

Report "Digital Mental Health"

Bewältigung der israelischen Bedürfnisse im Bereich psychische Gesundheit nach dem 7. Oktober

Angesichts des Angriffs der Hamas auf Israel am 7. Oktober 2023 und des darauffolgenden Krieges organisierte das European Leadership Network (ELNET) einen GIHF-AI Digital Health Roundtable zum Thema Digital Mental Health. Am 13. Dezember diskutierten Expertinnen und Experten aus dem deutschen und israelischen Gesundheitswesen über die Auswirkungen auf die psychische Gesundheit der israelischen Bevölkerung und präsentierten Forschungsergebnisse sowie praktische Beispiele im Bereich Digital Mental Health. Zudem erörterten sie, wie die bilaterale Zusammenarbeit die israelische Gesundheitsgemeinschaft bei der Traumatabewältigung unterstützen und die psychosoziale Gesundheitsversorgung in Israel und Deutschland gemeinsam verbessert werden kann.

Prof. Dr. Ran Balicer, Chief Innovation Officer (CIO) bei Clalit Health Services, beschrieb die Auswirkungen der Ereignisse vom 7. Oktober auf die psychische Gesundheit der israelischen Bevölkerung und

betonte die Herausforderungen für die psychosoziale Gesundheitsversorgung des Landes. Darauf aufbauend wurden *Best Practices* aus Deutschland präsentiert: Von Prof. Dr. Maria Böttche, Vorsitzende der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT), in Form von Anwendungsbeispielen für internetbasierte Behandlungen, und von Prof. Dr. Malek Bajbouj, Geschäftsführender Oberarzt sowie Leiter Bereich Neurowissenschaften am CBF der Charité – Universitätsmedizin Berlin, der internationale Kooperationsprojekte im Bereich Digital Mental Health vorstellte.

Um das Verständnis für den Umgang mit psychischen Problemen bei Kindern und Jugendlichen zu vertiefen und die Bedeutung der Sozialarbeit hervorzuheben, berichtete Dr. Marianne Ledwon-Feuerstein, Chefärztin der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Luisenlinik Bad Dürkheim, über ihre praktischen Erfahrungen im Umgang mit jungen Menschen, die unter Traumata leiden.

“
Das ultimative Ziel ist es, ein daten- und evidenzbasierteres System für die psychosoziale Gesundheitsversorgung zu etablieren, welches KI-gestützte Beurteilungsinstrumente, umfasst.
 “

Prof. Dr. Ran Balicer, Chief Innovation Officer (CIO), Clalit Health Services

Handlungsempfehlungen

Neugestaltung Psychosoziales Gesundheitssystem

Umfassende **Neugestaltung des psychischen Gesundheitssystems in Israel** mit Fokus auf Risikostratifizierungsmodelle, um psychosoziale Bedürfnisse zu kategorisieren und wirksam zu behandeln. Einrichtung eines **abgestuften Versorgungssystems** (Triage) mit verschiedenen Schweregraden psychischer Erkrankungen. Erfahrungen Israels können auch für das deutsche psychosoziale Gesundheitssystem von Nutzen sein.

Verbesserung von Online-Triage-Systemen

Ausweitung und Verbesserung der **Implementierung von Online-Triage-Systemen** zur zeitnahen Identifizierung und Priorisierung von psychischer Gesundheitsversorgung und zur Reduzierung von Belastungen für Krankenhäuser. Entwicklung **nutzerfreundlicher Schnittstellen**, die für eine breite Bevölkerungsschicht zugänglich sind, für effiziente und sofortige Unterstützung.

Entwicklung digitaler Innovationen

Förderung kontinuierlicher **Entwicklung und Übernahme digitaler Tools** zur Modernisierung psychischer Gesundheitsversorgung wie **KI-gestützte Evaluationen**, sichere **elektronische Patientenakten** und **evidenzbasierte Selbstdiagnose- und Selbsthilfetools** zur Gewährleistung personalisierter und effizienter Versorgung. Implementierung von **DiGA-ähnlichen Strukturen in Israel** für mehr Vertrauen und Erstattung durch HMOs.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Schulung

Förderung der Zusammenarbeit zwischen Fachleuten im Bereich psychische Gesundheit, Sozialarbeitenden und medizinischen Fachkräften, auch international. Einführung von **Schulungen**, um Fachkräfte mit für umfassende und ganzheitliche Versorgung erforderlichen Fähigkeiten auszustatten. Unterstützung **interdisziplinärer Zusammenarbeit**.

Gemeindebasierte Programme zur Unterstützung

Einrichtung **gemeindebasierter Programme zur Unterstützung psychischer Gesundheit**, um fortlaufende und rechtzeitige Hilfe sowie präventive Maßnahmen bereitzustellen. Einbindung kommunaler Führungskräfte, Pädagoginnen und Pädagogen sowie lokaler Freiwilligengruppen zur **Schaffung unterstützender Netzwerke** für Betroffene.

Datenbasierte Entscheidungen und Evaluation

Datenerfassung und -auswertung als Grundlage für eine **evidenzbasierte Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Versorgung**. Kontinuierliche Bewertung der Wirksamkeit von Interventionen und Behandlungen sowie Anpassung von Strategien **basierend auf Einblicke in die Echtzeitdaten**.

Psychische Gesundheit in Israel nach dem 7. Oktober

Professor Ran Balicer begann seine Keynote mit Dankesworten für die Solidarität Deutschlands **in Folge des 7. Oktobers** und gab einen Überblick über die psychosoziale Lage Israels seit dem Überfall der Hamas. Er unterstrich die **Beispiellosigkeit der Vorkommnisse**, wie die **hohe Opferzahl, die star-**

ken Auswirkungen aufgrund der geringen Größe Israels und der **eng vernetzten Gesellschaft**, die **individualisierte Brutalität durch geteilte Videos**, die **Verletzung des persönlichen Raums, Geiselnahmen einschließlich vulnerabler Gruppen**, und **anhaltende Raketenangriffe auf das gesamte Land**. Prof. Balicer betonte, dass die **wahrgenommene Gefahr noch größer sei als die tatsächliche Gefahr** und verwendete dafür das Konzept von Peter Sand-



mans Theorie zur Risikowahrnehmung. Dies führe zu noch größeren Belastungen für das psychosoziale System Israels.

Des Weiteren skizzierte Professor Balicer das derzeitige psychosoziale Gesundheitssystem des Landes und zukünftige Schritte zur Verbesserung desselben. Er betonte, dass der 7. Oktober das System stark getroffen habe. Zudem beschrieb er die bereits **bestehenden Herausforderungen im israelischen System**, die auf eine **Reform von 2015** zurückgingen. Diese ging mit der **Übertragung der Verantwortung für die psychische Gesundheit auf die Krankenkassen** einher. Die erhebliche **Unterschätzung des Bedarfs an psychischer Versorgung** führte zu **hoher Nachfrage und geringem Leistungsertrag**. Bereits **vor dem 7. Oktober** gab es **Probleme mit einem Mangel an Leistungserbringern, langen Wartezeiten, unzureichender Struktur und Überwachung** sowie der **Anwendung von Pauschallösungen**. Nach den Anschlägen vom 11. September 2001 in den Vereinigten Staaten litten 10 bis 15 Prozent der Betroffenen an einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und 7 Prozent an Depressionen und Angstzuständen. Bei den jüngsten Anschlägen in Israel wird erwartet, dass nicht nur die Überlebenden des Anschlags, sondern auch die Ersthelfenden, Menschen, die ihre Häuser verloren haben, sowie die Geiseln, die nach Israel zurückkehren, erhebliche psychische Probleme entwickeln werden. Vorliegende **Daten zeigen**, dass das **Risiko schädlicher Auswirkungen auf die psychische Gesundheit durch sofortige Reaktion um 30 Prozent verringert werden kann**. Dies kann nur mit einem funktionierenden psychischen Gesundheitssystem erreicht werden. Als **Reaktion auf die Krise** wurden daher Freiwillige mobilisiert, zusätzliches Personal eingestellt sowie Pop-up-Kliniken und spezielle Callcenter eingerichtet, um die betroffene Bevölkerung zu unterstützen.

Perspektivisch ist eine **Neugestaltung des psychosozialen Gesundheitssystems** angedacht. Dabei soll der Schwerpunkt auf die **Risikostratifizierung** gelegt und ein **Online-Triage-System** implementiert werden. Um die bedarfsgerechte Betreuung der Menschen gewährleisten zu können, wird eine **neue Be-**

treuergruppe, sogenannte **Resilienz-Unterstützer**, eingeführt. Außerdem sollen **digitale Innovationen implementiert** werden, um das System zu modernisieren und zu verbessern. Clalit ist kontinuierlich auf der Suche nach Innovationen und Kooperationen auf der ganzen Welt, um diese Herausforderungen zu bewältigen, beispielsweise durch eine fortlaufende Ausschreibung für Innovationen. Das ultimative Ziel ist es, ein **daten- und evidenzbasiertes System für die psychosoziale Gesundheitsversorgung zu etablieren**, welches **KI-gestützte Beurteilungsinstrumente, eine elektronische Patientenakte (ePA), die Dokumentation von Therapiesitzungen** sowie **evidenzbasierte Instrumente für die Selbstdiagnose und -behandlung** umfasst.¹

Digital Mental Health – Best Practices aus Deutschland

Im Rahmen der Vorstellung von *Best Practices* im Bereich psychische Gesundheit und Digital Mental Health gab **Yael Ophir** zunächst einen Überblick über die Diskussion innerhalb von HealthIL nach den Ereignissen des 7. Oktobers. Der Ansatz des **HealthIL Ökosystems bestehe darin, sich auf Innovation und Transformation im israelischen Gesundheitssystem zu konzentrieren und 45 technologische Lösungen durch die Einbeziehung von rund 60 Innovationsmanagern abzubilden**. Yael Ophir hob die Bedeutung des kontinuierlichen Lernens und der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen über Krisen hinweg hervor. Sie kündigte die bevorstehende HealthIL Week von 5. bis 8. Februar an und lud zur Teilnahme ein, um Erfahrungen und Möglichkeiten der Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu diskutieren.²

Internetbasierte Interventionen für traumabedingte Störungen in multiplen Bevölkerungsgruppen

In ihrem Vortrag gab **Professorin Maria Böttche** Einblicke in **internetbasierte Interventionen für PTBS** und betonte insbesondere die **Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT)** bei internetbasierten Interventionen. Sie beleuchtete verschiedene Formen von internetbasierten Interven-

tionen und differenzierte dabei zwischen mehreren Ansätzen wie textbasierter Kommunikation, synchronen Chats und videobasierten Interventionen. Prof. Böttche erläuterte therapeutisch geleitete Interventionen, die Handbücher, schriftliche Kommunikation und gesicherte Plattformen für einen Behandlungszeitraum von ungefähr 8 Wochen einsetzen. Sie stellte **zwei internetbasierte Interventionen** vor. Eine von ihnen, namens **Ilajnafsy, richtet sich in arabischer Sprache an Kriegs- und Folteropfer in der MENA-Region**. Sie wird hauptsächlich von hochgebildeten jüngeren weiblichen Personen genutzt, die alleinstehend oder verheiratet sind und in einer Stadt leben. Ein weiteres Beispiel, welches Maria Böttche vorstellte, war das **9/11 First Responder Projekt in Zusammenarbeit mit dem Mount Sinai Hospital in New York**, das sich insbesondere an Feuerwehrleute und Polizisten richtete. Die Mehrzahl der Teilnehmenden war mittleren Alters. 50 Prozent von ihnen waren männlich und 50 Prozent weiblich. Professor Böttche betonte die **Wirksamkeit dieser internetbasierten Interventionen bei der Verringerung der PTBS-Symptome in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen**. Professor Böttche wies auch auf **Herausforderungen** hin, wie die **Notwendigkeit sichere Plattformen, geschulte Berater und finanzielle Ressourcen** zur Verfügung zu haben, um den Erfolg internetbasierter Interventionen zu gewährleisten.

In der anschließenden Diskussion wurde nach der Wirksamkeit der Interventionen für verschiedene Altersgruppen gefragt. Maria Böttche antwortete, dass ihre Studien zwar überwiegend ein jüngeres, eher weibliches Publikum ansprechen, die **Interventionen aber auch bei älteren Menschen, sogar bei über 70-Jährigen, wirksam seien**. **Dr. Lars Hunze**, stellvertretender Leiter des Referats im deutschen Bundesministerium für Gesundheit, das sich mit der Förderung von Telemedizin und digitalen Gesundheitsanwendungen befasst, berichtete von seinen Erkenntnissen aus Deutschland. Die Daten ließen darauf schließen, dass die **durchschnittliche Zielgruppe für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) in der Regel zwischen 50 und 65 Jahren** liege, der Erfolg jedoch je nach Design und Benutzerfreundlichkeit der Anwendung variieren könne. Er erörter-

te die laufenden Bemühungen des Deutschen Bundestages um die Verabschiedung von Gesetzen, die die Integration digitaler Gesundheitstechnologien in die Gesundheitsversorgung ermöglichen sollen, und betonte die **Bedeutung evidenzbasierter Ansätze und gemischter Versorgungsmodelle**. Er unterstrich zudem das Interesse daran Fachwissen zu teilen, welches aus früheren Erkenntnissen gewonnen wurde und hob den zu erwarteten Fortschritten nach Verabschiedung der Gesetze hervor.³

Digitale psychische Gesundheit – Erfahrungen aus dem internationalen Umfeld

In seinem Impulsvortrag betonte **Professor Malek Bajbouj**, wie **wichtig es sei, aus Krisen zu lernen** und sie als **Chance für positive Veränderungen und Innovationen im Gesundheitssystem** zu nutzen. Er unterstrich die Notwendigkeit gemeinsamer Anstrengungen und teilte Erfahrungen aus internationalen Projekten, die sich auf Interventionen im Bereich der psychischen Gesundheit, insbesondere in Konfliktsituationen, konzentrierten. Das ultimative Ziel sei ein **resilientes Gesundheitssystem** (Definition der Weltgesundheitsorganisation), das Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit **vorbeugen, sich darauf vorbereiten, sie erkennen, sich an sie anpassen, auf sie reagieren und sich von ihnen erholen könne**.

Er nannte mehrere wichtige Punkte, wie die Notwendigkeit von **Co-Design und Co-Produktion**, also die Entwicklung von Maßnahmen unter **sinnvoller Einbeziehung und Mitwirkung der Begünstigten**, anstatt sie nur zu informieren oder als Alibi zu verwenden. Prof. Bajbouj unterstrich auch die **Notwendigkeit, stratifizierte und kooperative Versorgungsmodelle** anstelle von Einheitslösungen zu **implementieren**. Er wies zudem auf die **Bedeutung evidenzbasierter, datengestützter Verfahren und einer kontinuierlichen Evaluierung** der Maßnahmen hin, um deren **Wirksamkeit bei der Verringerung von Stresssymptomen** sowie die **Kosteneffizienz** sicherzustellen.

Prof. Bajbouj berichtete über Erfahrungen aus dem **MEHIRA-Projekt in Deutschland, einem abge-**

stuften und kooperativen Betreuungsmodell zur Förderung der mentalen Gesundheit von Flüchtlingen. MEHIRA verfolgte einen strukturierten Ansatz zur **Behandlung von Stresssymptomen auf der Grundlage unterschiedlicher Schweregrade.** Es umfasste wachsame Beobachtung bei niedrigeren Stressniveaus, nicht fachkundige Interventionen mit Hilfe von Smartphone-basierten Plattformen für mittelschwere Fälle, Gruppentherapien sowie psychologische oder psychiatrische Interventionen für schwere Fälle, was sowohl **große Effizienz als auch Kostenwirksamkeit zeigte.** Ein weiterer Anwendungsfall, der erwähnt wurde, war ein **Gemeinschaftsprojekt mit dem Namen Solomiya, das nach dem Krieg in der Ukraine 41.000 Patienten in 26 Krankenhäusern unterstützte.** Es umfasste einen Chatbot, eine App und ein telemedizinisches Netzwerk. Der Chatbot wird nach dem 7. Oktober bereits ins Hebräische übersetzt.⁴

Integration von Sozialarbeitenden in therapeutische Ansätze für psychische Gesundheit

Um der Diskussion eine weitere Perspektive hinzuzufügen, gab Dr. Marianne Ledwon-Feuerstein Einblicke in die **Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden in der psychiatrischen Versorgung** bei der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen. Sie betonte die **Notwendigkeit von Expertennetzwerken**, insbesondere bei der Behandlung schwerer Störungen und traumatischer Erkrankungen. Ausgehend von Erfahrungen in Deutschland hob sie die **Rolle von Sozialarbeitenden in verschiedenen Situationen** hervor, darunter **Schulen und Notfallsysteme**, um traumatisierten Menschen, wie Kindern aus Kriegsgebieten, zu helfen. Dr. Ledwon-Feuerstein bekräftigte die Bedeutung einer **sofortigen Unterstützung und Grundversorgung** vor einer weiterführenden Psychotherapie, um die **Entwicklung einer PTBS zu verhindern.** Sie unterstrich die Zusammenarbeit zwischen psychiatrischen Fachkräften und Sozialarbeitenden und die **Notwendigkeit des Informationsflusses unter Wahrung der Privatsphäre der Patientinnen und Patienten.** Diese Integration ermöglichte einen ganzheitlichen Ansatz zur Bewältigung von Problemen der psychischen Gesundheit und überbrücke die Lücken zwischen den verschie-

denen Berührungspunkten im Gesundheitssystem.⁵

Diskussion und Ausblick

Die anschließende Diskussion konzentrierte sich auf den Einsatz digitaler Hilfsmittel in der psychiatrischen Versorgung innerhalb des israelischen Systems und die Frage, wie die **Lücke im Datenfluss zwischen Wohlfahrts- und Sozialdiensten und dem breiteren psychiatrischen Versorgungssystem geschlossen werden kann.** Auch in **Deutschland** scheint die Situation stark **fragmentiert** zu sein, wenn man sich mit verschiedenen Institutionen befasst. Ein **integrierter Ansatz** mit einer Kombination aus Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Psychiaterinnen und Psychiatern sowie Sozialarbeitenden, die eng zusammenarbeiten, ist nur innerhalb von Organisationen möglich. Bezüglich des Datenschutzes in Deutschland, gibt es Protokolle, in denen Patientinnen und Patienten ihre Zustimmung zum Informationsaustausch zwischen Ärztinnen und Ärzten innerhalb eines Zentrums erteilen. Dadurch wird ein sicherer und geregelter Informationsaustausch gewährleistet. Die **fehlende Integration zwischen verschiedenen Organisationen stellt eine Herausforderung für die umfassende Datenverwaltung und -weitergabe** dar, was sich möglicherweise auf die Effizienz der Gesundheitsdienste auswirkt. Israel und Deutschland könnten gemeinsam an einer Lösung arbeiten, da beide Länder vor ähnlichen Herausforderungen hinsichtlich eines reibungslosen Datentransfers stehen.

Eine weitere Frage zielte darauf ab, zu verstehen, wie Krankenhäuser ihre Rolle in Situationen wie nach dem 7. Oktober möglicherweise umgestalten oder anpassen könnten und es wurde auf die Notwendigkeit möglicher Änderungen oder neuer Ansätze innerhalb der krankenhausbasierten psychischen Gesundheitsdienste hingedeutet. Die Antwort lautete, dass die **Krankenhäuser von einer primär behandlungsorientierten Rolle zu einer auf Prävention ausgerichteten Rolle** übergehen sollten, indem sie Aufgaben an Fachkräfte der Sozialen Arbeit oder Beratung delegieren und so ihren eigenen Aufgabenbereich erweitern, um mehr Menschen zu helfen. **Krankenhäuser** sollten nur diejenigen **behandeln,**

die dringend Hilfe benötigen und gleichzeitig Rahmenbedingungen für umfassendere Interventionen entwickeln, einschließlich präventiver Maßnahmen, wie beispielsweise ein **Triage-System innerhalb der Krankenhäuser**, um dringende Fälle unter den vielen Hilfesuchenden zu identifizieren und zu priorisieren. Die in Krankenhäusern für die körperliche Gesundheit geleistete Arbeit könnte in Allgemeinpraxen effektiv verwaltet und durch digitale Tools weiter erleichtert werden, um eine Übermedikalisierung der Fälle zu verhindern.

Darüber hinaus wurden die Schwierigkeiten erörtert, die **Compliance der Patientinnen und Patienten über einen längeren Zeitraum aufrechtzuerhalten**. Dies wurde auch durch die Erfahrungen eines israelischen Digital Health Startups zur Behandlung von PTBS bestätigt. Mehr **Anleitung, menschliche Interaktion und kontinuierliche Bewertung** würden die **Compliance der Patientinnen und Patienten** und die Gesamtwirksamkeit von Behandlungen verbessern. Krankenversicherungen, die **zusätzliche Dienstleistungen wie Coaching oder fachliche Beratung anbieten**, könnten

ebenso nützlich sein wie die **Unterstützung durch Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern**. In Deutschland folgen digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) strengen Richtlinien und sind für die Erstattung durch Krankenkassen geeignet. Dies kann zu **mehr Vertrauen und Transparenz** führen. Insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit verzeichnet Deutschland eine steigende Zahl von DiGA-Verordnungen.

Die Gesundheitsministerien Deutschlands und Israels arbeiten bereits zusammen, um den **Einsatz von DiGA-ähnlichen Strukturen im israelischen Gesundheitssystem voranzutreiben**, wobei die Erkenntnisse und Erfahrungen deutscher Unternehmen und deren Beteiligung genutzt werden könnten. Diese Entwicklung ist ein wichtiger Schritt und kann zum Wohle beider Länder ausgeweitet werden. Abschließend wurde der Schwerpunkt auf die laufende Zusammenarbeit und die Notwendigkeit der Kooperation gelegt, zusammen mit Vorschlägen zur Nutzung der globalen Forschung für eine bessere **Integration fortschrittlicher Werkzeuge wie KI in die Gesundheitssysteme**.

Quellenverzeichnis

1. **Balicer, Prof. Dr. Ran:** "Mental health in Israel post 7/10", 13.12.2023 in <https://www.youtube.com/watch?v=3TzhFd9Cs3o>.
2. **Ophir, Yael:** "Digital Mental Health - Best Practices from Germany", 13.12.2023 in <https://www.youtube.com/watch?v=3TzhFd9Cs3o>.
3. **Böttche, Prof. Dr. Maria:** "Internet-based treatment services for trauma-related disorders in different populations", 13.12.2023 in <https://www.youtube.com/watch?v=3TzhFd9Cs3o>.
4. **Bajbouj, Prof. Dr. Malek:** "Digital Mental Health – Experiences from International Settings", 13.12.2023 in <https://www.youtube.com/watch?v=3TzhFd9Cs3o>.
5. **Ledwon-Feuerstein, Dr. Marianne:** "Integration of social workers into therapeutic approaches for Mental Health", 13.12.2023 in <https://www.youtube.com/watch?v=3TzhFd9Cs3o>.

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

ELNET 

GIHF 
German Israeli
Health Forum for
Artificial Intelligence

Eine Initiative von ELNET

GIHF-AI ist eine Initiative von ELNET Deutschland, einer Denkfabrik und Netzwerkorganisation im Kontext der deutsch-israelischen Beziehungen. Wir arbeiten unabhängig und parteiübergreifend auf Grundlage gemeinsamer demokratischer Interessen und Werte.

Ein besseres gegenseitiges Verständnis wird durch Vernetzung und Informationsaustausch gefördert. Seit der Gründung 2007 fokussiert ELNET seine Arbeit dabei auf die Themenbereiche Außen- und Sicherheitspolitik, Antisemitismus sowie Innovation.

GIHF-AI

German Israeli
Health Forum for
Artificial Intelligence

Eine Initiative von:

ELNET Deutschland e.V.

Albrechtstraße 22
10117 Berlin
deutschland@elnetwork.eu

Autorin: Lea Ledwon

Stand: 03.01.2024



gihf-ai.eu



[@GIHFAI](https://www.linkedin.com/company/gihfai)

KONTAKT

Carsten Ovens

CEO
ELNET (DACH)

Lea Ledwon

Program Manager GIHF-AI
ELNET