist, wird in der Literatur kontrovers diskutiert (Benke, Autenrieth et al. 2022). Ein sehr konsistenter Befund ist, dass jüngere verglichen mit älteren Menschen sowie Frauen verglichen mit Männern stärker unter der Krise leiden und sich während des ersten und des zweiten Lockdowns wesentlich einsamer fühlten. Es liegen bislang noch keine Untersuchungsergebnisse vor, inwieweit es im Zuge der aktuellen Lockerungen der

Kontaktbeschränkungen wieder zu einer Abnahme der Einsamkeit in Deutschland gekommen ist. Zusammenfassend ist nicht davon auszugehen, dass es durch die Pandemie zu einer Epidemie der Einsamkeit in Deutschland gekommen ist. Die Untersuchungen zeigen jedoch, dass für Menschen mit einem erhöhten Risiko für Einsamkeit frühzeitig gezielte präventive Maßnahmen notwendig sind.

Die Grenzen von Einsamkeit, sozialer Verarmung und psychischen Erkrankungen sind fließend. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass psychische Krankheiten und Einsamkeit oft ein Teufelskreis der gegenseitigen Verstärkung bilden: Einerseits können Einsamkeitserlebnisse eine psychische Erkrankung hervorrufen oder zumindest deutlich verstärken und andererseits bewirkt eine psychische Erkrankung einen sozialen Rückzug sowie Gefühle der Einsamkeit.

Welchen Einfluss eine zeitlich befristete Isolation auf die körperliche Gesundheit hat, ist nicht bekannt. Der nachteilige Einfluss von chronischer Einsamkeit auf die körperliche Gesundheit wurde in den letzten Jahren intensiv untersucht.

Einsamkeit gilt als eine *unerkannte Erkrankung*, die mit einem Verlust an Lebensjahren einhergeht. Einsame Menschen sterben früher als nicht einsame Menschen. Einsamkeit beziehungsweise soziale Isolation erhöhen die Gesamtmortalität um 29 bis 32 Prozent (Holt-Lunstad, Smith et al. 2015). Einsamkeit ist assoziiert mit einem gehäuftem Auftreten von kardiovaskulären (einschließlich Schlaganfall), metabolischen und dementiellen Erkrankungen. Umgekehrt konnte die präventive und resiliente Bedeutung sozialer Integration verglichen mit Einsamkeit in einer Meta-Analyse über 148 Studien aufgezeigt werden. Eine gute soziale Integration führt gegenüber sozialer Isolation zu einer 50-prozentigen Reduktion der Mortalität. Unter die klassischen Risikofaktoren auf Verhaltensebene wie Bewegungsmangel, Überernährung und Adipositas, Alkohol, Rauchen etcetera hinaus ist Einsamkeit der gefährlichste und tödlichste Risikofaktor (Holt-Lunstad, Smith et al. 2010).

Sehr eindrücklich lässt sich dies aufzeigen, wenn bei einem älteren Ehepaar einer der beiden Partner verstirbt. Die Wahrscheinlichkeit, dass innerhalb von wenigen Wochen bis sechs Monaten auch der andere Partner verstirbt, ist um den Faktor 1,7 erhöht gegenüber einer gleichaltrigen Person ohne Verlusterlebnis (Stroebe, Schut et al. 2007). Dies wird auch als Verwitwungseffekt bezeichnet und unterstreicht, wie gravierend soziale Verlusterlebnisse auf die körperliche Gesundheit sind.

Einsamkeit ist mit deutlichen gesundheitlichen Risiken assoziiert. Vor dem Beginn der Pandemie haben über alle Altersgruppen hinweg bereits circa 14 Prozent der Bevölkerung unter länger anhaltender Einsamkeit gelitten (Boehlen, Maatouk et al. 2021). Einsamkeit bei älteren Menschen geht unabhängig vom Vorliegen einer psychischen Erkrankung mit einer vermehrten Einnahme von Psychopharmaka

einher (Boehlen, Herzog et al. 2015). Die Pandemie hat insbesondere zu einer Zunahme der Einsamkeit bei jüngeren Frauen geführt. Somit stellt Einsamkeit unabhängig von der aktuellen Pandemie ein relevantes gesamtgesellschaftliches Problem dar, das es auf gesellschaftlicher (zum Beispiel Informationskampagne), kommunaler (zum Beispiel Gemeindezentren) und individueller (zum Beispiel soziales Kompetenztraining) Ebene zu adressieren (Hawkley 2022) gilt. Ferner sollte Einsamkeit routinemäßig in der Gesundheitsversorgung erfasst werden, um frühzeitig präventive Maßnahmen einleiten zu können. Häufig führen ungünstige Muster der Beziehungsgestaltung zu wiederkehrenden und frustrierenden Kontaktabbrüchen und Einsamkeit. Die Betroffenen sind meist blind für diese interaktionellen Muster, sodass es notwendig ist, im Rahmen einer Psychotherapie diese Beziehungsmuster zu identifizieren und zu bearbeiten.

#### **Literatur:**

Benke, C., L. K. Autenrieth, E. Asselmann and C. A. Pane-Farre (2022). "One year after the COVID-19 outbreak in Germany: long-term changes in depression, anxiety, loneliness, distress and life satisfaction." Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.

Boehlen, F., W. Herzog, R. Quinzler, W. E. Haefeli, I. Maatouk, D. Niehoff, K. U. Saum, H. Brenner and B. Wild (2015). "Loneliness in the elderly is associated with the use of psychotropic drugs." Int J Geriatr Psychiatry **30**(9): 957-964.

Boehlen, F. H., I. Maatouk, H. C. Friederich, B. Schoettker, H. Brenner and B. Wild (2021). "Loneliness as a gender-specific predictor of physical and mental health-related quality of life in older adults." Qual Life Res.  
Eisenberger, N. I. (2012). "The pain of social disconnection: examining the shared neural underpinnings of physical and social pain." Nat Rev Neurosci **13**(6): 421-434.

Ernst, M., D. Niederer, A. M. Werner, S. J. Czaja, C. Mikton, A. D. Ong, T. Rosen, E. Braehler and M. E. Beutel (2022). "Loneliness before and during the COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis." Am Psychol.

Hawkley, L. C. (2022). "Loneliness and health." Nat Rev Dis Primers **8**(1): 22.

Holt-Lunstad, J., T. B. Smith, M. Baker, T. Harris and D. Stephenson (2015). "Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review." Perspect Psychol Sci **10**(2): 227-237.

Holt-Lunstad, J., T. B. Smith and J. B. Layton (2010). "Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review." PLoS Med **7**(7): e1000316.

Luchetti, M., J. H. Lee, D. Aschwanden, A. Sesker, J. E. Strickhouser, A. Terracciano and A. R. Sutin (2020). "The trajectory of loneliness in response to COVID-19." Am Psychol **75**(7): 897-908.

Perlman, D. and L. A. Peplau (1981). Toward a Social Psychology of Loneliness. Personal Relationships **3**.  
Relationships in Disorder. R. Gilmour and S. Duck. London, UK, Academic Press: 31-56.

Stroebe, M., H. Schut and W. Stroebe (2007). "Health outcomes of bereavement." Lancet **370**(9603): 1960-1973.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Berlin, Juni 2022

## **STATEMENT**

### **Aktuelle Forschungsergebnisse zu den psychosomatischen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie: Zunahme psychischer Störungen am Beispiel der Essstörungen**

Professor Dr. med. Stephan Herpertz, Präsident des Deutschen Kollegiums für Psychosomatische Medizin (DKPM); Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des LWL-Universitätsklinikums, Ruhr-Universität Bochum

Ausgehend von der Stadt Wuhan in China wurden am 31. Dezember 2019 insgesamt 27 Fälle von Lungenentzündung unbekannter Ätiologie diagnostiziert, der Auftakt zu einer globalen Viruspandemie (SARS-CoV-2).

Ende Mai dieses Jahres wurden insgesamt weltweit 592 Millionen Infektionen registriert, 6,29 Millionen Menschen starben an der Viruserkrankung. In Deutschland erkrankten bisher 26,2 Millionen Menschen, 139.000 Todesfälle sind zu beklagen. Die Zahl der Genesenen beläuft sich auf circa 25.119.500 Menschen (Our World in Data; 28.05.22).

Insgesamt ist bisher von vier Infektionswellen auszugehen, eine fünfte Welle dauert zur Zeit noch an. Insbesondere die zweite Infektionswelle (Oktober 2020 bis Januar 2021) traf ältere Menschen, was eine hohe Letalität zur Folge hatte. Menschen jünger als 65 Jahre waren beziehungsweise sind in der dritten, vierten und fünften Infektionswelle betroffen.

Die Feststellung einer „epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ und nachfolgender Gesetze („Bundesnotbremse“) hatten weitreichende Einschränkungen des öffentlichen Lebens zur Folge. Die COVID-19-Pandemie mit ihren gesellschaftlichen und individuellen Einschränkungen stellt(e) eine erhebliche psychische Belastung dar, wobei neben den Gefühlen der Hilflosigkeit und Einsamkeit als Folge der Isolation auch eine Vielzahl von Ängsten zu beobachten war wie Angst vor Ansteckung, Erkrankung, Tod, aber auch Insolvenz und finanziellem Ruin. Belastende Ereignisse rufen psychische Reaktionen hervor, die zunächst einmal als normal zu werten sind, von daher nicht unbedingt Ausdruck einer länger währenden psychischen Störung sind. Aus den Studien lässt sich aber jetzt schon ablesen, dass insbesondere Jugendliche und jüngere Menschen im Vergleich zu älteren Menschen häufiger und mehr betroffen sind. Auch mehren sich die Hinweise, dass die Dynamik der psychischen Reaktionen unmittelbar dem infektionsepidemiologischen Geschehen zu folgen scheint. Dem Ausbruch der Infektionskrankheit mit den sie begleitenden staatlich verfügten gesellschaftlichen und individuellen Einschränkungen folgt ein Anstieg der psychischen Störungen, umgekehrt zeigt sich mit sinkenden Krankheitsinzidenzen und Rücknahme der Restriktionen das Ausmaß psychischer Störungen rückläufig.



### **Depressive und angstbezogene Symptome**

Die NAKO Gesundheitsstudie (Dragano et al. 2022) mit insgesamt 161.787 Teilnehmenden konnte während des Beobachtungszeitraums von Frühjahr bis Sommer 2020 einen Anstieg des Schweregrads depressiver und angstbezogener Symptome feststellen. Interessanterweise hatten pandemiebedingter Arbeitsplatzverlust, Kurzarbeit ohne Kurzarbeitergeld, Mehrarbeit, Wechsel ins Homeoffice sowie eine Zunahme der Arbeitsplatzunsicherheit und eine Verschlechterung der finanziellen Situation großen Einfluss auf die psychische Gesundheit, was darauf schließen lässt, dass die Ausprägung der psychischen Störung in der Pandemie vornehmlich auf einen Anstieg beruflicher und finanzieller Belastungen zurückzuführen ist. Die Studienergebnisse lassen darauf schließen, dass insbesondere Arbeitslosigkeit, subjektive Arbeitsplatzunsicherheit und finanzielle Belastungen Risikofaktoren für die psychische Gesundheit darstellen. Es ist bekannt, dass längere Arbeitszeiten mit einer Zunahme depressiver Symptome einhergehen. Die NAKO Studie konnte jedoch auch das Gegenteil aufzeigen, dass auch kürzere Arbeitszeiten mit einem Anstieg depressiver Symptome einhergehen. Besteht jedoch die Möglichkeit des Bezugs von Kurzarbeitergeld, so lässt sich diese inverse Beziehung nicht aufzeigen. Eine weitere interessante Beobachtung galt der Homeoffice-Arbeit, die vielleicht entgegen mancher Erwartung mit mehr psychischen Symptomen einherging.

### **Essstörungen und Körpergewicht**

Die Beobachtung, dass jüngere Menschen in der Pandemie psychisch belasteter sind als ältere Menschen, lässt sich zumindest, was Mädchen und junge Frauen anbelangt, eingehender an Betroffenen mit Essstörungen machen, denn die Magersucht (Anorexia nervosa) und Bulimia nervosa (BN) haben ihren Manifestationsgipfel in der Pubertät und Adoleszenz. So zeigte ein kanadisches Review von insgesamt 53 Studien und 36.485 Betroffenen einen starken Anstieg der Zahl der Krankenhauseinweisungen und einen Anstieg von Essstörungen, Angstzuständen, Depressionen. Die Krankenhauseinweisungen stiegen gegenüber Vor-Corona-Zeiten im Durchschnitt um 48 Prozent und bezogen sich auf alle Essstörungsentitäten einschließlich der Binge-Eating-Störung (Devoe et al. 2021). Als Gründe für die Zunahme der Essstörungssymptomatik wurden insbesondere der Verlust von (Tages-)Struktur und Routine, die soziale Isolation, der negative Einfluss der Medien und der erschwerte Zugang zu Versorgungsmöglichkeiten des Gesundheitssystems genannt. Neben der Essstörungssymptomatik wurden aber auch erhebliche Veränderungen des Körpergewichts und eine Zunahme von Angstzuständen und Depressionen während der Pandemie beschrieben, deren Abläufe eine gewisse Synchronizität mit dem pandemischen Infektionsgeschehen aufwiesen.

Nicht selten berichten betroffene junge Frauen über die Trias aus Verlust der Tagesstruktur, Verlust sozialer Beziehungen und häufig kompensatorisch gesteigertem Konsum von digitalen Medien als Ausdruck von Strukturverlust, Einsamkeit und Depression. In diese Richtung verweisen auch die Ergebnisse der jüngst publizierten deutschen Studie zum Internetkonsum von Studierenden vor und

während der Pandemie, die einen signifikanten Anstieg der Prävalenz der Mediensucht von 3,0 Prozent (2019) auf 7,8 Prozent (2020) zeigte. Während der COVID-19-Pandemie trat die Symptomatik also deutlich häufiger auf als noch ein Jahr zuvor. Während 2019 vorwiegend Männer mit einer Internetsucht in Verbindung gebracht wurden, ließ sich 2020 kein Geschlechtsunterschied mehr feststellen (Werner et al. 2021).

Der Zusammenhang von psychischen Störungen als Folge der COVID-19-Pandemie und der damit einhergehenden psychischen und psychosozialen Belastungen insbesondere junger Menschen soll an dem Beispiel einer jungen Frau mit BN paradigmatisch dargestellt werden. Die 19 Jahre alte Studentin klagte über fast täglich auftretende Essanfälle, gefolgt von rigidem Fasten, exzessivem Sport und mehrmals in der Woche auftretendem Erbrechen. Begonnen habe die bulimische Symptomatik Ende 2020 zu Beginn ihres Studiums. Aufgrund des Lockdowns sei der Unterricht an der Universität ausschließlich digital vermittelt worden, sodass sie an ihrem neuen Studienort zunehmend vereinsamte. Die Tagesstruktur sei ihr zunehmend entglitten, gleichzeitig habe sie immer häufiger und länger im Internet gesurft und ihr karges und von Einsamkeit geprägtes Leben gegen ein virtuelles Leben eingetauscht. Nicht zuletzt aus Langeweile und Frust habe sie immer mehr hochkalorische Nahrungsmittel zu sich genommen, ihr Bewegungsverhalten sei „fast null“ gewesen – mit der Folge einer deutlichen Gewichtszunahme. Die Diskrepanz zu dem in ihrer virtuellen Welt propagierten Schönheitsideal habe an ihrem Selbstbewusstsein gerüttelt („mein Selbstbewusstsein war ein Scherbenhaufen!“), was sie schließlich veranlasst habe, die Notbremse zu ziehen, sich äußerst kalorienarm zu ernähren und exzessiv Sport zu betreiben. Mit der Gewichtsabnahme habe sie sich auch ein Minimum an Selbstwirksamkeit und Selbstwert erhalten wollen. Lange habe sie das extrem kontrollierte Essen allerdings nicht durchhalten können, der Kontrollverlust (Essanfall) als Vorbote der BN habe nicht lange auf sich warten lassen und sie sei immer mehr in die Essstörung gerutscht. Aufgrund der pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen in der ambulanten Versorgung wurde mit der Patientin eine telemedizinische störungsorientierte Psychotherapie durchgeführt, die später in Präsenz fortgesetzt werden konnte. Die aus der Not geborene videogestützte Psychotherapie hat mittlerweile in Deutschland Einzug in die psychotherapeutische Versorgung gehalten, womit die Erreichbarkeit von Betroffenen deutlich gesteigert werden kann.

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Berlin, Juni 2022

## **STATEMENT**

### **Klima-Angst und Klima-Stress: Hält der Klimawandel Einzug ins Behandlungszimmer?**

Professor (apl.) Dr. med. Christoph Nikendei, MME, Leiter Sektion Psychotraumatologie, Leitender Oberarzt der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg

Der Deutsche Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 2022 in Berlin steht auch im Zeichen des Klimawandels und der Nachhaltigkeit.

2021 wurde das Thema von den Präsidenten der Fachgesellschaften DKPM (Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin) und DGPM (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie) erstmals aufgenommen und unterstützt – auch in der Pressekonferenz – und führte zu der Gründung der Arbeitsgruppe Klimawandel und Nachhaltigkeit, die von beiden Gesellschaften getragen wird.

Auf dem Kongress „Psychosomatische Medizin: integrativ denken, kooperativ handeln“ wird das hochdringliche Thema im Rahmen eines State-of-the-art-Symposiums, eines wissenschaftlichen Symposiums und des Treffens der AG Klimawandel und Nachhaltigkeit behandelt.

Die Psyche spielt im Kontext des Klimawandels eine entscheidende Bedeutung, wenn es um die Wahrnehmung der Dringlichkeit und der drohenden Konsequenzen geht, sowie für die Handlungsbereitschaft, für erlebte psychische Belastungsmomente oder auch für erlebte traumatische Ereignisse im Zusammenhang von Unwetterereignissen.

Die Wahrnehmung, Antizipation und das Erleben von Veränderungen des Lebensraumes und der Lebensweisen durch die Klimakrise führt zu neuen Belastungsformen wie klimabezogener Angst, klimabezogener Trauer oder klimabezogenem Stresserleben.

Eine aktuelle Studie an der Universitätsklinik Heidelberg zeigt, dass bei über 200 untersuchten Medizinstudierenden zwar kaum depressive oder ängstliche Symptome in Hinblick auf die klimatischen Veränderungen auszumachen sind, dass jedoch bei 23 Prozent der Studierenden eine klimabezogene Stressbelastung vorliegt, die bei fünf Prozent als extrem hoch einzuschätzen ist. Studierende mit einem ausgeprägten Kohärenzsinn und sicherem Bindungsstil leiden dabei weniger unter klimabezogenem Stress. Ebenfalls in Heidelberg untersuchte psychisch vorerkrankte Patientinnen und Patienten zeigen eine noch höhere klimabezogene psychische Belastung und können deshalb als besonders vulnerable Gruppe für klimabezogene psychische Belastungen angesehen werden.

Dies bedeutet zeitgleich auch, dass das Thema des Klimawandels vermehrt Einzug in die therapeutischen Praxen halten wird. Dies führt zu der viel diskutierten Frage, ob und in welcher Form der Klimawandel und seine Auswirkungen und das eigene klimabezogene Handeln Thema in

therapeutischen Praxen sein kann und darf. Neben der Wahrung der therapeutischen Abstinenz geht es bei der „planetaren Gesundheit“ um ein Allgemeingut, von dem die Lebensgrundlage aller Lebewesen abhängt – auch die des Menschen. In einer Befragung von 200 Psychotherapeutinnen und -therapeuten zeigte sich jedoch, dass diese bezüglich einer „standardisierten Anamnese zum Bezug zu Natur und Umwelt“ im Vorfeld einer psychotherapeutischen Behandlung eher kritisch eingestellt sind.

Die Psychosozialen Fachbereiche haben eine besondere Verantwortung in Bezug auf die Klimakrise. Die Wahrnehmung der aktuellen Bedrohungen führen zu psychischen Belastungen, die in den Behandlungen eine immer bedeutendere Rolle spielen werden. Extremwetterereignisse wie im Ahrntal werden häufiger auftreten und ein Mehr an Traumafolgestörungen und anderen psychischen Belastungen nach sich ziehen. Innerhalb der Kliniken und Praxen tragen wir die anteilige Verantwortung für etwa sechs Prozent der deutschen Gesamtemission, die im Gesundheitswesen entsteht. Nicht zuletzt haben wir als „sprechende Fachbereiche“ die Möglichkeiten und die potenziellen Kompetenzen einer gelingenden Klimakommunikation. Die Klimakrise wird wie keine Krise zuvor allen Menschen weltweit ein integratives Denken und kooperatives Handeln abverlangen.

## **STATEMENT**

### **Krieg in Europa: Unter welchen psychosozialen Folgen leiden Flüchtende aus der Ukraine?**

Professor Dr. med. Kerstin Weidner, Direktorin der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie und Psychosomatik am Universitätsklinikum Dresden

#### **Unter welchen psychosozialen Folgen leiden Flüchtende aus der Ukraine?**

Aktuell erleben wir in Europa die größte Fluchtbewegung seit dem 2. Weltkrieg. Zwei Monate nach der russischen Invasion hatten bereits fünf Millionen Menschen die Ukraine verlassen.<sup>1</sup> Fast zwei Drittel der ukrainischen Kinder sind bereits vertrieben worden. Eine erste Befragung des Bundesministeriums des Inneren ergab, dass 84 Prozent der Flüchtenden Frauen waren, 58 Prozent waren mit ihren Kindern geflohen, ein Drittel der Geflüchteten ist unter 18.<sup>2</sup> Sie flüchten mit wenigen wichtigen Sachen und verlassen ihre Partner, Familien, die Heimat und gewohnte Umgebung sowie Routinen. Sie flüchten in benachbarte Länder, Hauptaufnahmeland ist Polen. Ein Großteil der Flüchtenden ist auch in Deutschland angekommen. Unter welchen psychosozialen Folgen leiden die Geflüchteten?

#### **Psychische Gesundheit von geflüchteten Ukrainerinnen und Ukrainern**

Das Robert Koch-Institut hat Zahlen zur epidemiologischen Situation psychischer Gesundheit in der Ukraine und Empfehlungen zur Prävention und Versorgung psychischer Störungen zusammengefasst. Die Prävalenz psychischer Störungen in der Ukraine wurde vor dem Krieg generell mit 12,4 Prozent angegeben (im Vergleich liegt die Prävalenz in Deutschland bei 15 Prozent). Die häufigsten Störungen in der Ukraine waren Depressionen, Angststörungen und alkoholbezogene Störungen. In der Ukraine zeigte sich eine sehr hohe Suizidrate mit 30,6 von 100.000 Menschen, global beträgt diese Rate 10,39 von 100.000 Menschen. Etwa 25 Prozent der Kinder und Jugendlichen in der Ukraine benötigten vor dem Krieg psychosoziale Unterstützung. Dabei zeigte sich jedoch eine Versorgungslücke mit Fachkräftemangel und Barrieren der Inanspruchnahme insbesondere durch mangelndes Vertrauen. Insgesamt sind die Zahlen schwer zu bewerten, nur vier Prozent der ukrainischen Bevölkerung nahm 2018 überhaupt psychische Gesundheitsversorgung in Anspruch (in Deutschland sind es im Vergleich etwa zehn Prozent).<sup>3</sup> Entsprechend der WHO wird das Risiko der Verschlechterung der mentalen Gesundheit in den nächsten drei Monaten als sehr hoch eingeschätzt mit höchster Risikobewertung unter allen Erkrankungen. Eine psychotherapeutische Gesundheitsversorgung der Geflüchteten wird dringend empfohlen.<sup>4</sup>

#### **Psychische Folgen der Flucht**

Im Gegensatz zur Flüchtlingsbewegung 2015 kommen die Geflüchteten nicht aus einem folternden totalitären System mit multiplen und anhaltenden traumatisierenden Erfahrungen, die zur Flucht

führten. Auch die Fluchtgeschichten unterscheiden sich. Was die geflüchteten Frauen und Kinder im Einzelnen erlebt haben, welche psychosozialen Folgen sich zeigen werden, wie hoch der Anteil an Traumatisierungen ist – das ist noch nicht abzusehen. Ob sich Traumafolgestörungen einstellen, zeigt sich erst später, nicht alle Geflüchteten entwickeln eine Traumafolgestörung und es darf zu keiner Pathologisierung kommen. Es gibt auch Unterschiede zwischen den Frauen und Kindern, die unmittelbar mit Kriegsbeginn geflüchtet sind und vielleicht auf ein vorhandenes Netzwerk außerhalb der Ukraine mit Aufnahmeoptionen in privaten Haushalten zurückgreifen konnten, und den Frauen und Kindern, die später geflüchtet sind, mehr Kriegsgeschehen, militärische Angriffe, Bedrohung der eigenen körperlichen und seelischen Integrität erlebt haben oder wochenlang in Massenaufnahmeeinrichtungen wie Messe- oder Turnhallen leben. Frauen und Kinder, die am Fluchtziel ankommen, sind erschöpft, orientierungslos, die Widerstandskraft ist erst einmal verbraucht. Sie leben oft in räumlicher Enge mit neuen Sozialpersonen und mangelnder Privatsphäre. Frauen und Kinder sind plötzlich entwurzelt und oft allein. Sie fürchten um ihre Partner, die das Land nicht verlassen dürfen und zum Militär eingezogen wurden. Sie fürchten um ältere Familienangehörige, die vielleicht schwerwiegende somatische Erkrankungen haben, deswegen nicht flüchten konnten und aktuell keine adäquate medizinische Versorgung erhalten. Eine enorme psychosoziale Anpassungsleistung als Sturz in eine neue Wirklichkeit mit einer anderen Kultur und schwer zu durchschauenden bürokratischen Hürden – trotz aller Erleichterungen für Flüchtende aus der Ukraine – wird von den Frauen und Kindern verlangt, diese kann mit Krisen, Angst, Desorientierung, Verlorenheitsgefühl und Zukunftsangst einhergehen und wird auch als „Flüchtlingssyndrom“ beschrieben. Viele Geflüchtete wollen, sobald der Krieg vorbei ist, zurück in ihre Heimat. Damit ergibt sich ein herausfordernder Spagat zwischen Integration und Erhalt der Identität.

Früher bestehende psychische oder psychosomatische Störungen können fortbestehen, sich verdeutlichen oder sich mit anderer Symptomatik zeigen, neue Anpassungsstörungen oder andere psychische beziehungsweise psychosomatische Störungen können auftreten, sowohl bei den Müttern als auch den Kindern. Prävention dieser Störungen ist aktuell besonders wichtig.

### **Erstbetreuung im Hinblick auf psychosoziale Hilfe**

Der tatsächliche Bedarf an psychosozialer/psychotherapeutischer Hilfe für Geflüchtete ist bislang nur schwer abzuschätzen. Studien gehen von einem psychosozialen Versorgungsbedarf von 30 Prozent aus. Trotz der Erfahrungen aus der Flüchtlingskrise 2015 fehlt in Deutschland ein bundesweites Konzept zur Identifizierung und bedarfsgerechten Versorgung besonders schutzbedürftiger und besonders gefährdeter beziehungsweise traumatisierter Geflüchteter. Die Zugangswege und Versorgungslage sind in den einzelnen Bundesländern sehr verschieden. Bundesweit gibt es

47 psychosoziale Zentren, die jährlich circa 25.000 Personen versorgen. Die Strukturen sind aber aufgrund der hohen Flüchtlingszahlen überlastet.<sup>5</sup>

Besonders Sprach- und Kulturmittler\*innen werden jetzt für therapeutische Angebote benötigt, aber es gibt zu wenig Übersetzer\*innen und die Genehmigungsverfahren sind zu langwierig. Ersthelfer\*innen müssen dabei unterstützt werden, Bedarfe zu erkennen und Stellen zur Weitervermittlung zu nennen. An bereits etablierten psychosozialen Ersthilfeeinrichtungen sind die psychosozialen Zentren zu nennen, als deren Dachverband die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft für Flüchtlinge und Folteropfer fungiert.<sup>6</sup> Weitere Erstanlaufstellen sind Traumaambulanzen, Ambulanzen in psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken, von den Kassenärztlichen Vereinigungen betriebene internationale Praxen sowie niederschwellige Beratungs- und Gesprächsangebote in Erstaufnahmeeinrichtungen,<sup>7</sup> wobei auch in diesen genannten Einrichtungen aufgrund der begrenzten Kapazitäten keine für den erhöhten Bedarf ausreichende Versorgung gewährleistet werden kann.<sup>8</sup>

### **Private Hilfen**

Ein Teil der Geflüchteten konnte und kann auf familiäre oder freundschaftliche Verbindungen bauen und ist über private Netzwerke untergekommen. Die private Hilfsbereitschaft ist enorm. Insbesondere in den neuen Bundesländern haben viele Familien ukrainische Frauen und Kinder unmittelbar und niedrigschwellig in ihr eigenes Zuhause aufgenommen, Zimmer, Betten zur Verfügung gestellt. Private Transporte und Abholungen aus Polen, Rumänien, der Slowakei und so weiter wurden organisiert. Ersthelfende und Aufnehmende können hier aber auch schnell an Grenzen kommen, da sich beim Leben in einem gemeinsamen Haushalt kulturelle Unterschiede bezüglich Kindererziehung, Ernährung, Verbindlichkeit, Umgang mit Strom, Wasser, Nahrungsmitteln und so weiter zeigen, die sich durch sprachliche Barrieren nicht schnell beheben lassen. Wichtig ist, Unterstützung anzubieten, aber den Betroffenen selbst die Entscheidung zu überlassen, was sie davon annehmen möchten, Toleranz einerseits zu zeigen, aber auch einen Rahmen und Grenzen für sich selbst zu setzen. Die Geflüchteten brauchen Zeit, damit sie ihre eigenen Ressourcen aktivieren und einen eigenen Routineablauf entwickeln können. Sie brauchen aktuell Sicherheit und proaktive Unterstützung, aber auch das Gefühl der Selbstwirksamkeit und Selbstständigkeit.

### **Kinder und weitere Risikogruppen**

Kinder werden durch Krieg und Flucht oft von ihren Bezugspersonen getrennt oder aus ihrer vertrauten Umgebung gerissen, was sich besonders negativ auswirkt. Je jünger die Kinder, desto stärker sind diese negativen Auswirkungen. Unbegleitete Minderjährige haben ein besonders hohes Risiko, müssen besonders geschützt werden und benötigen eine besondere und frühzeitige psychosoziale und psychotherapeutische Betreuung.

Viele Geflüchtete wurden anfangs nicht registriert, was Missbrauch und Menschenhandel erleichtert. Vor allem in den ersten Tagen nach Kriegsbeginn hatten Männer versucht, die Notsituation der geflüchteten Frauen und Kinder auszunutzen, besonders gefährdet sind hier junge Frauen.<sup>9</sup> Wichtig ist, Frauen über ihre Rechte aufzuklären und sie über Hilfsangebote zu informieren. Helfer vor Ort müssen sensibilisiert und Aufklärungsmaterial bereitgehalten werden.

#### **Literatur:**

- 1 <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1294820/umfrage/kriegsfluechtlinge-aus-der-ukraine-in-deutschland/>
- 2 <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/kurzmeldungen/DE/2022/04/umfrage-ukraine.html>
- 3 <https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/F/Flucht/Merkblatt-Psychische-Gesundheit.html>, Abruf  
22.04.2022
- 4 [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352494/WHO-EURO-2022-5169-44932-63918-  
eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352494/WHO-EURO-2022-5169-44932-63918-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- 5 [https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/132448/Deutschland-ist-auf-die-psychoziale-Versorgung-  
so-vieler-gefluechteter-Menschen-nicht-vorbereitet](https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/132448/Deutschland-ist-auf-die-psychoziale-Versorgung-so-vieler-gefluechteter-Menschen-nicht-vorbereitet)
- 6 <https://www.baff-zentren.org/hilfe-vor-ort/psychoziale-zentren/>
- 7 Pabel, L., Bilz, L., & Schellong, J. (2020). Die therapeutische Krisensprechstunde für Geflüchtete in Dresdner Erstaufnahmeeinrichtungen. *Trauma & Gewalt*, 14(3), 237-243
- 8 Baron, J., & Flory, L. (2020). Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland
- 9 [https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2022-04/gefluechtete-sexuelle-gewalt-frauen-  
kinder-ukraine?utm\\_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F](https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2022-04/gefluechtete-sexuelle-gewalt-frauen-kinder-ukraine?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F)

*(Es gilt das gesprochene Wort!)*

Berlin, Juni 2022